
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Il manque la page 1

e ayant dépassé la cinquantaine, contrairement à observe dans l'insuffisance aortique endartéri-ection qui survient généralement à un âge plus

isance de l'orifice aortique peut se montrer dans des endocardites infectieuses, et surtout dans ite aiguë simple, celle de la fièvre rhumatismale le. Ces cas s'enchaînent, et on peut les considérer s modalités différentes, suivant la virulence micro-es atteintes antérieures de l'endocarde.

ux phases à considérer; d'abord, la lésion inflam-guë, puis ensuite la signature indélébile, se tra-r le souffle d'insuffisance. Il nous faut donc em-le domaine des endocardites infectieuses. La robienne de ces lésions, soupçonnée depuis long-démontrée aujourd'hui : le streptocoque, le sta-, le pneumocoque, le gonocoque, etc.; puis toute de micro-organismes particuliers, l'endocarditis d. capsulatus, rugatus. Il s'agit tantôt de micro-s bien connus, tantôt de bacilles particuliers qu'on trouvés dans d'autres états infectieux. Mais ces suffisance aortique sont relativement plus rares, le rhumatisme articulaire aigu frappe l'endocarde ice aux autres séreuses, comme l'a montré Bouil-que la nature microbienne de cette fièvre ne soit ise, nous ne connaissons pas encore le micro-qui la provoque.

œur gauche qui est le plus souvent touché et c'est mitrale, beaucoup plus que les sigmoïdes aor-il est fréquent aussi de constater les deux lésions

de vue anatomo-pathologique, il y a à considé-tration embryonnaire simple, la vascularisation s; à un degré plus avancé, des ulcérations, des , des ruptures valvulaires; ou bien des végéta-ètes en forme de collerette, de guirlandes, ou en choux-fleurs. Il n'y a pas de limites entre ces que individu réalisant les aspects cliniques les les suivant l'état antérieur de son endocarde, pèce microbienne et sa virulence.

ue, on assiste à l'évolution de la forme pyé-tieuse; quelquefois il s'agit d'une pluie d'em-artis du cœur, vont coloniser dans le foie, le rein, nnant naissance à des foyers de nécrobiose

terminent le plus souvent par la mort; l'insuf-ique est rarement constatée; à l'auscultation, on qu'un assourdissement des bruits du cœur. La rielle est un phénomène secondaire, au milieu fectieux extrêmement grave.

out la forme d'endocardite proliférative, simple, le, qui nous intéresse. Au cours d'un rhuma-yant soin d'ausculter journellement le cœur, on volution de l'endo-péricardite. Les bruits du roués; il y a quelquefois une phase d'éréthisme ui précède; puis, pendant que, sous l'action du soude, les fluxions articulaires et péri-articu-uent, on constate un léger souffle, localisé le à la pointe : c'est l'insuffisance mitrale qui se uelquefois il n'y a qu'un souffle diastolique nd espace intercostal droit, léger ou à tonalité d'autres circonstances, les deux souffles se ren-perçoit, nettement, le souffle de l'insuffisance mitrale se propageant vers l'aisselle, et, sous le sternum, celui de la lésion aortique. La lésion endocardique a frappé les sigmoïdes sur leur face ventriculaire, et la grande valve de la mitrale.

Le malade se croit guéri. Il sort de l'hôpital et reprend ses occupations. Mais bientôt l'effort le rend haletant, des pal-pitations l'empêchent de monter les escaliers. C'est un car-diaque, il est rentré dans la phase des lésions mal com-pensées, il porte au niveau de ses sigmoïdes la cicatrice du processus infectieux rhumatismal.

Il est rare que le rhumatisme articulaire aigu paraisse après vingt-cinq ans. Ce sont des jeunes gens, aortiques, et souvent, en même temps, porteurs d'une lésion mitrale.

Nous constatons chez eux tous les signes classiques de l'insuffisance aortique : souffle diastolique avec maximum rétro-sternal, léger, ou bien en jet de vapeur; pouls bon-dissant et défaillant, double souffle intermittent crural; pouls capillaire, des battements artériels exagérés au niveau du cou, etc. Seulement il faut signaler tout de suite quelques différences : bien qu'il y ait de l'éréthisme cardio-vasculaire, la pression artérielle n'est pas très élevée et, si on promène le doigt sur les artères accessibles, on ne constate pas l'in-duration en tuyau de pipe de l'insuffisance aortique endar-téritique.

Les troubles fonctionnels sont plus marqués que chez l'athéromateux. Bien que le myocarde soit jeune, on voit vite survenir le cortège de l'asystolie. C'est parce que souvent, en même temps que l'insuffisance sigmoïdienne, il y a une lésion mitrale, ou bien des lésions de péricardite, le rhuma-tisme ayant frappé simultanément sur les deux séreuses du cœur.

Donc, au point de vue du pronostic, il faut considérer, à côté du souffle diastolique au foyer aortique, l'état du myo-carde et du péricarde. La profession du malade rentre en ligne de compte également, et le surmenage réalise le cœur forcé, après une période plus ou moins longue de compen-sation. Alors, généralement avant quarante ou cinquante ans au plus tard, on voit ces malades, aux jambes et au scro-tum infiltrés, au foie débordant les fausses côtes et doulou-reux. Le cœur retentit sur le foie et le rein; les urines deviennent rares et albumineuses, les poumons se conges-tionnent, il y a de l'épanchement dans les deux plèvres et le malade succombe par asphyxie ou par syncope.

*(A suivre.)*

## TRAITEMENT DE LA BRONCHO-PNEUMONIE DES ENFANTS PAR LES BAINS CHAUDS

Par le docteur DESMONS (de Ronchin).

Depuis les publications du professeur Lemoine sur le traitement de la broncho-pneumonie des enfants par les bains chauds, je n'emploie plus d'autre méthode thérapeu-tique contre cette maladie. Les résultats que j'ai obtenus par elle sont surprenants, et je puis dire que, depuis que je m'en sers, je ne perds presque plus jamais d'enfants par suite de cette affection, ordinairement grave. J'ai traversé des épidémies de rougeole et de coqueluche, provoquant comme complication la broncho-pneumonie, et grâce aux bains, j'ai pu éviter la mortalité assez forte que ces mala-dies provoquaient autrefois dans ma clientèle.

Je n'hésite jamais à donner les bains le plus tôt possible, dès que la poitrine se prend et que la température monte,

car j'ai remarqué que, par ce moyen, j'arrête souvent le mal dans l'œuf. De plus, je multiplie beaucoup le nombre des bains, quand le cas est grave, je les donne au début toutes les trois heures, toutes les deux heures même, préférant agir vigoureusement de suite, et souvent par ce moyen la maladie tourne court en un jour ou deux.

On pourrait s'étonner que j'aie pu faire accepter la médication balnéaire dans une clientèle de campagne, dans laquelle les préjugés contre l'eau sont souvent fort grands. Et pourtant cela m'a été des plus faciles.

Il y a eu de légères difficultés les premières fois, mais les résultats obtenus ont été si rapides et si nets, que depuis tout le monde est converti à la méthode, et que les parents eux-mêmes me demandent de donner des bains à leurs enfants malades.

Je publie ici un cas qui me paraît des plus intéressants, et qui se rapporte à une enfant presque mourante de broncho-pneumonie, chez laquelle j'ai réussi à couper, en quelques heures, le processus inflammatoire menaçant, en donnant une série de bains sinapisés, d'heure en heure. Voici le cas :

La jeune E. S..., âgée de quatre ans et demi, demeurant à Th..., commune où régnait à cette époque une épidémie de rougeole infectieuse, était prise le 3 mai dernier par la maladie régnante, et présentait une éruption abondante. Tout paraissait se comporter d'une façon ordinaire, quand le 5 dans la soirée la température s'éleva à 39 degrés et la respiration devint plus rapide. La situation s'aggrava dans la nuit, et vers trois heures du matin, je trouvai ma petite malade dans un état absolument désespéré : température 41°6, respiration très rapide, comme celle du chien qui a couru, délire, face cyanosée, impossibilité absolue de rien faire absorber. En face de la gravité du cas, je prescris les bains chauds. Je m'installe dans la maison et aussitôt on chauffe de l'eau ; à quatre heures le premier bain est pris, on le donne à 35 degrés, avec 250 grammes de farine de moutarde, et on le prolonge pendant dix minutes. Après ce premier bain, il semble que l'état général est un peu meilleur, la température a baissé un peu, mais rapidement les symptômes alarmants reparaissent. A cinq heures, c'est-à-dire une heure après le premier, je donne un deuxième bain pareil au premier : nouvelle amélioration, on peut faire boire la petite malade. A six heures, troisième bain semblable : l'amélioration s'accentue. A sept heures, quatrième bain après lequel la respiration se ralentit, le délire cesse, la petite malade reconnaît les personnes qui l'entourent et voit bien, le thermomètre marque 39°4, il avait donc baissé de plus de 2 degrés en trois heures. Je m'éloigne après avoir recommandé de continuer les bains, avec un intervalle de deux heures; dans l'après-midi, la température était de 38°5, la respiration plus facile, l'état général bon; en un mot, la petite malade était sauvée, grâce aux bains tièdes sinapisés, fréquemment répétés.

A la suite de ces bains, l'amélioration s'est maintenue, et deux jours après l'enfant était tout à fait en convalescence.

Je tenais à signaler ce cas à mes confrères, car je suis devenu un fervent adepte de cette méthode thérapeutique, et je crois rendre service en la répandant. Je ne crois pas que personne ait encore donné les bains, et surtout les bains sinapisés, comme je l'ai fait ici, aussi rapprochés les uns des autres, mais l'exemple que je viens de rapporter me fait penser que, dans les cas graves, cette manière de faire peut rendre de grands services.

*Note du professeur Lemoine.* — Le docteur Desmons a raison, je ne crois pas que quelqu'un ait encore employé les bains sinapisés avec la rigueur de méthode qu'il indiqu[e], l'approuve hautement de l'avoir fait et j'espère [qu'il aura] des imitateurs. On peut pécher en donnant un n[ombre de] bains trop restreint, on ne pèche jamais en e[n donnant] beaucoup ; ici le plus est le mieux. Les échecs épr[ouvés dans] le traitement de la broncho-pneumonie infanti[le par les] bains sont rares, mais ceux qui surviennent son[t dus à ce] que les bains sont donnés trop tardivement et ave[c...]

J'oserai presque émettre cet axiome que, dès qu['un enfant] a des râles sous-crépitants et un peu de fièvre, o[n doit sys]tématiquement le soumettre au traitement par [les bains] chauds, c'est le meilleur moyen pour éviter une a[ggravation] possible de la maladie.

Dans les formes graves, les bains sinapisés s[ont de ri]gueur. Certes, ils sont pénibles pour les enfants, [mais leurs] effets sont supérieurs à ceux des bains simple[s. Dans la] plupart des cas, je me contente d'en donner de[ux ou trois] par jour, mais j'avoue que le résultat obtenu par M[. Desmons] m'engage à tenter, à l'avenir, de les donner p[lus coup] sur coup, pour décongestionner violemment le pe[tit malade.] (*Nord méd.*)

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Vin de quassia ferrugineux.

| | |
|---|---|
| Teinture de quassia. . . . . . | 30 gram[mes] |
| Pyrophosphate de fer et de soude. | 5 gram[mes] |
| Vin de Malaga. . . . . . . . . | 1000 gram[mes] |

Une cuillerée à bouche avant chacun des deux [principaux] repas.

### Pilules vermifuges (Schmidt).

| | |
|---|---|
| Oxyde de cuivre noir. . . . . . | 6 gram[mes] |
| Craie préparée. . . . . . . . . | 2 gram[mes] |
| Talc de Venise. . . . . . . . . | 12 gram[mes] |
| Glycérine. . . . . . . . . . . | 10 gram[mes] |

Pour faire 120 pilules. (*Gaz. hebd.*)

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PAR[IS]

(Actes du 3 au 15 janvier 1898)

### Examens de doctorat.

**JEUDI 6 JANVIER** à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Rémy et Gley.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Guyon, Bar e[t Thiéry]. (2e partie) : MM. Dieulafoy, Charrin et Achard.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de* [...]*cale* : MM. Pouchet, Gilbert et Thoinot; — M. Andr[é, suppléant].

**VENDREDI 7 JANVIER**, à une heure. — 2e exam[en (...] régime) : MM. Gautier, Ch. Richet et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Rémy [...] — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Till[aux, ...] et Lejars; — (2e partie, 1re série) : MM. Brissau[d, ...] Gaucher; — (2e série) : MM. Déjerine, Gilles de La [Tourette], Letulle ; — M. Broca, suppléant.

**SAMEDI 8 JANVIER**, à une heure. — Médecine [...] *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, C[...] Thiéry.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley [...]

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Hallopeau [...] M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Le Dentu, Nélaton et Albarran ; — (2e série) : MM. Berger, Quénu et Hartmann ; — (2e partie) : MM. Debove, Troisier et Marfan ; — M. Roger, suppléant.

**LUNDI 10 JANVIER,** à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Segond, Delbet et Varnier.

4e examen (définitif, officiat) : MM. Brissaud, Reynier et Gaucher ; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Lejars et Walther ; — (2e série) : MM. Marchand, Tuffier et Ricard ; — (2e partie) : MM. Hayem, Letulle et Widal ; — M. Broca, suppléant.

**MARDI 11 JANVIER,** à une heure. — 3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Panas, Bar et Albarran ; — (2e série) : MM. Campenon, Maygrier et Thiéry ; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Nélaton et Hartmann ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Gilbert et Charrin ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Hallopeau et Marie ; — M. Ballet, suppléant.

**MERCREDI 12 JANVIER,** à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Marchand, Delbet et Broca.

1er examen (ancien régime) : MM. Gariel, Blanchard et André ;

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Tuffier et Bonnaire ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Déjerine et Gilles de La Tourette ; — M. Hanriot, suppléant.

**JEUDI 13 JANVIER,** à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Rémy, Gley et Chassevant.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Charrin et Achard ; — (2e série) : MM. Joffroy, Troisier et Marfan.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Dieulafoy et Thoinot ; — M. André, suppléant.

**VENDREDI 14 JANVIER,** à une heure. — 1er examen (ancien régime) : MM. Gautier, Blanchard et Weiss.

2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et André.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Netter et Thoinot ; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Segond, Ricard et Lejars ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Gilles de La Tourette ; — M. Widal, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire ; — M. Walther, suppléant.

**SAMEDI 15 JANVIER,** à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Campenon, Quénu et Gley ; — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Pouchet et Rémy.

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Roger et Ménétrier ; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Berger, Nélaton et Hartmann ; — (2e partie) : MM. Raymond, Ballet et Marfan ; — M. Troisier, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements, rue d'Assas* : MM. Panas, Bar et Maygrier.

### Thèses de doctorat.

**JEUDI 6 JANVIER,** à une heure. — M. DESVAUX. Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse (MM. Panas, président ; Chantemesse, Marie et Hartmann). — M. PRIEUR. De la morve chez l'homme et chez le cheval. De la curabilité (MM. Chantemesse, président ; Panas, Marie et Hartmann).

**MERCREDI 12 JANVIER,** à une heure. — M. ARGENSON. De l'acétonurie (MM. Gautier, président ; Pinard, Varnier et Chassevant). — M. COUSTOLS. Rétention du placenta sans complications après avortement. Étude thérapeutique (MM. Pinard, président ; Gautier, Varnier et Chassevant). — M. GAMBLIN. De la tarsalgie dans ses relations avec les troubles du système nerveux ; — M. MAGNE. Des abcès aigus enkystés de la langue (MM. Tillaux, président ; Fournier, Reynier et Gaucher). — M. COLLARD. Le grand entr'acte de la syphilis (MM. Fournier, président ; Tillaux, Reynier et Gaucher).

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — *Anatomie.* — Séance du 29 décembre : MM. Janot, 13. — Blandin et Lejonne, 12. — Gougis, Leraître et Menu, 11. — Lehmann et Pauly, 9. — Français, 4. — Montais, 3.

Séance du 30 décembre :

MM. Bisch et Roché, 13. — Salomon, 12. — Kahn et Sébilleau, 11. — Poulard, 10. — Hulleu, 6. — Cugnin et Furet, 4.

Séance du 31 décembre :

MM. Ballet et Sicard, 12. — Bertrand, 11. — Bosvieux, Detôt et Roubaud, 10. — Aubourg, 8. — Durand et Mathé, 6. — Calvé, 5.

La liste des candidats admissibles à l'épreuve orale sera affichée le mercredi 5 janvier, à deux heures, à l'Administration centrale, avenue Victoria.

Les candidats sont prévenus que la première séance d'oral pourra avoir lieu le même jour.

— Par décrets, en date des 18, 24, 26, 29 et 31 décembre 1897, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de commandeur.* — M. le docteur Goujon, maire du XIIe arrondissement de Paris.

*Au grade d'officier.* — MM. les professeurs Hayem et Raymond ; M. Jules Simon, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

*Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Anner, ancien médecin de la marine ; Barth, médecin à l'hôpital Necker ; Berthollet, médecin à Grenoble ; Bourée, médecin en chef de l'hospice de Châtillon-sur-Seine ; Chevalet, médecin à Paris ; Darlan, médecin-adjoint à l'hôpital de Nérac ; Escorne, médecin à Saint-Yrieix ; Fabre, chirurgien en chef des hospices du Puy ; Fauré, membre du Conseil général de la Haute-Garonne ; Guilbert, ancien directeur de l'asile des aliénés de Bordeaux ; Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy ; Hirtz, médecin à l'hôpital Tenon ; de La Bellière, membre du Conseil général de la Manche ; Marchand, chirurgien de l'hôpital Boucicaut ; Martin (Louis), chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Warenghem, médecin en chef de l'hôpital de Calais ; Mlle Bottard, surveillante à la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

— Par décret, en date du 28 décembre 1897, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de commandeur.* — M. Debaussaux, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 15e corps d'armée.

*Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe Vaillard et Zaepffel ; MM. les médecins-majors de première classe Clément et Alphant.

*Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors de première classe L. Collin, Christy, Riff, Busses, Véron, Mary ; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Namin, Bayvel, Rivière, Verdier, Pascaud, Augé, Leprêtre, Sibut, Bosc, Collinet ; — M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Cazes ; — MM. les docteurs J. Baley, donne depuis trente-trois ans des soins au personnel de la poudrerie nationale du Pont-de-Buis ; Vergne, donne des soins au personnel de la manufacture d'armes de Tulle depuis vingt et un ans.

— Par décret, en date du 30 décembre 1897, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier.* — M. Bertrand, médecin en chef de la marine.

*Au grade de chevalier.* — MM. les médecins de première classe de la marine Tréguier, Aubry, Lassabatie, Ménier, Duville, Le Méhauté, Vinas ; M. Henric, médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 29 décembre 1897, sont promus dans le corps de santé militaire, aux grades et emplois désignés ci-après :

*Au grade de médecin principal de première classe.* — M. Blaise, en remplacement de M. Reech, retraité; maintenu provisoirement à son poste actuel de médecin-chef de l'hôpital militaire de Toul.

*Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. Eude, en remplacement de M. Blaise, promu; maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne.

*Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe de Balthasar de Gachéo, en remplacement de M. Colin, retraité; maintenu au 138e d'infanterie. — Passabosc, en remplacement de M. Alphant, retraité; désigné pour le 60e d'infanterie. — Boisson, en remplacement de M. Eude, promu; maintenu dans sa position actuelle de répétiteur à l'École du service de santé militaire. — Petit, maintenu au 81e d'infanterie (emploi vacant par organisation). — Prieur, maintenu dans sa position actuelle au 51e d'infanterie (emploi vacant par organisation).

*Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Deumier, en remplacement de M. Fuzerot, démissionnaire; maintenu provisoirement au 62e d'infanterie. — Merlat, en remplacement de M. Janicot, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 124e d'infanterie. — Sibut, en remplacement de M. Soula, décédé; maintenu au régiment de sapeurs-pompiers. — Biusquet, en remplacement de M. Jouet, démissionnaire; maintenu provisoirement au 57e d'infanterie. — Lucy, en remplacement de M. de Balthasar de Gachéo, promu; désigné pour le 121e d'infanterie. — Roy, en remplacement de M. Boisson, promu; désigné pour le 147e d'infanterie. — Teissier, en remplacement de M. Petit, promu; maintenu provisoirement au 1er tirailleurs algériens. — Vielle, en remplacement de M. Prieur, promu; désigné pour la place d'Alger.

— Par décision ministérielle, en date du 11 décembre 1897, M. Beylier, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour être affecté aux troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam.

— Par décision ministérielle, en date du 26 décembre 1897, M. Arrufat, médecin aide-major de deuxième classe, rappelé à l'activité, est désigné pour occuper l'emploi de son grade au [illegible]1e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 29 décembre 1897, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Chupin, désigné pour l'École de Saumur (médecin-chef); Yvert, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; Ravenez, pour l'hospice mixte de Besançon; Douart, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Brousse, pour le 1er zouaves; Lemoin[illegible] pour le 122e d'infanterie; Fockenberge, pour le 84e d'infanterie; [illegible]ache, pour le 1er bataillon de chasseurs à pied; Peyret, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Sturel, pour le [illegible] chasseurs d'Afrique; Claqué, pour le 51e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Aune, pour le 14e d'artillerie; Delon, pour le 1er zouaves; Lemarchand, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Ponsot, pour le 26e dragons.

MM les médecins aides-majors de deuxième classe Vandenbosche, pour le 22e d'artillerie; Rouffiandis, pour le 134e d'infanterie; Vignal, pour le 1er d'artillerie; Thiébaut, pour le 25e bataillon de chasseurs à pied.

— Le concours de l'internat en médecine de l'asile d'aliénés de Bron s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Cl. Jacquin, Cuzin, Maurice et A. Feuillade.

— Le quatrième Congrès de médecine tiendra sa [illegible] session à Montpellier, le 12 avril 1898, sous la prési[illegible] M. le professeur Bernheim (de Nancy). Les trois quest[illegible] posées sont : 1° Des formes cliniques de la tuberculos[illegible] naire [Rapporteurs : MM. Bard (de Lyon), Revillod (de [illegible] Vergely (de Bordeaux)]; — 2° Les associations microbi[illegible] infections mixtes [Rapporteurs : MM. Malvoz (de Liège), S[illegible] (de Nancy), Widal (de Paris)]; — 3° De l'emploi thérapeu[illegible] organes à sécrétion interne [Rapporteurs : MM. de Cere[illegible] (Lausanne), Gilbert et Carnot (de Paris), Mossé (de Toul[illegible]

Toute demande de renseignements et tout envoi d'ad[illegible] de fonds peuvent être, dès à présent, adressés au secr[illegible] Congrès, 10, rue du Jeu-de-Paume, Montpellier.

— Sont nommés membres des comités d'inspection et [illegible] de livres des villes ci-après désignées :

Alger : M. le docteur Laporte. — Aurillac : M. le docteu[illegible] — Clamecy : M. le docteur Beaufils, conseiller général. — [illegible] M. le docteur E. Cousyn. — Lunéville : M. le docteur E[illegible] — Nevers : MM. les docteurs Fichot et Subert. — Pithiv[illegible] le docteur Prudhomme. — Pontivy : M. le docteur Galz[illegible] decin-major en retraite. — Toul : M. le docteur Bou[illegible] Vannes : MM. les docteurs de Closmadeuc et Mauricet.

— Le « Lyon médical » nous apprend que les hospi[illegible] de Lyon possèdent 5096 lits ainsi répartis : Hôtel-Die[illegible] hôpital de la Croix-Rousse, 451; hospice de la Chari[illegible] hospice du Perron, 419; hospice de l'Antiquaille, 1[illegible] Sainte-Eugénie, 207; hospice des vieillards de la Guillot[illegible]

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Agenda médical pour 1898**, entièrement refondu, [illegible] nant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticie[illegible]* professeur Trousseau, et le docteur Constantin Pa[illegible] fesseur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, [illegible] de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie d[illegible] cine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur P[illegible] 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Code professionnel*, par le docteur Legrand du Saulle, méd[illegible] l'hospice de Bicêtre. — [illegible] *Notice sur les stations hiver[illegible] la France et de l'étrang[illegible]*, par le docteur de Valcourt.

Plus, un calendrier à deux jours par page; la liste [illegible] decins, pharmaciens et vétérinaires du départeme[illegible] Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils [illegible] taires de Paris; les médecins des bureaux de bien[illegible] les médecins inspecteurs des eaux minérales; les Fa[illegible] Écoles préparatoires de médecine de France; les [illegible] médecine militaire et navale, avec le nom de MM. le[illegible] seurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociét[illegible] cales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., for[illegible] de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseig[illegible] utiles.

*Prix.* — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise [illegible] Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à être mis dans une trousse à portefeuille : 3 fr.

*Reliures diverses.* — N° 1, maroquin à patte, avec doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en [illegible] hiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite tr[illegible] soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fer[illegible] maillechort, 9 fr. — Paris, Asselin et [illegible].

---



---

Le Directeur-gérant : Dr E. Le S[illegible]

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Selon l'usage, M. Caventou, en quittant le fauteuil de la présidence, a rappelé les travaux les plus importants et les principales discussions de l'année qui vient de finir. Le bilan scientifique de cette année est assez brillant : il suffit de rappeler les travaux de M. Yersin sur la peste et son vaccin présentés par M. Roux, la sérothérapie du tétanos, les discussions sur le phosphorisme, l'appendicite, la lithiase intestinale, les nombreuses communications d'ordre chirurgical, les applications de la radiographie à la médecine et à la chirurgie, etc. On ne saurait donc reprocher à l'Académie de ne pas marcher avec son temps, et si elle n'a pas toujours les primeurs des découvertes les plus récentes, elle finit cependant par en être saisie à son tour.

M. Jaccoud a remplacé M. Caventou au fauteuil et a prononcé un de ces discours qui sont un véritable régal pour l'auditoire. Il est à souhaiter que M. le président de l'année 1898 ait le plus souvent possible l'occasion de prendre la parole.

M. le professeur Laboulbène, dont on connaît la haute compétence en histoire naturelle, a communiqué ensuite la première observation, faite en France, d'accidents causés par un crustacé amphipode, espèce de Crevette d'eau douce, du genre *Gammarus*. Ce fait très intéressant, ne laissant aucune prise au doute, a été rapporté avec détails. Le malade, observé par M. Dubois (de Melun), a éprouvé des vomissements répétés avec alternatives de douleurs violentes et de coliques. Un vomitif énergique a fait retrouver dans les matières les « Gammarus » déjà observés dans les déjections. Cette observation de parasitisme accidentel ou de faux parasitisme, avec présentation de l'animal ayant causé les accidents gastro-intestinaux, pourra servir de modèle pour l'avenir.

M. Benedikt (de Vienne) a fait une communication importante sur la transmission et la propagation des excitations pathologiques dans le système nerveux.

## LES DIFFÉRENTES FORMES CLINIQUES DE L'INSUFFISANCE AORTIQUE (1)

Par C. BACALOGLU, interne des hôpitaux.

### II

Il nous reste à envisager l'insuffisance aortique des artério-scléreux, appelée quelquefois maladie de Hodgson. C'est le type clinique qu'on rencontre constamment à partir de cinquante ans. Il s'agit d'arthritiques ou herpétiques; dans leurs antécédents on trouve : des migraines, des hémorroïdes, de la blépharite ciliaire, des varices, des éruptions cutanées, de l'eczéma, des poussées de rhumatisme chronique, etc. Dans le milieu hospitalier ces malades sont légion. On les examine et on constate : de la calvitie précoce, le teint est animé, les yeux vifs et brillants. Souvent les mains et les pieds présentent les déformations du rhumatisme chronique; les ongles des orteils sont striés, cannelés en queues d'écrevisse; les jambes portent des varices, de l'eczéma, quelquefois la trace d'un ulcère variqueux (troubles trophiques). Les artères radiales se dessinent sous la peau, flexueuses; et de même que la radiale, la temporale, les fémorales présentent des battements visibles. Cet éréthisme artériel est perceptible même sur l'aorte abdominale, et alors on constate au creux épigastrique des pulsations artérielles, qui pourraient faire penser, à tort, à un anévrysme. Les artères du cou sont animées de battements; le doigt enfoncé légèrement sous la poignée du sternum rencontre l'aorte dilatée.

La pointe du cœur bat dans le sixième ou septième espace.

L'auscultation fait percevoir des bruits de souffle :

*a.* On peut percevoir un bruit de souffle diastolique au foyer aortique;

*b.* Un double souffle aortique;

*c.* Un souffle diastolique aortique et un souffle d'insuffisance mitrale;

*d.* Un souffle systolique aortique et un souffle d'insuffisance mitrale.

Dans ces différentes modalités cliniques, s'agit-il d'un véritable rétrécissement aortique? Nullement. Les autopsies démontrent que l'induration porte sur le feuillet endartéritique des sigmoïdes aortiques (Lancereaux); l'aorte dilatée est pavée de plaques calcaires; elle est modifiée quelquefois dans toute son étendue. Des pustules d'athérome s'ouvrent

(1) Fin. — Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 1.

par ci par là dans la lumière du vaisseau. Et s'il y a insuffisance mitrale concomitante, on constate que le plus souvent les valvules sont saines en apparence : il se fait une rétraction scléreuse des muscles papillaires ou bien une simple dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire.

Ainsi, toutes ces modalités cliniques peuvent être réunies dans un même faisceau. Elles se rencontrent toujours chez les mêmes individus et le pronostic se juge d'après le myocarde et non d'après l'intensité et la pluralité des souffles.

Voici l'observation d'un malade, soigné à la Charité dans le service de mon chef, M. le docteur Moutard-Martin :

Le nommé M..., âgé de soixante-quatre ans, de profession tailleur, entre à la Charité, salle Louis, le 20 avril 1897. Nous relevons dans ses antécédents héréditaires que sa mère est morte à soixante-six ans d'un cancer de l'utérus; que son père est mort à soixante ans avec de l'anasarque.

Dans ses antécédents personnels, nous trouvons : des migraines, des hémorroïdes. A vingt-trois ans, il est atteint de coliques hépatiques. Il n'y a pas de syphilis, pas d'éthylisme. A quarante-cinq ans, il éprouve une attaque subaiguë de rhumatisme. Il y a deux ans, il est soigné pour une affection cardiaque (rétrécissement aortique et insuffisance mitrale); il a repris ensuite son travail. Il y a trois mois, il est obligé de s'aliter de nouveau : cette fois-ci, l'anasarque est même plus marquée.

Actuellement, nous constatons que le malade a les pieds varus équins très marqués; le pied renversé en dedans fait avec l'axe de la jambe presque un angle droit. Les doigts sont normalement constitués; les métatarsiens sont plus petits que sur un pied sain. Il marche sur l'astragale, le cuboïde et les os du métatarse. A la partie externe et inférieure du dos du pied, on voit la surface d'appui sous la forme d'une circonférence de 3 centimètres de rayon. A ce niveau, la peau est très épaissie. Les membres inférieurs sont atrophiés, ils forment un cône à base supérieure. Le développement musculaire de la cuisse contraste avec l'atrophie considérable de la jambe. La circonférence du membre à cinq travers de doigt au-dessus des malléoles est de 17 centimètres; à cinq travers de doigt au-dessous de la rotule, de 27 centimètres; à quatre travers de doigt au-dessus, de 40 centimètres.

Cette déformation ne l'incommode pas : il marche très bien avec une chaussure spéciale.

Signalons sur le tégument des plaques de vitiligo, disséminées un peu partout, mais prédominantes aux plis inguinaux, à la racine du cou, à l'appendice xiphoïde, à la région lombaire. Il y a encore quelques taches érectiles dans le dos et un gros kyste sébacé au niveau de la région postérieure du cuir chevelu.

Il présente une anasarque considérable, plus marquée au niveau de la partie interne des cuisses, sur la verge et sur le scrotum. L'examen de l'appareil circulatoire nous fournit le résultat suivant : pas de battement des jugulaires. La palpation de la région cardiaque ne fait pas percevoir de frémissement. La pointe bat dans le sixième espace. A l'auscultation, on constate à ce niveau un souffle systolique doux, s'étendant jusque dans l'aisselle. A la base, au foyer d'auscultation de l'aorte et en descendant sous le sternum, on entend un souffle systolique rude, légèrement râpeux, nettement différent de celui de la pointe.

Le bruit de fermeture des sigmoïdes aortiques (deuxième bruit) est nettement frappé, claqué. Pas d'insuffisance tricuspidienne.

L'artère radiale, dure, serpente sous la peau.

L'humérale athéromateuse roule sous le doigt et on constate à chaque ondée sanguine le mouvement de sonnette. La pression artérielle prise avec le sphygmomanomètre de Potain donne 21. Le pouls est bondissant. Au niveau du front, et surtout au niveau des doigts, on constate le pouls capillaire le plus manifeste, de même le pouls radiculaire (Moutard-Martin). Au niveau des fémorales, la pression du stéthoscope fait percevoir le double souffle crural de Durosier.

L'auscultation du poumon dénote une respiration emphysémateuse (inspiration humée, expiration prolongée) et quelques petits râles sous-crépitants aux bases. Le foie déborde de deux travers de doigt les fausses côtes, il est légèrement douloureux à la percussion. La rate est normale. Pas d'albumine dans les urines.

Comme troubles fonctionnels, signalons : de l'essoufflement, des vertiges; il n'y a que le lait qu'il puisse supporter, les autres aliments sont d'une digestion difficile.

Sous l'influence de la digitale, le taux urinaire remonte, l'anasarque disparaît; il commence à s'alimenter et sort de l'hôpital pour aller à Vincennes tout à fait amélioré, le 8 juin 1897.

Ce malade présente donc une des modalités plus rares de l'affection qui nous occupe. En effet, chez lui, il y a un souffle systolique au niveau de l'aorte, circonstance qui a fait porter le diagnostic de rétrécissement aortique, dans un autre service, et un souffle d'insuffisance mitrale. En même temps, il présente tous les symptômes qu'on est habitué à rencontrer dans l'insuffisance aortique et nous avons constaté, chez lui, avec une tension artérielle exagérée, le pouls capillaire le plus manifeste.

L'interprétation de ce fait est claire : s'il n'y a pas de souffle diastolique, c'est que l'occlusion des valvules se fait bien, mais n'empêche pas que des concrétions calcaires situées soit au niveau du feuillet endartéritique, soit immédiatement au-dessus, au niveau de l'embouchure des coronaires, donnent naissance au souffle râpeux du premier temps. Quant au pouls capillaire, il est dû au spasme des artères périphériques (Potain, Fr.-Franck) et Huchard considère ce spasme préexistant et provoquant même la cardiopathie artérielle. Il est loin d'être l'apanage de l'insuffisance aortique et le cas de notre malade le prouve une fois de plus.

Quel est le pronostic de l'insuffisance aortique endartéritique? Il est extrêmement variable. Il y a des malades chez qui le souffle persiste pendant des années sans que l'asystolie arrive; et souvent ce n'est pas le cœur qui fléchit le premier. Le rein, le cerveau sont touchés à leur tour. L'albuminurie légère, précédée par de la pollakiurie nocturne et la polyurie témoignent de la néphrite interstitielle; des hémorragies cérébrales, du ramollissement, peuvent survenir chez ces malades atteints sur une grande étendue de leur système artériel. Quelquefois la mort est le résultat d'une syncope ou d'une attaque d'angine de poitrine.

Nous voyons donc, en résumé, que l'insuffisance aortique est variable dans ses causes et dans ses manifestations cliniques; qu'à côté de la maladie, il y a le malade et que le pronostic est lié à l'état du myocarde et de l'arbre artériel.

Le traitement des manifestations morbides s'adresse, suivant les cas, à la lésion constituée ou bien aux accidents menaçants de l'asystolie.

L'iodure de potassium à petite dose, continué pendant longtemps, pourra agir sur la néoformation fibreuse; quand l'insuffisance cardiaque se déclare, les pilules de scille, digitale et scamonée, associées à la dose de 30 centigrammes de chaque médicament, par jour, rétablissent l'équilibre dans l'immense majorité des cas. Mais l'indication capitale est le repos, qui allège le travail du cœur.

Sous l'influence de ces moyens : repos, régime lacté et la digitale, on peut lutter pendant longtemps et parer aux accidents menaçants.

Mais il ne faut pas se faire illusion, surtout dans les cas d'insuffisance aortique par rupture valvulaire et par endocardite rhumatismale, l'asystolie est toujours à craindre. Et, il y a encore une différence à faire remarquer : souvent on réussit mieux chez les vieux athéromateux que chez les jeunes rhumatisants. Les cardiopathies artérielles sont moins menaçantes pour la vie du malade que les affections valvulaires résultant d'une ancienne endocardite.

Il y a donc des différences dans l'étiologie, dans la marche, même dans l'action thérapeutique. A côté du groupe minime des ruptures valvulaires, à côté des cas contestés, que nous n'avons pas encore signalés, d'insuffisance aortique par dilatation de l'anneau d'insertion des valvules, il reste en présence les deux groupes cliniques bien définis : l'insuffisance aortique endartéritique et l'insuffisance endocarditique.

Il s'agit, dans tous ces cas, d'un souffle diastolique perçu au foyer d'auscultation de l'aorte ; mais au point de vue clinique, ce souffle a une importance très variable : François-Franck, chez le chien, par simple lésion du bulbe aortique, sans déchirure des sigmoïdes, a donné naissance au souffle diastolique au niveau de l'aorte.

Pour comprendre le cardiaque aortique et lui être utile, la notion de cause, nous nous sommes efforcé de le démontrer, a une importance capitale : le pronostic y est lié, ainsi que les indications thérapeutiques.

---

## NOTES SUR LA CHIRURGIE RURALE (1)

Par le docteur Pauchet (d'Amiens), ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

### V

*a*. Amputation d'un membre broyé. — En présence d'un membre écrasé, il faut tenir compte de l'état général du sujet, du degré de la lésion et du milieu où l'on se trouve. Le sujet peut en effet être en état de choc et incapable de supporter une mutilation chirurgicale, laquelle n'exigerait qu'une minute pour être pratiquée sur un sujet d'amphithéâtre, mais demanderait près d'une heure sur le vivant, par suite de la toilette préopératoire, du pansement, des ligatures et des sutures.

*La lésion* est variable, car elle peut présenter par l'étendue de son ouverture et la profondeur de la mortification des chances différentes d'infection. Presque toujours, ces dernières sont grandes, et on devra prévenir la septicémie.

*Le milieu* joue également un rôle. Si le mauvais état du local, l'absence d'aides ou d'instruments ne permettent pas de pratiquer une intervention sérieuse, mieux vaut la limiter, quitte à y revenir.

Nous avons vu bon nombre d'amputations pratiquées à la suite d'accidents de chemin de fer. La plupart de ces patients étaient traités par des amputations classiques ; les uns s'éteignaient sous l'influence du choc opératoire, les autres présentaient des signes d'infection auxquels ils succombaient : presque tous les survivants suppuraient.

Personnellement, nous agissons toujours de la façon suivante : 1 litre d'eau salée est injecté dans les veines du malade. Une bande élastique ou un simple tube à gaz est placé à la racine du membre ; le sujet est endormi à l'éther qui relève le pouls au lieu de le déprimer comme le chloroforme. En quelques minutes, on rase, on nettoie les alentours de la plaie, on fait tomber, à l'aide des ciseaux ou du bistouri, l'extrémité mortifiée et les tissus susceptibles d'avoir été infectés ou frappés dans leur vitalité par le traumatisme. La bande élastique est enlevée ; les vaisseaux sont pincés et liés ; et sans mettre un point de suture, on applique directement sur la surface cruentée des compresses de sublimé qu'on recouvre d'un pansement ouaté bien serré. De cette façon, on a arrêté l'hémorragie et prévenu l'infection sans faire subir de choc au malade. La plaie suinte abondamment pendant plusieurs jours ; on renouvelle le pansement suivant l'abondance de l'écoulement.

Au bout de quelque temps, quand la plaie granule, et que l'état général du malade est presque normal, on peut régulariser cette ébauche d'intervention par une amputation typique.

Sans vouloir détruire les principes de la méthode opératoire classique dont les menus détails rappellent assez la théorie du soldat, on peut dire que toute amputation peut être réglée par des principes très simples : scier l'os le plus haut possible ; couper la peau le plus bas possible ; et la couche musculaire dans une mesure intermédiaire, c'est-à-dire assez pour capitonner l'extrémité osseuse, et pas trop pour gêner la suture cutanée. Pour arriver à ce but, on peut faire une circulaire aux deux lambeaux, si ceux-ci permettent d'atteindre le squelette plus haut. On peut faire une amputation de la cuisse avec un bistouri ordinaire ; un tube de caoutchonc remplace la bande d'Esmarch.

*b*. Ligature artérielle. — Les principes que la médecine opératoire enseigne, sont d'une utilité à peu près nulle en pratique. En effet, cette ligature classique avait été créée pour répondre à *trois cas*.

1° *Pour l'hémostase préventive*, avant d'enlever une tumeur de la langue, parotide, etc. ; or, la pratique montre qu'il faut enlever ces tumeurs rapidement, et que le moyen d'avoir une hémorragie peu abondante est de ne pas s'en soucier. Plus une tumeur est vasculaire, moins il faut se préoccuper du sang, car l'hémostase fait perdre du temps ; il y a grand avantage pour le chirurgien et le malade à pincer les vaisseaux après l'extirpation.

2° *Pour la cure des anévrysmes*. — Actuellement, l'anévrysme s'opère comme une tumeur : on dissèque, on pince au fur et à mesure les vaisseaux qui partent de la poche ou qui y aboutissent, sans se soucier de leur nom, de leur nombre ou de leur volume.

Sans doute, l'anévrysme de l'extrémité supérieure de la carotide sera encore traité par ligature, mais les points de repère voilés par le sang sont un faible secours. On doit inciser couche par couche ; on cherche les battements du vaisseau avec le doigt ; quand on arrive sur lui, on le dénude avec une sonde canelée et on le lie à l'aide d'une soie.

3° *Pour arrêter les hémorragies*. — C'est alors que la ligature classique est ridicule. Quand on songe que des auteurs conseillent de lier l'humérale pour une plaie de la main !

Une hémorragie artérielle s'arrête de cette façon : s'il s'agit d'un membre, on entoure sa racine d'une bande de caoutchouc ou de toile ; on débarrasse la plaie, à l'aide de tampons, d'une pince et de ciseaux, de tous les caillots, corps étrangers et parties mortifiées. Les alentours de cette

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1897, p. 1443.

plaie sont savonnés et rasés; le tout est arrosé de sublimé; on tamponne la plaie et on se met en devoir de faire l'hémostase. Si on voit un vaisseau béant, on le pince. Si on ne voit rien, on enlève la bande; on aperçoit alors un ou plusieurs jets artériels. On pince les bouts qui saignent. S'il arrivait que le sang coulât en nappe, et par suite que le vaisseau fût inaccessible à la vue, on agrandirait la plaie dans le sens de l'artère et on finirait par le trouver.

Les artères pincées seront liées. Si les ligatures ne tenaient pas par suite de la brièveté du bout artériel, on embrocherait ce dernier, ainsi que les tissus environnants, à l'aide d'une aiguille; on passerait alors une soie, qu'on nouerait.

Comme dernière ressource, on pourrait laisser les pinces à demeure; mais c'est un procédé dont on peut presque toujours se passer en faisant usage de l'aiguille. L'hémorragie étant arrêtée, la plaie se traitera comme une plaie accidentelle ordinaire.

---

## LA GASTRO-ENTÉRITE AVEC ACÉTONURIE CHEZ LES ENFANTS

Par le docteur P. Vergely.

Conclusions. — 1° La présence de l'acétone, de l'acide diacétique, de l'acide oxybutyrique β dans les urines des enfants, des jeunes gens atteints de troubles digestifs, est assez fréquente.

2° Ces troubles digestifs ont une physionomie particulière due à la formation de ces substances dans le tube digestif.

3° La présence de l'acétone, de l'acide oxybutyrique et de l'acide diacétique chez les jeunes sujets, quand les reins, le foie, les poumons, le système nerveux sont indemnes de lésions graves, comporte un pronostic favorable.

4° Il est possible que l'acide oxybutyrique β, l'acide diacétique, l'acétone se forment dans le tube digestif par l'action de micro-organismes sur les substances albuminoïdes et sucrées de la masse alimentaire; que chez les inanitiés, l'arrivée dans le sang de substances albuminoïdes et de la graisse par le fait de l'autophagie soit le point de départ de formations de produits acétonuriques.

5° La diète carnée doit être proscrite, et les hydrates de carbone doivent être les aliments de la période aiguë.

On aura recours à divers évacuants, purgatifs ou vomitifs, et ensuite l'usage des alcalins, de la glycérine, de l'hyposulfite de soude, du moins chez les sujets non diabétiques. (*Rev. des mal. de l'enf.*)

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 janvier 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### COMMUNICATION

**Transmission et propagation des excitations pathologiques dans le système nerveux.** — M. Benedikt (de Vienne) fait sur ce sujet une communication qu'il résume ainsi :

Il insiste d'abord sur deux lois fondamentales bio-mécaniques.

La première est celle-ci : la nature arrive au maximum d'effet et à la plus grande perfection, par un minimum d'énergie, dans un minimum de temps, avec le minimum de la matière la plus apte et sous la forme la plus favorable quant au but fonctionnel.

La seconde loi pourrait être appelée : loi du luxe anatomique et fonctionnel, c'est-à-dire qu'il y a surabondance de matière et d'énergie des organes et des organismes, en faveur de la persistance de la vie. Les organes ne fonctionnent cependant à l'ordinaire qu'avec un minimum des énergies latentes, de matière et de volume.

Une troisième loi est celle de la corrélation, de l'influence naturelle qu'exercent les différents organes sur leurs conditions de vie et leur évolution réciproque. Il va sans dire que nous ne connaissons malheureusement pas encore tous les mécanismes complexes de cette dépendance d'un organe vis-à-vis d'un autre. Un exemple tout particulier est celui de la réciprocité qui existe entre le développement du crâne et celui du cerveau, ou entre les organes internes et leurs téguments.

Il faut admettre que le même mécanisme, déjà préexistant à l'état normal, pour la dépendance matérielle des organes, peut être mis en action aussitôt qu'une excitation physiologique est remplacée par une autre, mais d'ordre pathologique.

La loi qui régit la transmission des excitations nerveuses de tout ordre, ou « loi de consonance », est déjà universellement admise pour les sensations optiques et acoustiques. Chaque fibre nerveuse n'est bonne conductrice que pour des excitations spécifiques, tandis qu'elle oppose une grande résistance à des excitations d'un ordre différent. Pendant que les irritations physiologiques ne suivent, pour ainsi dire, que des sentiers battus, celles d'ordre pathologique peuvent, en outre, être transmises par des voies impraticables et insolites pour les premières. Les consonances les plus variées sont mises en jeu selon le siège et la nature du processus pathologique; de sorte qu'une fois c'est la provocation exclusive des douleurs, une autre fois des convulsions ou des sensations vagues qui suivent les irritations d'un nerf sensitif. On ne peut pas nier que les irritations morbides soient aussi transmises dans le double sens ordinaire.

De tout cela, il ressort que les consonances morbides sont plus compliquées que celles de nature physiologique.

L'excitation pathologique peut se propager sous trois formes :

1° Propagation fonctionnelle identique aux excitations physiologiques;

2° Propagation sous la forme d'une lésion anatomique. Celle-ci peut être de même nature que la lésion primaire;

Ou 3° elle en diffère, comme dans les affections dues aux néoplasmes.

Le phénomène le plus important de la névrologie consiste dans la propagation par sauts du processus secondaire, par « diffusion incohérente », comme dit M. Benedikt. Cette diffusion est encore plus irrégulière, plus incohérente dans les néoplasmes que dans les dégénérescences diffuses.

Les systèmes organiques dégénérés secondairement n'ont pas nécessairement des corrélations physiologiques, ce qui est à l'heure actuelle généralement supposé. Cette supposition est devenue la source d'erreurs fondamentales, cliniques, physiologiques et histologiques.

Comme conséquence de la diffusion incohérente des lésions secondaires, il faut poursuivre la séparation et la localisation des différents symptômes et syndromes et créer de nouvelles lois de diagnostic de diffusion.

**Accidents causés par le « gammarus pulex » (crevette d'eau douce) apporté avec l'eau de boisson dans l'estomac d'un homme.** — M. Laboulbène fait une communication sur ce sujet. (Voir le Premier-Paris.)

### COMITÉ SECRET

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Roux sur les titres des candidats à la place de membre associé libre. La liste de présentation est ainsi dressée :

En première ligne, M. Perrier;

En deuxième ligne, M. Paul Richer;

En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Commenge, Corlieu, ...lezowski, Galippe et Rivière.

...Le nom de M. Galezowski a été ajouté sur la liste par ...cadémie, et M. Rivière a été maintenu malgré son désis...nent momentané.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**...ité des maladies de l'enfance (1), publié sous la direction de MM. Grancher, Comby et Marfan.**

...La publication du tome III du « Traité des maladies de ...fance » a rapidement suivi la publication du tome II. ...est consacré à l'histoire des maladies de l'abdomen et des ...scères abdominaux, du cœur, du nez, du larynx et de ...rs annexes, et de l'appareil circulatoire.

...Dans la première partie, se trouvent des chapitres fort ...portants, puisque, indépendamment des maladies chirur...ales des parois de l'abdomen (hernies, maladies de l'om...c), ont dû y prendre place les maladies du péritoine, du ...e, des reins, de l'appendice cæcal et de l'appareil génital.

...Nous retrouvons encore dans ce volume un certain ...nbre de chapitres de pathologie chirurgicale mélangés ...x chapitres de pathologie interne, naturellement beau...up plus nombreux. Un chirurgien, M. Broca, a décrit dans ... qu'elles ont de spécial à l'enfant les hernies inguinale et ...bilicale; c'est un chirurgien encore, et des plus experts ... la matière, M. Brun, qui a écrit une fort bonne étude sur ...ppendicite; pour sa rédaction, il a été amené à faire ...pel tout autant à son expérience personnelle qu'aux ...herches bibliographiques.

...On sait que l'appendicite est fréquente dans le jeune âge ... qu'elle y prend souvent une gravité très grande. M. Brun ... pas pu se borner à étudier exclusivement l'appendicite ...ez l'enfant : il a dû écrire l'histoire complète de cette ...ladie, en insistant plus spécialement sur les particularités ... distinguent l'appendicite des enfants. M. Brun pense ...e l'appendicite se produit tout aussi bien avec la diarrhée ...'à la suite de la constipation habituelle; qu'elle succède, ...s certains cas, à la colite muco-membraneuse et que les ...culs appendiculaires sont, le plus souvent, consécutifs à ...e inflammation de longue durée de l'appendice. On voit ...ppendicite éclater à la suite de maladies générales, telles ...e la rougeole, la variole, la grippe, les oreillons.

...M. Brun n'est pas partisan de la théorie du vase clos for...ulée tout d'abord par M. Talamon et défendue avec un ...and talent par M. Dieulafoy; ce qu'il met en première ...ne, c'est l'infection d'un organe si riche en tissu lym...oïde qu'on peut le considérer comme une sorte d'amyg...le abdominale, que l'infection vienne de sa cavité elle-...ême ou de l'extérieur.

La description des lésions de l'appendicite est illustrée ...r une série de dessins représentant des faits personnels. ... transformation de l'appendice en cavité close devrait être ...nsidérée comme la conséquence et non comme la cause ... l'appendicite; elle se rencontre, du reste, beaucoup plus ...uvent dans les appendicites réséquées à froid que dans ...s appendicites aiguës.

Comme formes cliniques, M. Brun distingue : l'appendi...te simple, l'appendicite avec péritonite enkystée péri-...pendiculaire, l'appendicite avec péritonite suppurée géné...lisée, l'appendicite avec péritonite septique et l'appen...cite chronique. Nous conseillons vivement de lire la ...scription très claire et très nette que donne l'auteur de ...s formes cliniques.

Relativement au traitement, M. Brun n'admet pas, quoique chirurgien, que l'intervention opératoire constitue le seul traitement de l'appendicite. « Il est, dit-il, des cas dans lesquels l'indication est formelle et l'hésitation impardonnable, c'est lorsqu'il existe une péritonite généralisée ou lorsqu'on constate l'existence d'un abcès qui, comme on l'a dit, est prêt à crever la peau, comme il crève les yeux de l'observateur. Dans ces deux cas, l'intervention chirurgicale s'impose et le traitement médical ne peut être que secondaire.

S'agit-il, au contraire, d'une appendicite simple, d'une crise appendiculaire dont la durée est éphémère et sur la nature de laquelle il est tout à fait exceptionnel qu'on puisse se méprendre? c'est incontestablement au traitement médical qu'il faut avoir recours et l'extirpation de l'appendice ne devra être discutée que la crise terminée, à titre préventif. »

Ce sont les cas d'appendicite avec péritonite enkystée qui divisent le plus les médecins et les chirurgiens. Voici comment procède personnellement M. Brun : « Quand je vois un malade chez lequel le diagnostic d'appendicite enkystée me paraît non pas probable, mais certain, si les accidents n'offrent en eux-mêmes aucun caractère menaçant, j'essaie du traitement médical. Si après vingt-quatre heures je constate une amélioration, si légère soit-elle (diminution de la douleur, abaissement de la température, meilleure tenue du pouls), je continue à temporiser; mais si la température n'a subi aucun changement, si la douleur reste très vive, si le pouls demeure fréquent, et, à plus forte raison, si une aggravation est survenue, je ne prolonge pas davantage ma tentative de traitement médical, je procède à l'opération. » M. Brun n'a jamais eu à se repentir d'agir de la sorte, bien qu'il ne craigne pas de rechercher longuement l'appendice pour le réséquer. Les lésions sont du reste toujours plus étendues qu'on ne le supposait par l'examen extérieur et toujours il y a du pus.

Au point de vue du traitement médical, M. Brun est l'ennemi des purgatifs; il donne de l'opium par petites doses espacées, supprime l'alimentation, et, pour calmer la soif, donne de la glace ou des boissons glacées. Il ne prescrit ni ventouses scarifiées, ni sangsues, parce que les plaies qui résultent de leur application peuvent gêner beaucoup lorsqu'on est forcé d'intervenir le lendemain ou quelques jours plus tard. Il vaut mieux, pour cette raison, appliquer une vessie de glace sur la fosse iliaque. La même médication est continuée avec la même sévérité jusqu'à disparition complète de la fièvre et de la sensibilité; quelquefois, pendant huit ou dix jours; c'est seulement alors qu'on commence à alimenter prudemment les malades avec du lait, puis des œufs, puis des légumes cuits en purée et qu'on provoque l'évacuation de l'intestin par des suppositoires glycérinés.

Lorsque, ce traitement ayant été institué, la situation ne s'améliore pas au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, il faut opérer.

Nous nous sommes attardé à l'analyse du travail de M. Brun sur l'appendicite, qui figure au commencement de ce volume, à cause de l'intérêt plein d'actualité de cette question, de la façon très personnelle dont l'a traitée l'auteur; nous voudrions faire de même pour plusieurs des chapitres compris dans ce volume; cela nous demanderait malheureusement trop de temps et d'espace. Signalons encore une étude d'ensemble, une véritable monographie des ictères de la première et de la seconde enfance due à M. Rénou. MM. Hutinel et Auscher ont fait l'histoire des cirrhoses du foie chez l'enfant; ils ont, en particulier, insisté sur la cirrhose cardio-tuberculeuse qu'ils considèrent comme la plus fréquente dans le jeune âge. En raison d'une symphyse tuberculeuse du péricarde, il se produit

---

(1) In-8°, t. III. Prix : 20 francs. — Paris, Masson et Cie.

une stase veineuse, hépatique, et de la cirrhose avec augmentation permanente du volume du foie. Cet organe a les apparences d'un foie muscade, mais çà et là, on y rencontre de petits tubercules embryonnaires. La sclérose, localisée au début au pourtour de la veine centrale, tend plus tard à diffuser.

Toute une série d'excellentes études sont dues encore à la collaboration de MM. Gastou (maladies de la rate), J. Renault (albuminurie et néphrites), Comby (périnéphrite, pyélites, hématurie, rein mobile), Bokay, de Budapest (lithiase urinaire), J. Hallé (tuberculose du rein), L. Guinon (névroses urinaires), Pousson (maladies des organes génito-urinaires dans le sexe masculin), Epstein, de Prague (maladies des organes génito-urinaires dans le sexe féminin), Moussous, de Bordeaux, et Weil, de Lyon (maladies du cœur congénitales et acquises), Boulay, Lermoyez, Variot et Glover, Marfan (affections du nez, du larynx et de leurs annexes), Sanné (pathologie du thymus), Combe, de Lausanne (myxœdème).

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 JANVIER 1898)

### Thèses de doctorat.

**JEUDI 13 JANVIER**, à une heure. — M. LAIZÉ. Étude sur les abcès enkystés péritonéaux secondaires dans l'appendicite (MM. Guyon, président; Berger, Maygrier et Albarran). — M. JARCA. Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches; — M. FONTOYNONT. Luxations récidivantes de l'épaule (MM. Berger, président; Guyon, Maygrier et Albarran). — M. CRÉHANGE. Contribution à l'étude de l'hémimélie; — M. DUCLOS. Le débridement de l'angle iridien (MM. Mathias-Duval, président; Quénu, Gley et Roger). — M. LENÉ. Contribution à l'étude de la phlébite rhumatismale (MM. Debove, président; Raymond, Marie et Ménétrier). — M. SCHAPIRO. Étude sur l'épilepsie. Son traitement par la résection du grand sympathique (MM. Raymond, président; Debove, Marie et Ménétrier). — M. ANDRÉ. De la sialorrhée (MM. Hutinel, président; Chantemesse, Gilbert et Netter). — M. MAIRE. Contribution à l'étude de l'érosion dentaire (MM. Chantemesse, président; Hutinel, Gilbert et Netter).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — ÉPREUVE ORALE. — Les séances auront lieu à l'Administration centrale, les lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures trois quarts.

La première séance aura lieu le vendredi 7 janvier 1898, à l'amphithéâtre de l'Administration.

Sont admis à subir l'épreuve orale, les candidats ayant obtenu 18 points au minimum, et, parmi ceux ayant obtenu 17 points, MM. Roglet, Le Maguet, Lucius, Ertzbischoff, Lortat-Jacob.

— Par décret, en date du 2 janvier 1898, ont été nommés, au titre militaire, dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de chevalier.* — M. Merveilleux, médecin principal des colonies, et M. Rousselot-Bénaud, médecin de première classe des colonies.

— MM. les docteurs Brochet, médecin de première classe, et Renault, médecin de deuxième classe de la marine, destinés aux troupes à Madagascar, ont obtenu un sursis de départ de quinze jours et partiront de Marseille par le paquebot du 25 janvier 1898.

MM. les docteurs Duranton, médecin de deuxième classe, destiné aux troupes à Madagascar, et Erdinger, médecin de deuxième classe du port de Toulon, sont autorisés à permuter.

MM. les docteurs Vautalon, médecin principal, et Guyot, médecin de deuxième classe, débarqués du *Redoutable*, sont, à titre exceptionnel, maintenus à terre à Toulon et réservés pour les premières vacances qui se produiront en escadre.

— M. le médecin de première classe Tricard, médecin-major au 6e régiment d'infanterie de marine à Brest, est destiné aux tirailleurs tonkinois, en remplacement de M. le médecin de première classe Roux (G.-V.), qui sera affecté au 6e régiment d'infanterie à Brest. M. le docteur Tricard prendra passage sur le vapeur affrété partant de Marseille le 1er février 1898.

— Liste de départ pour les colonies, au 3 janvier 1898, de MM. les médecins du service des troupes de la marine :

*Médecins principaux* : 1 MM. Siciliano, 2 Cauvet, 3 Trabaud, 4 Thémoin, 5 Négadelle, 6 Alix (P.-M.), 7 Prat, 8 Kermorvant, 9 Curet.

*Médecins de première classe* : 1 MM. Tricard, 2 Arami, 3 Branellec, 4 Robert, 5 Reboul, 6 Portoul.

*Médecins de deuxième classe* : 1 MM. Delabaude, 2 Portes, 3 Reygondaud, 4 Ruelle, 5 Roudié, 6 Parin, 7 Pourtal.

— Le bureau de la Société de chirurgie est ainsi composé pour l'année 1898 : président, M. Berger; vice-président, M. Pozzi; secrétaire général, M. Reclus; secrétaires annuels, MM. P. Reynier et Routier; trésorier, M. Walther; archiviste, M. Brun.

— M. le docteur Treille, ancien inspecteur général du service de santé des colonies, est nommé professeur d'hygiène coloniale à l'Université nouvelle de Bruxelles.

— Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 29 décembre dernier, a pris la délibération suivante :

« ARTICLE PREMIER. — Il y a lieu de procéder à l'unification des différents services médicaux actuels de la Préfecture. En conséquence, la ville de Paris est divisée en onze circonscriptions médicales, conformément au mémoire de M. le préfet, et dont les titulaires devront examiner indistinctement tous les agents administratifs résidant dans le périmètre de chacune d'elles. — Ces onze médecins auront droit au titre de « médecin de la Préfecture de la Seine ». — Le service médical comprendra en outre un médecin en chef de la Préfecture.

ART. 2. — Le crédit affecté au service médical est fixé à la somme totale de 27 000 francs, dont la répartition aura lieu dans les proportions suivantes : Médecin en chef de la Préfecture, 6 000 francs. Onze médecins de circonscription à 1 200 francs chacun, 13 200 francs. Ensemble, 19 200 francs. Le surplus, soit, sur la somme totale, 8 000 francs, devant être réparti en fin d'année entre les médecins de circonscription, au prorata de leurs visites et de leurs consultations.

ART. 3. — Les onze emplois de médecins de circonscription seront attribués à la suite d'un concours auquel seront admis les médecins actuellement en exercice dans les différents services de la Préfecture de la Seine, de l'Octroi et de l'Assistance publique. »

— M. Pierre Sébileau, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, commencera son enseignement clinique à l'hôpital Boucicaut, le jeudi 6 janvier 1898, à dix heures et demie, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Tous les jours, examen des malades à la consultation. — Les mardis et jeudis, petite chirurgie.

— *Hôpital Saint-Antoine.* — *Clinique des maladies nerveuses.* — MM. Ed. Brissaud et G. Ballet reprendront leurs leçons annuelles de clinique des maladies nerveuses, à l'hôpital Saint-Antoine, les jeudis et dimanches, à partir de janvier.

M. G. Ballet commencera le dimanche 9 janvier, M. E. Brissaud le jeudi 13 janvier, à dix heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 3. — SAMEDI 8 JANVIER 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 8 JANVIER 1898. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### La syphilis du foie chez l'adulte, formes cliniques et traitement.

Par M. le docteur A.-F. PLICQUE,
Chef de laboratoire à l'hôpital de Lariboisière.

L'histoire de la syphilis du foie offre deux côtés distincts. Le premier est le côté anatomo-pathologique, parfaitement connu depuis les travaux de Dittrich, Gubler, Lancereaux, Klebs et Hayem, Lacombe, Hudelo, etc. Le second, resté beaucoup plus obscur, et qui doit surtout nous occuper ici, est le côté clinique. La symptomatologie de la syphilis du foie est trop souvent bien vague et bien imprécise. Aucun symptôme vraiment pathognomonique ne tranche sur la série d'accidents d'ordre un peu banal : hypertrophie et douleur du foie, ascite, ictère, troubles digestifs et cachexie progressive. Devant cette difficulté de donner une description nette de l'hépato-syphilose, la seule division qu'on puisse adopter dans cette étude est purement chronologique. La période secondaire offre tout d'abord à décrire cet accident singulier, encore mal expliqué comme pathogénie, mais dont la nature est incontestable, ne fût-ce qu'en raison des résultats du traitement spécifique : l'ictère syphilitique précoce. Assez tenace, mais assez bénin, en général, cet ictère se transforme parfois en ictère grave et peut ainsi devenir mortel. La période tertiaire présente une série de lésions complexes. Les deux types les plus opposés seraient, d'une part, l'infiltration diffuse du foie se rapprochant des cirrhoses ordinaires, d'autre part, les gommes circonscrites. Mais, dans la pratique, ces deux types s'associent le plus souvent. Cliniquement, ils devront être réunis dans une même étude d'ensemble. La syphilis héréditaire précoce de l'enfant est tout à fait spéciale comme mode d'infection en masse, débutant par le foie, comme lésions et comme évolution rapide. La syphilis héréditaire tardive, au contraire, ressemble trop, dans sa marche et dans ses déterminations anatomiques, à la syphilis acquise, pour qu'il ne soit pas utile de la rapprocher de celle-ci. L'âge des malades peut d'ailleurs, comme on le verra, être tel, trente ans et plus, que la syphilis héréditaire tardive soit vraiment une maladie de l'âge adulte. Une dernière partie, enfin, résumera, outre un bref exposé de l'anatomie pathologique, les principales règles du diagnostic et du traitement, un peu trop disséminées dans les trois précédents chapitres.

#### I

L'ictère précoce de la période secondaire constitue une des manifestations les plus curieuses de la syphilis. Il apparaît vers la cinquième semaine, après le chancre, au moment où sur la peau la roséole commence à se mêler de quelques éléments papuleux. Les cas tardifs, survenant au bout de huit mois, de dix mois même (Luton), sont exceptionnels. L'ictère survient aussi bien dans les syphilis les plus bénignes que dans celles qui annoncent d'emblée une certaine malignité. Il peut s'accompagner de céphalée intense, d'adénopathie généralisée, d'hypertrophie de la rate, d'albuminurie, d'anémie profonde, comme il peut, ainsi que Rendu (1) en a rapporté un bel exemple, survenir dans les syphilis les plus atténuées. L'évolution de l'ictère est un peu spéciale. Il s'installe lentement, progressivement, met plusieurs jours à atteindre son apogée. L'évolution des ictères émotifs, de l'ictère de la lithiase biliaire est beaucoup plus rapide. La durée de l'ictère est longue. « Presque jamais, dit Rendu, il ne dure moins de trois semaines, parfois il se maintient deux et même trois mois. C'est, en somme, un ictère subaigu, dont la tendance est de passer à l'état chronique. »

Les troubles fonctionnels sont, en général, atténués. Le prurit reste médiocre, l'embarras gastrique n'est pas très intense et parfois nul. L'hypertrophie hépatique, avec endolorissement de la région, bien signalée par M. Delavarenne (2), n'est pas constante. Le foie était indolore et plutôt petit, dans le cas de Rendu.

En résumé, l'ictère syphilitique secondaire offre des caractères cliniques si peu différents de l'ictère catarrhal, que Hardy, Cornil ont pu se demander s'il n'y avait pas entre l'ictère et la syphilis une simple coïncidence. Cependant cet ictère survient en général sans aucune cause provocatrice. Il est plus fréquent chez la femme, « alors, dit Rendu, que si l'ictère était la conséquence d'excès et

(1) RENDU. De l'ictère syphilitique, *Leçons de clinique médicale*, Paris 1890, vol. II, p. 49.

(2) DELAVARENNE. *La syphilis du foie chez l'adulte*, Th. de Paris, 1879.

d'écarts de régime, il devrait se rencontrer bien plus fréquemment chez l'homme. » Son apparition avec l'exanthème cutané offre une coïncidence remarquable. Elle avait tellement frappé Gubler qu'il avait proposé l'hypothèse, un peu trop ingénieuse, d'une roséole du canal cholédoque.

Le pronostic est, en général, absolument bénin. La guérison est tout au plus un peu moins rapide que dans l'ictère catarrhal. Le pronostic éloigné est peut-être un peu plus réservé. Cette atteinte d'un viscère important, dès le début de la syphilis, est toujours suspecte. Le foie et le rein doivent être longtemps surveillés.

Quelquefois même, mais très exceptionnellement, un ictère, bénin d'apparence, peut aboutir à l'ictère grave. La syphilis est un facteur assez important de l'étiologie de l'ictère grave. Lebert l'a notée 7 fois sur 63 cas d'atrophie parenchymateuse aiguë. Peut-être agit-elle moins directement qu'en débilitant l'organisme et le prédisposant aux infections. Mais le fait clinique n'a pas moins d'importance. Lacombe rapporte une observation de Charcot, où la malade succomba en moins de dix jours (1). La destruction du foie était totale. A l'examen histologique, aussi bien des parties jaunes que des parties restées rougeâtres, il était impossible de découvrir la moindre trace de cellules hépatiques. Il n'existait plus que des particules produites probablement par les détritus de cellules, beaucoup de granulations graisseuses et enfin, çà et là, des espèces de grains muriformes, formés par de la gravelle biliaire ou des sels. Dans une autre observation de Hilton-Fagge, les progrès de l'atrophie du foie furent si rapides qu'ils étaient appréciables, d'un jour à l'autre, à l'examen clinique. A l'autopsie, on trouve pour ainsi dire côte à côte les lésions habituelles de la syphilis hépatique chez l'enfant où l'infection atteint son maximum et celles de l'atrophie jaune aiguë.

Comme l'ictère catarrhal, l'ictère grave appartient aux manifestations précoces de la syphilis. Senator, sur 9 observations rapportées au Congrès de médecine interne de Wiesbaden, insiste sur cette précocité. Un malade, observé par Balzer, portait encore la cicatrice du chancre induré. Une malade, particulièrement intéressante, étudiée par Roques et Devic, était au sixième mois de sa syphilis. Elle offrait cette particularité d'avoir eu, treize ans auparavant, un ictère catarrhal émotif. A l'autopsie, on trouva un cas type d'hépatite gommeuse généralisée sans sclérose. L'action de la syphilis semble avoir été ici directe.

Les symptômes de l'ictère grave syphilitique n'offrent rien de spécial. A la faiblesse, à l'anorexie, au météorisme, au subictère peu inquiétant du début, succèdent bientôt les accidents ataxo-adynamiques, les hémorragies souvent très accusées. L'albuminurie, l'urobilinurie, la glycosurie alimentaire sont fréquentes. Le malade de Balzer offrit outre l'ictère un érythème purpurique généralisé. L'anurie finale fut chez lui presque complète. De très nombreux microcoques existaient aussi bien dans le foie que dans le rein.

L'ictère grave syphilitique, de même que l'ictère bénin, est beaucoup plus fréquent chez la femme.

En présence de cette destruction brutale de la cellule hépatique, de cette hépatite aiguë, diffuse et nécrosique, dont Chauffard (2) compare l'intensité à celle de l'empoisonnement par le phosphore, on conçoit l'inefficacité du traitement spécifique.

Aucun fait d'atténuation ou de guérison de l'ictère grave syphilitique par ce traitement ne semble avoir été jusqu'ici apporté. Par contre, les résultats du traitement sont peut-être l'argument le plus important en faveur de la nature syphilitique de l'ictère bénin. Dans le cas de Rendu, les grands lavements froids, qui, d'ordinaire, rétablissent rapidement le cours de la bile dans l'ictère catarrhal, l'eau de Vichy, furent employés six jours consécutifs sans résultat. Le traitement mixte : une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten, 2 grammes d'iodure de potassium par jour amenèrent au contraire une amélioration rapide. Les laxatifs légers, l'aloès, les drastiques à faible dose viennent utilement, comme l'a montré Mauriac, en aide au traitement spécifique.

## II

La syphilis tertiaire du foie n'est pas très fréquente. Peut-être surtout n'est-elle pas très fréquemment diagnostiquée. Hjelmann, réunissant 1860 cas d'accidents biliaires traités en 1879 et 1880, à l'hôpital d'Helsingfors, n'a trouvé le foie pris que 32 fois. C'est exactement la fréquence de la syphilis tertiaire du testicule et de celle de l'œil. Mauriac (1), condensant les trois statistiques de Fournier, de Ehlers, de Hjelmann, a rassemblé 7497 cas de tertiarisme ; les lésions du foie sont encore beaucoup plus rares, 41 cas seulement. Cette rareté est plus apparente que réelle ; les malades atteints de lésions hépatiques entrent rarement dans les services spéciaux.

La syphilis tertiaire du foie, élimination faite de la question de l'ictère secondaire qui a été traitée plus haut, est parfois très précoce. Jullien (2) cite le fait d'un malade qui succomba moins d'un an après le chancre, à ses lésions hépatiques. L'observation d'ictère grave, due à Roger et Devic, et déjà mentionnée, peut être également regardée comme un exemple d'hépatite gommeuse généralisée, très précoce. La malade était au sixième mois d'une syphilis qui, d'ailleurs, n'avait été aucunement soignée.

De tels faits restent l'exception. Le plus souvent, la syphilis du foie est un accident tardif. Comme chronologie, elle est contemporaine des gommes circonscrites de la peau et du tissu cellulaire, des ulcérations du pharynx, des exostoses. Ces lésions concomitantes sont souvent fort utiles pour le diagnostic. Le maximum de fréquence paraît répondre à la troisième année de l'infection. Mais des cas extrêmement tardifs ont été observés, vingt, trente et même quarante ans après le chancre.

En dehors de la syphilis, certaines causes occasionnelles jouent un rôle, sinon certain, au moins très vraisemblable. L'alcoolisme, l'impaludisme antérieur contribuent à faire du foie, un *locus minoris resistentiæ*. Chauffard se demande même si un ictère antérieur ne peut pas jouer le rôle de cause d'appel. C'est par ces causes prédisposantes qu'il faut expliquer la fréquence infiniment plus grande chez l'homme que chez la femme.

Un point sur lequel Mauriac (3) a particulièrement insisté domine toute l'histoire clinique de la syphilis tertiaire du

(1) Lucien Lacombe. *Accidents hépatiques de la syphilis chez l'adulte*, Th. de Paris, 1874, p. 106.

(2) Chauffard. Congr. internat. de méd., Moscou 19 août 1897.

(1) Mauriac. *Traitement de la syphilis*, Paris 1896, p. 567.

(2) Jullien. *Maladies vénériennes*, Paris 1879, p. 912.

(3) Mauriac. *Journ. des prat*, 1898, p. 298.

foie : « Celle-ci, sous ses formes gommeuses, scléreuses, ou scléro-gommeuses, procède sourdement, d'une façon obscure, insidieuse, et ne se révèle que lorsque le foie est déjà sérieusement atteint. » Cette période latente ou presque latente, où il est si important d'intervenir avant que la sclérose ne soit devenue définitive, avant que les cellules hépatiques ne soient intéressées, est souvent fort longue. Leudet (1), dans deux de ses observations, a vu que depuis trois ans pour le premier cas, neuf ans pour le second, toute une série de malaises digestifs légers avaient précédé les accidents sérieux. Ces malaises pouvaient légitimement se rattacher à la première atteinte du foie.

Il faut donc se défier de ces troubles légers du début : douleur, asthénie générale, anorexie, diarrhée. Plus tard, l'ascite presque constant, les altérations de l'urine, les modifications de volume du foie, rendent le diagnostic plus facile, mais celui-ci est parfois alors un peu trop tardif. L'ictère est beaucoup plus rare. Chacun de ces symptômes mérite d'ailleurs d'être repris en détail.

Les symptômes fonctionnels sont souvent bien peu accentués. La douleur peut cependant être assez vive en raison de la périhépatite ; c'est une pesanteur, une lourdeur de l'hypocondre plutôt qu'une douleur aiguë. Les périodes d'exacerbation et d'accalmie sont la règle ; les exacerbations peuvent s'accompagner d'un léger mouvement fébrile. La douleur fut, au contraire, continue, sans aucune interruption, pendant trois mois, dans un cas de Frerichs. Le traitement spécifique amène souvent une atténuation de la douleur, à mesure que le foie diminue. Outre ces douleurs spontanées, la région hépatique se montre souvent extrêmement sensible à la palpation et à la percussion. Un point important est que la douleur de la syphilis hépatique est une douleur fixe et sur place. Elle n'a d'irradiations ni dans l'épaule droite, ni dans le flanc droit. Même chez les malades non traités et qui vont en se cachectisant de plus en plus, la douleur tend plutôt à s'atténuer à mesure que la maladie progresse.

En dehors de la douleur hépatique et des crises fébriles qui peuvent accompagner ses exacerbations, il est fréquent d'observer dès le début même, avant toute cachexie, un état de malaise mal défini, mais souvent très accentué. M. Simon rapproche ce malaise du brisement des membres, de la perte des forces, de la dépression du système nerveux central, si fréquent à la première période de la syphilis. Son principal caractère est son exacerbation vespérale. « Le soir à la chute du jour, dit M. Simon, un accablement ne tarde pas à se produire, et avec lui une tendance aux frissons et une très grande sensibilité au froid, bien que la peau soit plus chaude et plus moite, et que le pouls prenne plus d'ampleur et de fréquence. Cet état se prolonge la première partie de la nuit et cède aux approches du jour. » Sans être pathognomonique, cette réaction générale nocturne est un élément sérieux et un guide important dans le diagnostic de la syphilis viscérale. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'une périodicité analogue ne semble pas exister, ou du moins n'a pas été, jusqu'ici, signalée pour les douleurs locales.

Les troubles de l'appétit pouvant aller jusqu'à l'anorexie la plus complète, au dégoût le plus absolu de tout aliment, sont fréquents. Les vomissements communs au début, constituant parfois le symptôme initial, disparaissent, d'après Lacombe, vers la fin de la maladie. Les hématémèses semblent fort rares, au contraire de ce qui s'observe dans la cirrhose atrophique vulgaire. Haller a cependant rapporté un cas où elles étaient l'accident prédominant. Les épistaxis sont assez fréquentes. La diarrhée, qui constitue un des troubles gastro-intestinaux les plus communs, peut même s'accompagner de melæna. La diarrhée devient, en général, de plus en plus abondante et tenace, à mesure que progresse la cachexie. Il est assez fréquent de voir la diarrhée devenir dysentériforme, mais en pareil cas il y a souvent ulcération de l'intestin. Le météorisme intestinal est souvent aussi très prononcé. Il peut devenir la cause de gêne respiratoire et de coliques assez vives. Ces troubles intestinaux, point sur lequel M. Simon insiste dans son article FOIE, résistent à tous les traitements ordinaires. Ils cèdent facilement, au moins au début, au traitement spécifique.

L'ascite est un des symptômes les plus importants et les plus constants. M. Fournier ne l'a jamais vu manquer. L'ascite peut être d'une abondance extrême ; il peut se reproduire avec la plus grande rapidité. Une malade de Leudet dut subir quatre ponctions en moins de six semaines. Le nombre des récidives d'ascite, après la ponction, peut être considérable, trente dans un cas d'Hutchinson. Mais dans les cas les plus inquiétants par l'abondance du liquide, le nombre et la rapidité des rechutes, le traitement spécifique a encore pu donner des guérisons.

Lancereaux (1) a signalé la coexistence fréquente avec l'ascite, de dépôts pseudo-membraneux à la surface du péritoine, et plus particulièrement sur la portion qui tapisse le foie au niveau de l'hypocondre droit. Il insiste beaucoup sur ce fait qui fait souvent penser à tort à une péritonite tuberculeuse.

L'ictère est, dans la forme tertiaire, absolument l'exception. Quand il existe, il est produit par quelque lésion de surface. Lacombe cite les trois causes suivantes, vérifiées toutes trois à l'autopsie : compression des voies biliaires par une gomme, par une bride fibreuse rétractile, par des ganglions hypertrophiés au niveau du hile du foie. Mais en dehors de ces lésions surajoutées, la sclérose type, détruisant graduellement les éléments glandulaires qu'elle atteint, ne produit pas l'ictère.

Ces ictères par compression ont en général un développement lent, une très longue durée ; ils peuvent acquérir une grande intensité. Il arrive parfois, comme l'ont remarqué Gubler, Leudet, Virchow, que des ictères intenses et persistants sont assez bien tolérés et ne s'accompagnent que de malaises très peu sérieux.

Les urines renferment très souvent de l'albumine. En effet, rien de plus fréquent, comme l'avait déjà remarqué Rayer, de voir les lésions rénales coexister avec les lésions hépatiques. La néphrite concomitante peut devenir une cause d'anasarque généralisée, survenant dès le début bien avant la période de cachexie. Plus rarement les urines sont ictériques, ce qui se comprend si l'on songe à la rareté des ictères cutanés. Rarement aussi elles ont cet aspect trouble, rouge brique, boueux, dû à la surcharge d'urates, aspect si fréquent et si caractéristique dans la cirrhose ordinaire. Il est rare, en effet, comme l'a noté Lancereaux, que les urates soient en excès. L'albuminurie est naturellement un facteur

(1) LEUDET. Étiologie, curabilité et traitement de la syphilis hépatique, *Arch. gén. de méd.*, 1886, t. I, p. 165.

(1) LANCEREAUX. *Traité de la syphilis*, Paris 1873, p. 277.

important de gravité dans le pronostic. Néanmoins, elle aussi peut guérir par le traitement spécifique.

Les symptômes les plus alarmants, écrit Lacombe, ne sont pas toujours au-dessus d'un traitement bien combiné. L'observation type à cet égard reste celle présentée en 1864 par M. Hérard à la Société médicale des hôpitaux. La malade, guérie une première fois quatre ans auparavant, avait été réduite par une rechute à une cachexie extrême. Le foie était très volumineux, l'anasarque généralisée, l'ascite considérable. Une diarrhée incoercible, une albuminurie abondante rendaient le tableau encore plus sombre. La guérison, sous l'influence de l'iodure, fut rapide; six mois après la sortie de l'hôpital elle s'était complètement maintenue.

Le volume du foie est exceptionnellement diminué; le plus souvent, il est augmenté. L'hypertrophie atteint parfois le lobe droit d'une façon exclusive et prédominante, assez spéciale à la syphilis. Cette disproportion entre l'hypertrophie des deux lobes est, pour Lancereaux, un signe important. Les inégalités de surface, les brides cicatricielles, les bosselures formées par les gommes, sont parfois reconnues à la palpation. Mais, le plus souvent, les symptômes physiques, s'ils montrent que le foie est en cause, ne donnent rien de bien spécial quant à la nature spécifique de la lésion. La diminution rapide de volume, sous l'influence du traitement spécifique, constitue pourtant un symptôme capital. « Réciproquement, dit Lacombe, si, par suite d'un traitement mal suivi ou par toute autre cause, la rechute survient, on verra, en dehors d'autres symptômes plus ou moins apparents, le volume croître de nouveau avec la même rapidité qu'il avait mis à décroître. » Ces oscillations si faciles sont même, quoique fort inconstantes, tout à fait propres à la syphilis. Pour avoir toute sa valeur pronostique favorable, il importe que la diminution de volume du foie s'accompagne d'une amélioration de l'ascite et de l'état général. Les progrès de la sclérose peuvent, en effet, transformer un foie gros en un foie normal comme volume, puis rétracté, le parenchyme hépatique étant de plus en plus détruit. Mauriac regarde même cette succession des deux périodes hypertrophique et atrophique comme la règle. Dans un cas de Leudet, la persistance de l'ascite, des hémorragies intestinales, de la faiblesse progressive, était en opposition apparente avec la disparition graduelle de l'hypertrophie hépatique. Le foie, à l'autopsie, fut trouvé très petit et très rétracté.

Dans le cas où la dégénérescence amyloïde est la lésion prédominante, les symptômes physiques sont plus vagues encore. Sur 23 cas, Frerichs (1) a trouvé le foie rétracté dans 3, normal de volume dans 3, hypertrophié dans 17. L'hypertrophie est partois considérable, mais la forme de l'organe n'est pas notablement modifiée. La surface reste absolument lisse; elle offre pourtant une consistance plus ferme, plus résistante; le bord inférieur est moins tranchant que d'habitude. La péri-hépatite, l'ictère, sont fort rares. L'ascite existe à peine dans le tiers des cas. Les lésions simultanées de la rate, des reins, de l'intestin, font rarement défaut. La pâleur, l'anémie extrême, la cachexie, l'anasarque, sont disproportionnées avec les lésions du foie. Celui-ci est toujours hypertrophié et plus fixe comme volume.

L'action du traitement spécifique, contre cette longue série d'accidents, a déjà été sommairement mentionnée. La rapidité d'action de l'iodure et du mercure, associés, est souvent prodigieuse. Leudet fait remarquer que plus l'action est rapide, et plus l'on a lieu d'espérer une guérison définitive. Celle-ci, dans une de ses observations, se maintint plus de vingt ans. Mais les rechutes, et c'est une notion pratique importante, sont nombreuses. Elles guérissent en général par la reprise du traitement, comme dans les cas de Leudet, de Hérard, de Frerichs. Elles sont parfois, comme dans un cas de Quelet, mortelles malgré le traitement le plus énergique et le plus suivi. La rechute, dans le cas de Frerichs, était survenue au bout de quelques mois. Elle était survenue au bout de deux ans dans les cas de Quelet et de Leudet, de quatre ans dans le cas d'Hérard. Les malades guéris doivent donc être longtemps surveillés.

(1) Frerichs. *Traité pratique des maladies du foie*, trad. franç., Paris 1877, p. 442.

III

La syphilis héréditaire tardive est parfois une véritable syphilis de l'adulte. Sur 49 cas réunis par Hudelo, 5 avaient été observés de vingt-cinq à trente-cinq ans. Deux portaient sur des malades de quarante et un et quarante-trois ans. Cette notion offre une importance pratique très grande pour ne pas négliger le traitement spécifique, alors même que les antécédents personnels d'un malade déjà âgé semblent absolument vierges de syphilis. Mais ces cas, dans l'âge adulte et dans l'adolescence, restent exceptionnels. Ils sont beaucoup moins communs que dans la seconde enfance, de huit à quinze ans. Comme âge, cette affection ne rentre donc pas à proprement parler dans le cadre de cette étude. Elle mérite cependant d'être rapprochée de la syphilis de l'adulte comme pathogénie et comme lésion.

Comme pathogénie, ce n'est plus, comme dans la syphilis hépatique du nouveau-né, une infection uniforme et massive du foie par la veine ombilicale. L'infection est moins brutale, plus localisée. Elle se fait par l'artère hépatique, et les lésions d'endartérite et de péri-artérite dominent l'anatomie pathologique. « Que cette syphilis tertiaire, dit Chauffard (1), résulte d'une ancienne contamination acquise ou d'une ancienne contamination héritée, le mode d'infection n'en est pas changé. Même latence plus ou moins prolongée des germes et même dissémination tardive. Ce sont encore les lésions artérielles qui commandent et dirigent les processus. »

Aussi les formes cliniques et anatomiques sont-elles pour ainsi dire calquées sur la syphilis de l'adulte. La forme initiale congestive la plus importante pour le praticien est malheureusement la moins nettement définie. Il faut songer à la syphilis chez tout enfant qui présente un peu d'hypertrophie et de sensibilité du foie, une teinte subictérique même très légère, des troubles gastriques et intestinaux. Les résultats du traitement seront souvent inespérés. Barthélemy (2) insiste justement sur ce fait que la guérison obtenue n'est souvent que passagère, « elle ne devient définitive que si l'on revient à la charge à plusieurs reprises et de façon à combattre mécaniquement la diathèse, en imprégnant pour ainsi dire l'organisme d'iodure de potassium. » Après les premiers effets de l'iodure, les reprises de traitement mercuriel ont également, pour prévenir les rechutes, une grande efficacité.

(1) Chauffard. *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard), t. III, p. 905.
(2) Barthélemy. Syphilis héréditaire du foie, *Arch. gén. de méd.*, 1884, vol. XVI, p. 513-674.

Dans la forme diffuse, dans la forme scléro-gommeuse, les accidents sont plus accentués. L'ascite est presque constant. Une malade d'Hutchinson avait, en trois ans, subi de très nombreuses ponctions, huit en moins d'un an. Le traitement par l'iodure réussit, malgré l'ancienneté des lésions; du jour où il fut commencé, toute nouvelle ponction fut inutile. La forme gommeuse pure est assez rare; elle est, comme troubles fonctionnels, en général très silencieuse; l'acuité est fort rare et plus encore l'ictère. La forme amyloïde, dernier aboutissant de la cachexie syphilitique, accompagnée presque toujours de lésions analogues des reins, de l'intestin, est particulièrement grave.

En résumé, le diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive est plutôt un diagnostic de probabilité que de certitude. Il faut rechercher les stigmates classiques. Mais, fait sur lequel M. Barthélemy insiste particulièrement, il faut savoir que ces stigmates peuvent manquer. La syphilis héréditaire tardive est assez souvent monosymptomatique. La lésion du foie ne s'accompagne d'aucune autre détermination spécifique. Il faut rechercher, avec soin, les antécédents héréditaires. Dans les antécédents personnels, il faut tenir compte des faits négatifs et, en particulier, de l'absence d'impaludisme et d'alcoolisme. Parfois, ce sera l'irrégularité de la surface du foie, les bosselures qui éveilleront les soupçons.

Mais la règle sera d'essayer le traitement spécifique dans tous les cas douteux. Les résultats seront parfois merveilleux. Ils seront parfois incomplets. En ce dernier cas, tantôt la syphilis a eu le temps de déterminer des lésions de sclérose banale, tantôt il s'agit de faits d'étiologie complexe. Les enfants hérédo-syphilitiques n'offrent, en effet, qu'une résistance médiocre aux infections, aux intoxications d'origine externe, aux auto-intoxications. De là la possibilité de cirrhoses d'origine mixte, où les succès du traitement spécifique ne peuvent être que partiels (Barthélemy). De là aussi, même après les guérisons les plus complètes d'apparence, la nécessité d'une hygiène sévère et d'un traitement de l'état général longtemps poursuivi.

Comme dans la syphilis tertiaire, les rechutes spécifiques sont d'ailleurs à craindre. Créquy (1) a rapporté un cas où deux poussées successives se produisirent à vingt mois de distance. Toutes deux guérirent par la liqueur de Van Swieten.

## IV

A ces formes cliniques, si dissemblables, répondent naturellement des lésions anatomiques extrêmement variées. Mais, malgré leur variété, ces lésions obéissent à deux lois générales fort importantes pour le pronostic et le traitement. La première, formulée par Virchow, est qu'au foie, comme dans les autres viscères, la syphilis frappe tout d'abord et frappe longtemps, d'une façon exclusive, les vaisseaux et le tissu cellulaire interstitiel. La cellule hépatique est longtemps respectée. Elle n'est atteinte que secondairement et mécaniquement par les progrès de la sclérose. Cette règle ne paraît souffrir d'exception que pour les faits, rares d'ailleurs, d'ictère grave syphilitique. La seconde loi est qu'à mesure qu'elles vieillissent les lésions semblent s'écarter de plus en plus de la spécificité pour aboutir à l'inflammation banale. Les lésions de sclérose définitive, non justiciables du traitement spécifique, tendent de plus en plus à l'emporter sur les gommes nodulaires et miliaires, susceptibles de résorption.

(1) Créquy, in Fournier. *Syphilis héréditaire tardive*, Paris 1886, p. 554.

Les conséquences opposées de ces deux lois se comprennent tout naturellement au point de vue du pronostic. L'intégrité prolongée de la cellule hépatique est un élément favorable. Sans doute, ainsi que l'ont montré MM. Hanot et Zadoc Kahn, la régénérescence de cellules, même profondément atteintes, est possible. Les lésions cellulaires sont moins définitives et moins irrémédiables qu'on ne l'avait longtemps cru. Mais ces lésions n'en constituent pas moins, quand elles existent, un danger grave. La transformation des lésions spécifiques en lésions banales est un fait non moins capital au point de vue de l'importance qu'a la précocité du traitement.

En dehors de ces données générales, il suffit de résumer, en quelques mots, les lésions correspondant aux diverses formes cliniques précédemment décrites.

En ce qui concerne l'ictère syphilitique bénin, on est réduit à des hypothèses sur la nature de la lésion. L'éruption interne sur la muqueuse du canal cholédoque, qu'invoquait Gubler, est une supposition plus ingénieuse que vraisemblable. L'idée d'une adénopathie précoce au niveau du hile du foie, défendue par Lancereaux et Cornil, est beaucoup plus admissible, mais non démontrée. Peut-être, comme l'indique Chauffard, s'agit-il plutôt d'une hépatite que d'une lésion des voies biliaires. L'action précoce de la syphilis sur le foie se rapprocherait de celle qu'elle exerce souvent sur le rein. Mais l'existence de cette hépatite n'a pu, jusqu'ici, être prouvée faute d'autopsies.

Les lésions de l'ictère grave sont mieux connues, mais ce qui domine, ce sont des lésions ne se distinguant en rien de celles des autres ictères graves d'origine diverse : macroscopiquement, l'atrophie jaune aiguë du foie; histologiquement, la destruction et la nécrobiose de la cellule hépatique. Le seul fait connu de lésion vraiment spécifique, hépatite gommeuse généralisée sans sclérose, observé par Roques et Devic, a été signalé plus haut.

Le type de la lésion tertiaire chez l'adulte est le foie scléro-gommeux. Les encoches profondes du bord antérieur, les larges bandes cicatricielles qui sillonnent et ficellent en quelque sorte la surface du foie et la pénètrent plus ou moins profondément, sont caractéristiques de la syphilis. Les gommes sont tantôt miliaires, tantôt du volume d'une noisette ou d'une noix. Elles sont arrondies, homogènes, d'un blanc-jaunâtre. Elles peuvent se calcifier et s'enkyster. Elles peuvent se résorber en laissant souvent une cicatrice étoilée comme capitonnée, pathognomonique. Les gommes existent parfois sans aucune trace de sclérose. Histologiquement, la distribution du tissu conjonctif sclérosique est absolument irrégulière et capricieuse. Le tissu rayonne en tous sens, sans limites et règles bien précises. L'intensité des lésions vasculaires, de la phlébite portale et de l'endartérite hépatique est au microscope l'élément le plus net de la syphilis. Les gommes sont, au début, formées uniquement de nodules de cellules embryonnaires. Dans les gommes un peu volumineuses, ces cellules ont subi, vers le centre, la dégénérescence granulo-graisseuse. Enfin la dégénérescence amyloïde s'ajoute en proportion variable aux lésions du tissu conjonctif et aux gommes. Les points atteints sont gris-jaunâtre, miroitants, comme cireux. La substance amyloïde se dépose, surtout au début, dans la paroi des artérioles et les capillaires radiés du lobule.

Les lésions en masse de la syphilis héréditaire précoce

forment un contraste frappant avec ces lésions partielles et disséminées de la syphilis de l'adulte. Le foie est globuleux, moins régulièrement hypertrophié, de couleur brun foncé ou jaunâtre. Sur la coupe de section, l'élément caractéristique est formé par de petits nodules blanc-grisâtre, incrustés dans la coupe, gros comme des grains de semoule et représentant des gommes minuscules. Les gommes, un peu volumineuses, sont beaucoup plus rares que chez l'adulte. Ces nodules sont purement embryonnaires. Mais, en outre, on observe des lésions extraordinairement diffuses, particulièrement étudiées par Hutinel et par Hudelo. La première étape est la congestion intense des capillaires sanguins du lobule, avec diapédèse leucocytique. La deuxième étape est la transformation des cellules rondes en cellules fusiformes qui, suivant les vaisseaux sanguins, aboutissent à un véritable tissu de sclérose. Si l'infiltration embryonnaire nodulaire ou diffuse peut guérir, il n'en est pas de même de ces lésions de sclérose constituée. Les lésions d'endophlébite qui viennent les compliquer sont également définitives.

Dans la syphilis héréditaire tardive, les lésions s'écartent du type infantile, pour se rapprocher du type régional et clairsemé de l'adulte. Le mode d'infection, longuement étudié plus haut, ne se fait pas, en effet, comme chez le nouveau-né, par la veine ombilicale, mais, comme chez l'adulte, par l'artère hépatique. En outre de ce mode différent d'infection, il faut sans doute tenir compte d'un autre facteur sur lequel MM. Gilbert et Surmont ont insisté dans leur rapport au Congrès de Moscou. La réaction du tissu hépatique diffère aussitôt après la naissance et chez les sujets de plus en plus âgés.

## V

On vient de voir combien sont variées les formes anatomiques et cliniques de la syphilis du foie. On vient de voir également combien leurs symptômes sont souvent inconstants et douteux. Le diagnostic, plus important que jamais au point de vue pratique, semble donc offrir des difficultés presque insurmontables. Voici pourtant quelques éléments qui peuvent guider dans la solution de ce difficile problème clinique.

Tout d'abord et fort heureusement, comme le fait remarquer Mauriac, parmi les viscéropathies syphilitiques, celle du foie est peut-être une des moins isolées. « Je sais bien, dit-il, que dans un assez grand nombre de cas, elle survient seule, longtemps après une période de santé parfaite, et comme une conséquence lointaine, improbable, inattendue d'une syphilis légère et même ignorée. Mais que de fois n'est-elle pas précédée et accompagnée d'autres manifestations qui peuvent nous éclairer sur sa nature! Quelquefois elle fait partie d'une syphilis viscérale généralisée.

Parmi ses coïncidences les plus ordinaires, en dehors des déterminations sur la rate et sur le rein, qui font partie de son processus et forment comme un syndrome abdominal, il faut noter les affections syphilitiques du larynx, des voies aériennes, des poumons et de la plèvre, les gommes sous-cutanées, les exostoses et quelquefois les encéphalopathies. » Dans presque toutes les observations d'hépato-syphilis, traitées et guéries, c'est la présence de quelqu'une de ces lésions à distance qui a fait le diagnostic. L'examen du malade ne saurait donc être trop complet et trop minutieux.

Les commémoratifs et les antécédents personnels peuvent, quand ils sont positifs, avoir une grande valeur pour le diagnostic. Quand ils sont négatifs, ce qui, on le sait, est presque la règle invariable dans la pratique hospitalière, même pour les accidents spécifiques les mieux caractérisés, ils n'ont qu'une valeur des plus restreintes. Les négations les plus formelles ne sauraient contre-indiquer le traitement spécifique, quand les allures cliniques, les symptômes concomitants semblent en faveur de la syphilis du foie. Dans la recherche des antécédents, on doit, bien entendu, tenir compte des faits assez fréquents de syphilis héréditaire tardive. On a vu que celle-ci a pu s'observer, même après quarante ans.

L'absence de tout facteur étiologique pourrait expliquer la cirrhose et en particulier l'absence de toute tare alcoolique ou palustre offre en faveur de la syphilis un indice important. Par contre, la présence, dans les antécédents, de l'alcoolisme le plus invétéré, des accidents palustres les plus accentués, ne permet pas, à elle seule, d'éliminer absolument la syphilis hépatique. Dans certains cas, suivant la remarque très juste de Mauriac, il semble que ces causes diverses, impaludisme et syphilis et surtout alcoolisme et syphilis, se combinent pour donner des formes mixtes. Ce qui reste toujours obscur, c'est la part qu'il faut faire à chacune des deux causes dans la genèse de la cirrhose, les symptômes, la cachexie terminale. Seuls les résultats du traitement permettent une présomption en faveur de la prépondérance de telle ou telle origine.

Au point de vue du diagnostic différentiel, la syphilis du foie peut simuler à peu près toutes les affections hépatiques. Celle à qui elle ressemble certainement le plus, est la cirrhose alcoolique, et surtout la cirrhose alcoolique à gros foie. Dans un cas de Ch. Leroux (1) elle offrait, au contraire, le tableau de la cirrhose hypertrophique biliaire. On trouvera plus loin une observation de Lancereaux, où les deux diagnostics de péritonite tuberculeuse, puis de cancer furent successivement portés, et où le diagnostic exact ne fut fait que rétrospectivement par l'apparition d'une exostose cranienne. La rapidité de la marche rappelle parfois celle des cancers les plus graves; un malade d'Axenfeld succomba en moins d'un mois. Plus souvent, la syphilis hépatique peut rester latente. L'explication de la cachexie progressive échappe; elle est, en l'absence de symptômes hépatiques, cherchée partout ailleurs que du côté du foie.

La tolérance de l'organisme pour les lésions syphilitiques du foie peut même, comme Frerichs en a rapporté plusieurs observations, être plus remarquable encore. Non seulement les symptômes fonctionnels, mais les troubles généraux font alors défaut. Cette période de tolérance finit à la longue par aboutir, en général, à une aggravation; parfois aussi, semble-t-il, à une guérison spontanée.

La guérison spontanée de la syphilis hépatique ne semble pas, en effet, absolument impossible. Le fait est rendu vraisemblable par les cas où l'on trouve à l'autopsie des cicatrices étoilées de gommes chez des sujets n'ayant suivi aucun traitement spécifique pendant la vie. Il est directement prouvé par une observation de Lancereaux (2). Dans ce fait, les accidents locaux et généraux avaient été assez accentués pour faire porter le diagnostic de cancer du foie. La cachexie était telle qu'on s'attendait à voir le malade suc-

(1) Ch. Leroux. *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 90.
(2) Lancereaux. Loc. cit., Obs. XXXIX, p. 284.

comber d'un jour à l'autre. L'ascite disparut peu à peu, le foie diminua beaucoup de volume, sans autre traitement que des frictions à l'huile de camomille camphrée. On songea, fait rendu bien peu vraisemblable par l'hypertrophie du foie, à une péritonite tuberculeuse rétrocédée. Mais un peu plus tard, la constatation d'exostoses craniennes mit sur la véritable voie. Le traitement ioduré fit disparaître et les exostoses et les dernières bosselures qui persistaient du côté du foie. La disparition spontanée d'un état cachectique aussi prononcé et de lésions locales aussi avancées n'en est pas moins fort remarquable. Cette exception ne saurait, bien entendu, infirmer en rien la règle d'un traitement spécifique précoce et aussi énergique que possible.

Sauf dans l'ictère secondaire où le mercure peut suffire, le traitement de la syphilis du foie doit toujours être mixte. L'iodure de potassium est, comme l'a bien montré Mauriac, l'agent principal dans ce traitement mixte. Il doit être donné à hautes doses, 6 et 8 grammes par jour. Les précautions ordinaires, régime lacté, bains fréquents, seront prises pour amener la tolérance de ces doses élevées. Le mercure est rarement bien supporté par la bouche, en raison des troubles digestifs. Le calomel, qu'on pourrait être tenté de donner, en raison de sa vieille réputation comme cholagogue, ne semble pas avoir d'efficacité particulière. Le mieux sera donc les frictions. Mauriac conseille très justement de les faire de préférence sur les parois abdominales, et surtout au niveau du foie hypertrophié. La dose d'onguent mercuriel sera de 3 à 5 grammes par jour. On surveillera avec soin l'irritation cutanée et la salivation.

A côté du traitement spécifique, les autres médicaments proposés ont bien peu d'importance. Seul le régime lacté est souvent une indication capitale. Il est utile pour faire tolérer l'iodure, pour diminuer les troubles digestifs et les auto-intoxications intestinales. Il est souvent plus utile encore du fait d'alcoolisme antérieur ou du fait de lésions des reins. La teinture de Boldo, vantée par Pavon et Gay, dans les engorgements du foie, est surtout utile en cas de fièvre intermittente d'origine hépatique. Les doses seront de x gouttes, trois fois par jour. Le Boldo, pour Dujardin-Beaumetz, agit plus sur le rein que sur le foie. Dans le cas de dégénérescence amyloïde, Murchison a conseillé la teinture d'iode à dose de x à xv gouttes par jour. Budl vante le chlorure d'ammonium, à dose de 30 centigrammes donnée trois fois dans les vingt-quatre heures. Tous ces moyens sont bien infidèles. L'intensité de la cachexie et de l'anémie dans la dégénérescence amyloïde obligeront souvent à ne pas être trop sévère sur la rigueur du régime lacté.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 décembre 1897. — Présidence de M. Delens.

### COMMUNICATION

**Traitement de l'hydrocèle simple.** — M. ÉTIENNE (de Toulouse) adresse un travail sur le traitement de l'hydrocèle simple par la ponction et les injections de sublimé. Ce travail est basé sur 27 observations.

L'injection de sublimé ne donne que quelques douleurs dans les cuisses. Le liquide disparaît au bout d'une quinzaine de jours.

Comme technique, on fait, après la ponction, deux injections de sublimé sans alcool, enfin une injection boriquée. La solution de sublimé est à 1/1000.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

M. HARTMANN a pratiqué une gastro-entérostomie chez une malade atteinte d'ulcère de l'estomac avec hématémèses. La malade mourut d'anémie post-hémorragique. A l'autopsie, on ne trouva pas trace de péritonite. Mais il n'y avait pas d'ulcère véritable; il y avait une simple érosion.

Quand on relève les cas de gastro-entérostomie pour de graves hématémèses, on trouve douze opérations avec huit cas de mort. Le résultat n'est pas brillant. Dans ces cas d'hématémèses violentes, mieux vaut ne pas opérer et instituer un traitement médical.

Mais la gastro-entérostomie agit-elle sur l'ulcère même? Il est certain que l'opération met l'organe au repos, et lève la contracture du pylore. En ce sens, l'opération réussit bien dans l'ulcère, tout comme dans les dyspepsies graves (hyperchlorhydrie et spasme pylorique).

M. Hartmann a pu guérir ainsi une malade atteinte d'une dyspepsie grave avec vomissements; mais il n'y avait ni dilatation de l'estomac, ni hyperchlorhydrie.

En somme, la gastro-entérostomie est indiquée toutes les fois qu'il y a dyspepsie grave avec spasme pylorique, douleurs et vomissements graves, que ce spasme soit dû à un ulcère, à l'hyperchlorhydrie ou même à la gastrite anachlorhydrique.

M. Tuffier fait la gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique, pour attacher le jéjunum à la face postérieure de l'estomac. Mais dans ce procédé il est difficile de fermer le trou qu'on a fait dans le mésocolon; et dans ce trou, l'intestin peut venir s'étrangler.

M. Hartmann reste fidèle à la gastro-entérostomie antérieure précolique. Mais il faut fixer l'intestin sur une grande étendue pour éviter l'éperon; il faut le fixer obliquement de haut en bas et de gauche à droite. Il est inutile de faire la torsion du jéjunum.

Il n'emploie jamais de bouton anastomotique, il fait une double suture à la soie, en surjet. Dans une première suture il prend toutes les tuniques de l'estomac et de l'intestin, cette suture est hémostatique. La seconde suture est séro-musculaire et couvre la première.

M. ROUTIER relate l'observation d'un homme de quarante-cinq ans, atteint d'une dyspepsie grave, ancienne, avec douleurs extrêmement vives, avec vomissements. On avait pensé à un ulcère, puis à un cancer. Mais le malade continuait à vivre.

M. Routier résolut donc de l'opérer et de lui faire une gastro-entérostomie. L'opération fut faite en mai 1897. Pas de tumeur, pas d'induration cicatricielle de l'estomac, pas de dilatation. Il fit une gastro-entérostomie postérieure avec le bouton de Murphy.

Suites opératoires bonnes. Depuis cette époque, ni douleurs, ni vomissements. État général parfait.

Donc, en cas de dyspepsie grave ou de gastrite de cause obscure, on peut faire la gastro-entérostomie avec avantage.

M. TUFFIER se demande comment faire le diagnostic entre l'ulcère et la simple érosion hémorragique, en cas d'hématémèse grave. Cliniquement, c'est impossible. Mais, au cours de l'opération on sent l'ulcère, tandis que l'érosion ne se sent pas pendant l'opération, elle ne se voit qu'à l'autopsie.

Il faut opérer pour une hématémèse grave; les statistiques citées par M. Hartmann ne prouvent rien, car on ne sait pourquoi les malades sont morts. En tous cas, les malades de M. Tuffier se sont très bien trouvés de l'opération.

Au point de vue de la technique opératoire, il préfère la gastro-entérostomie postérieure. Dans la gastro-entérostomie antérieure, on risque d'avoir une coudure de l'intestin si on ne fait pas un abouchement sur une large étendue.

Quand on a affaire à un estomac dilaté, qui ne se contracte pas, il faut mettre la bouche au point le plus déclive de l'estomac.

On objecte à la gastro-entérostomie postérieure de laisser une brèche au niveau du mésocôlon qui permettra l'engagement ultérieur de l'intestin. Mais il suffit de fermer cette brèche. M. Tuffier le fait toujours maintenant et cette suture ne présente aucune difficulté.

L'emploi du bouton de Murphy est discutable pour les opérations de l'estomac. Pour sa part, M. Tuffier préfère la suture. En cas d'ulcère de l'estomac, il y a toujours hypertrophie de la musculature générale de l'estomac.

### RAPPORT

**Deux cas d'abcès du foie.** — M. RICHELOT fait un rapport sur deux observations de M. Lafourcade (de Bayonne) ayant trait à des abcès du foie.

Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme ayant été atteint aux colonies de dysenterie. Après son retour en France, il présenta les signes d'un abcès du foie, à marche lente. M. Lafourcade retira 2 litres de pus couleur chocolat par la ponction. Puis il fit l'opération et pratiqua la méthode de M. Lannelongue (résection du rebord costal des huitième, neuvième et dixième côtes). Incision de l'abcès, évacuation du pus et drainage. Fistule biliaire considérable et mort.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme syphilitique atteint d'un abcès du foie. M. Lafourcade fit la laparotomie transpleurale. Il retira 1 litre et demi de pus et draina le foyer. Le malade a bien guéri.

La séance est levée.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Bibliothèque d'hygiène thérapeutique,** publiée sous la direction du professeur A. PROUST.

L'hygiène a, depuis longtemps, envahi le domaine de la thérapeutique, au grand bénéfice des malades. Cependant la plupart des livres classiques font encore une part trop restreinte à cette branche importante des sciences médicales. On ne lui accorde, le plus souvent, que quelques lignes, égarées dans les considérations thérapeutiques et remplies de recommandations banales, qui sont peu en rapport avec le rôle, justement prépondérant, de l'hygiène à notre époque.

La bibliothèque d'hygiène thérapeutique, publiée sous la direction autorisée du professeur Proust, a pour but de combler cette lacune. Un volume distinct est attribué à chacune des grandes maladies de la nutrition, ainsi qu'à chacune des grandes classes de maladies aiguës ou chroniques; cette division permet de traiter, avec tout le développement nécessaire, les questions d'hygiène qui se rattachent à chaque sujet.

Cette nouvelle publication apportera aux médecins une foule de notions essentiellement pratiques, qui trouveront, à chaque instant, leur utilité auprès des malades. Elle a été publiée avec un soin minutieux qui mérite à l'éditeur de réels éloges; les élégants petits livres qui la composent se présentent sous l'aspect le plus engageant; ils sont d'un format commode; la lecture en est agréable et facile, même en voyage. Cinq volumes (1) ont déjà paru : l'accueil qu'ils ont reçu ne laisse aucun doute sur le succès de cette publication, et fait le plus grand honneur à son éminent directeur, ainsi qu'aux très distingués collaborateurs dont il a su s'entourer.

(1) In-8°. Prix du volume : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

**L'hygiène du goutteux,** par MM. A. PROUST et A. MATHIEU.

Ce livre, le premier de la série, a eu partout un légitime succès, et il a fait connaître avantageusement la « Bibliothèque d'hygiène thérapeutique ».

Sous une forme modeste, résumée, c'est un véritable traité de la goutte, écrit exclusivement au point de vue pratique. Les questions théoriques n'y tiennent que peu de place : elles sont limitées à un rapide et intéressant exposé des diverses hypothèses émises sur l'origine de la goutte, à la suite duquel les auteurs étudient avec soin l'étiologie et la pathogénie de cette maladie. Elle reconnait deux facteurs essentiels : l'influence prédisposante du neuro-arthritisme, et l'influence déterminante des excès alimentaires qui fournissent à l'économie les éléments d'une production exagérée d'acide urique.

La généalogie du goutteux y est parfaitement indiquée et fait comprendre sa parenté avec l'obèse, le diabétique, le lithiasique, le migraineux, l'asthmatique, etc. Les causes efficientes de la goutte résident à la fois dans l'insuffisance des exercices physiques, dans l'abus des travaux intellectuels, dans les préoccupations agitées de la vie contemporaine, dans l'intempérance, sous toutes ses formes, etc.

Après une très bonne esquisse du candidat à la goutte, du goutteux confirmé, après une description sommaire des diverses formes cliniques et des complications de la goutte, les deux derniers tiers de l'ouvrage sont consacrés au traitement hygiénique de cette maladie et de ses complications.

Le goutteux, en dehors des accès, et le candidat à la goutte, ont besoin d'une réglementation sévère, tendant à diminuer chez eux l'absorption des substances albuminoïdes et à faciliter l'élimination de tous les déchets de l'organisme. Ils doivent en même temps combattre l'influence neuro-arthritique par l'exercice, l'hydrothérapie, etc. La question du régime alimentaire a été traitée avec un soin particulier, en rapport avec l'importance du sujet. On trouvera même, à la fin du livre, de très utiles indications sur les eaux minérales et sur leur mode d'emploi.

En somme, ce très intéressant volume renferme, sous une forme claire, toutes les notions dont la connaissance est indispensable au médecin pour le traitement de la goutte. Il peut être également mis entre les mains des malades auxquels il fournira de précieux conseils. J'en ferais volontiers le bréviaire du goutteux.

**L'hygiène des asthmatiques,** par le docteur Ed. BRISSAUD.

Cet ouvrage renferme, tout simplement, une excellente monographie de l'asthme. Avec le talent souple et varié qu'on lui connaît, et sans perdre de vue, un seul instant, l'hygiène, but de son travail, l'auteur nous donne une très bonne description de l'accès d'asthme, et une étude très complète de toutes les questions de pathologie générale, qui se rattachent à cette maladie.

Primitif, idiopathique, l'asthme est une névrose. Il faut en chercher la cause dans le neuro-arthritisme héréditaire, souvent aggravé par un régime défectueux, par le surmenage, etc. Aussi convient-il de lui opposer, dès l'origine, l'hygiène du nervosisme constitutionnel : l'hydrothérapie, les exercices physiques, une vie calme, régulière, une alimentation aussi peu excitante que possible et, plus tard, un usage modéré de quelques médicaments, tels que la valériane, l'iodure de potassium, la belladone, qui paraissent

exercer une influence réelle sur l'élément spasmodique de la crise.

Mais l'asthme n'est pas toujours essentiel, il est souvent secondaire, symptomatique, et relève d'altérations variées de divers organes. L'auteur passe en revue successivement l'asthme bronchique, l'asthme nasal, l'asthme sternutant, l'asthme viscéral réflexe, d'origine utéro-ovarienne, gastro-intestinale, hématique. Dans ces cas, la prophylaxie doit viser à la fois la prédisposition du système nerveux et les troubles locaux qui sont le point de départ du réflexe.

Dans l'asthme des foins, la prédisposition tient encore plus de place que les lésions des fosses nasales quand elles existent.

L'asthme infantile a été l'objet d'une étude spéciale en raison de son importance, de ses allures quelquefois insidieuses, du rôle prépondérant de l'hygiène dans son traitement.

Enfin l'auteur signale des complications souvent méconnues de l'asthme : la cachexie spéciale, la scoliose de certains asthmatiques et surtout les intoxications qui résultent souvent d'un traitement exagéré, et trop complaisamment prolongé par un médecin faible : les malades de plus en plus névrosés deviennent des *morphinomanes*, des *cocaïnomanes*, des *stramoniomanes*.

Il est à peu près inutile d'ajouter que, d'un bout à l'autre de ce livre, on rencontrera ce remarquable mélange d'érudition, de verve et d'originalité qui caractérise tous les ouvrages de Brissaud, et qui donne un charme si particulier à leur lecture.

### Hygiène du syphilitique, par le docteur H. Bourges.

Malgré son titre compromettant, ce volume mérite de figurer dans toutes les bibliothèques. Il n'intéresse pas seulement les *vérolés très précieux* qui pullulent dans la société contemporaine, mais encore tous ceux qui craignent de le devenir.

Pour faire comprendre le danger de la syphilis, le docteur H. Bourges montre son extension toujours croissante : il indique minutieusement les sources et les portes d'entrée de la contagion, insistant sur l'importance trop souvent méconnue de la contagion indirecte ; il étudie l'évolution de la vérole dans la famille, et sa transmission par hérédité, par conception ; il signale les graves désordres qu'elle engendre dans l'organisme, le rôle considérable qu'elle joue dans la nosologie, soit qu'elle agisse isolément, soit qu'elle s'associe aux multiples infections et intoxications qui attaquent l'économie. Cette première partie est fort instructive, non seulement pour les gens du monde à qui elle révélera des périls qui restent encore trop ignorés, mais aussi pour beaucoup de médecins, trop prompts à partager, et à encourager les illusions et les faiblesses de leurs malades.

Les deux autres parties de l'ouvrage sont consacrées à la prophylaxie individuelle, à la prophylaxie envisagée dans le mariage, dans l'allaitement, dans la vaccination. De très intéressants chapitres ont pour objet l'hygiène physique et morale du syphilitique, qui constitue un puissant adjuvant du traitement spécifique. Une juste place a été attribuée aux cures thermo-minérales.

Enfin, le docteur Bourges n'a pas négligé l'hygiène générale, et il réclame, avec raison, une intervention plus intelligente et plus efficace des pouvoirs publics, dans la réglementation des mesures à prendre contre la syphilis.

Ce livre résume admirablement, sous une forme claire et concise, la plupart des notions sur cette matière, que nous devons au fécond enseignement et aux intéressants livres du professeur Fournier. L'auteur a su se mettre à la portée des gens du monde, sans s'écarter un instant de la précision scientifique.

A sa place, j'aurais inscrit sur la première page du livre cette dédicace bien connue de A. Daudet : « Pour mes fils, quand ils auront vingt ans. » Je ne connais, en effet, rien de plus suggestif que cette lecture, pour faire bien saisir aux jeunes gens les étroits rapports qui unissent la morale à l'hygiène.

### Hygiène et thérapeutique thermales, par le docteur G. Delfau.

D'après son titre, j'aurais considéré, volontiers, ce livre comme une sorte de Manuel du parfait baigneur. Je comptais y trouver toutes les prescriptions hygiéniques destinées à faciliter, à compléter la cure thermale, depuis les fameuses tables de régime — qui ont eu d'ailleurs un légitime succès — jusqu'à la réglementation des promenades, plaisirs, jeux et exercices variés, qui entrent, pour une si grande part, dans ce que l'on est convenu d'appeler une saison d'eaux. J'aurais attaché une grande valeur aux minutieux et utiles conseils qu'un médecin aussi expérimenté et instruit que le docteur Delfau eût pu donner sur cette matière. Mais j'ai été déçu : l'hygiène n'occupe ici que le second plan ; il s'agit avant tout de la cure thermale qui, suivant l'expression de l'auteur, « ressortit à la fois à la thérapeutique proprement dite et à l'hygiène. »

Ces réserves faites, je n'hésite pas à déclarer que c'est un des meilleurs ouvrages, des plus complets et des plus pratiques que nous possédions sur les eaux minérales. Après quelques généralités sur l'origine, la température, la constitution chimique des eaux minérales, sur l'altitude, le climat des diverses régions balnéaires, le docteur Delfau décrit, avec beaucoup de clarté, les différents modes d'utilisation des eaux, la boisson, les bains, les douches, étuves, inhalations, l'emploi des eaux mères et des boues. La plus grande partie de ce livre, plus de 400 pages sur 450, a été consacrée à l'étude détaillée des principales sources françaises et des plus importantes parmi les sources étrangères. L'auteur a su réunir sous une forme succincte tous les renseignements utiles sur la composition des eaux, sur les propriétés des diverses sources, sur la façon dont on les emploie. On y trouvera des indications sur le climat, l'altitude et même sur l'itinéraire à suivre pour parvenir à ces stations. Tous ces documents ont une très grande utilité pratique ; une table alphabétique des diverses localités balnéaires est placée à la fin de l'ouvrage, pour faciliter les recherches.

Enfin, pour montrer avec quelle conscience a été fait ce travail, je dirai qu'il est impossible, en le lisant, de reconnaître, pour ceux qui l'ignorent, la station où exerce le docteur Delfau ; je ne saurais faire un plus grand éloge de son impartialité.

### L'hygiène de l'obèse, par MM. A. Proust et A. Mathieu.

Ce volume sera, pour les praticiens, l'un des plus utiles de la Bibliothèque d'hygiène thérapeutique. Il peut être considéré comme une véritable monographie de l'obésité. Les diverses formes cliniques de cette affection sont succinctement, mais suffisamment décrites, au début de l'ouvrage. L'étiologie et la pathogénie ont été, avec raison, l'objet de plus longs développements, le traitement rationnel de l'obésité ne pouvant s'appuyer que sur la notion exacte des causes qui la font naître. Les auteurs examinent les théories qui ont été proposées, et mettent parfaitement en lumière le rôle des diverses influences qui contribuent à produire la surcharge graisseuse des tissus : l'âge, le sexe, la race, le climat, le régime alimentaire, les habitudes hygiéniques sont autant de causes de la polysarcie, mais la part de chaque élément est très variable et très difficile à préciser. L'influence prépondérante revient incontestable-

ment au neuro-arthritisme : de là, la parenté de l'obésité avec le diabète, la goutte, la gravelle, etc., et l'association si fréquente de l'obésité et du nervosisme.

Toutes ces questions de pathologie générale sont exposées avec une netteté parfaite, et leur étude constitue l'un des meilleurs chapitres de ce livre.

Les autres parties de l'ouvrage échappent un peu à l'analyse, leur principal intérêt résidant dans la richesse et la précision des détails. Vous y trouverez un exposé très complet et très consciencieux des nombreux systèmes thérapeutiques proposés par Harvey-Banting, par Ebstein, Dancel, Œrtel, Schweninger, Dujardin-Beaumetz, G. Sée, Bouchard, etc. Le traitement hygiénique de l'obésité, tel que le comprennent MM. A. Proust et A. Mathieu, a l'avantage d'être conçu dans un esprit large et éclectique, éloigné de tout système exclusif, et c'est assurément un de ses plus grands mérites. Ils ne se contentent pas d'indiquer d'une façon générale les moyens propres à diminuer les recettes et à augmenter les dépenses organiques ; ils envisagent les diverses variétés cliniques de l'obésité, et les mesures qui sont particulièrement propres à les combattre chez les différents sujets. On ne saurait imposer le même régime à de jeunes et vigoureux arthritiques, à des lymphatiques anémiés, à des personnes d'âge mûr, à des goutteux, à des diabétiques ou à des cardiaques, sous prétexte qu'ils sont tous atteints de la même surcharge graisseuse.

Les dernières pages sont consacrées à l'étude des eaux minérales, et aux cures de Marienbad, de Brides, etc., le tout envisagé à un point de vue essentiellement pratique.

ARMAND SIREDEY,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

---

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La « Petite Gironde » relate ainsi un jugement concernant un médecin, un pharmacien et son élève :

« Le tribunal correctionnel s'est occupé d'une affaire très délicate dans laquelle étaient en cause les responsabilités d'un docteur médecin, M. X..., d'un pharmacien, M. Y..., et de l'élève de celui-ci, M. Z... Voici les faits :

Il y a quelques mois, Mme B..., de Bordeaux, faisait appeler auprès d'elle M. le docteur X..., qui la reconnut atteinte d'une métrite et, après consultation avec un de ses confrères, ordonna un traitement par crayons au sublimé. L'ordonnance de M. X... portait simplement : « Crayons au sublimé, » sans indiquer la dose du toxique.

Quatre de ces crayons furent exécutés chez M. Y..., pharmacien, qui vit l'ordonnance, par l'élève Z..., et ce dernier dosa les crayons à 2 grammes de bi-chlorure de mercure.

M. le docteur X... fit application du premier crayon à Mme B..., mais n'en usa que du tiers, c'est-à-dire de 65 centigrammes environ.

Malgré cela, Mme B... ne tarda pas à ressentir des phénomènes d'empoisonnement, et sa santé demeura gravement atteinte pendant deux ou trois mois. Cependant, quand Mme B... fut guérie des troubles produits dans son organisme par le sublimé, elle était guérie de sa métrite.

Mme B... a déposé une plainte au parquet pour blessures par imprudence contre M. le docteur X..., et le ministère public a englobé dans les poursuites le pharmacien, M. Y..., et son élève, M. Z...

Après les plaidoiries, le tribunal, dans son jugement longuement motivé, retenant la culpabilité et la responsabilité civile, mais à des degrés différents, des trois prévenus, condamne le docteur X... en 100 francs d'amende, 800 francs de dommages et intérêts et la moitié des frais et dépens ;

Le pharmacien Y..., en 80 francs d'amende, 500 francs de dommages et intérêts et 2/6 des frais ;

Enfin, l'élève Z..., en 40 francs d'amende, 200 francs de dommages et intérêts et 1/7 des frais et dépens. »

Il résulte de ce jugement que, lorsque le médecin ne formule pas la dose exacte d'un médicament qu'il prescrit, il est, avec le pharmacien, responsable de l'exécution de son ordonnance.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 5 janvier 1898, le nombre des places d'agrégé près les facultés de médecine mises au concours en 1897-1898, est porté de trente-neuf à quarante.

La nouvelle place sera comprise dans la section de chirurgie et accouchements (*accouchements*) et réservée à la Faculté de médecine de Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 3 janvier 1898, MM. les médecins-majors de deuxième classe Perret, du 17e régiment d'infanterie, et Biscons, du 142e de même arme, sont autorisés à permuter entre eux.

— MM. les médecins de deuxième classe de la marine Grimaud, du port de Lorient, et Aldebert, médecin du bataillon des apprentis fusiliers, sont autorisés à permuter.

— M. le docteur Daliot, médecin de première classe de la marine, destiné au croiseur le « Lapérouse », prendra passage sur le paquebot partant le 25 janvier 1898, à destination de Diego-Suarez.

— MM. Blas, professeur à l'Université de Louvain, et Vandam, docteur en médecine, à Bruxelles, sont promus au grade d'officier de l'ordre de Léopold.

MM. les professeurs Cheval, de l'Université de Bruxelles, et Denys, de l'Université de Louvain, sont nommés chevaliers dudit ordre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alric (d'Aulus), Béraud (de Charlieu) ; Jules Bienfait (de Reims) ; Duzéa (d'Oran) ; Fraissé (de Régusse) ; de La Houssaye (de Mortais) ; Gaston Le Mercier, médecin des hôpitaux du Havre ; Henri Houzé (de Croix) ; Mabille (d'Angers) ; Palante (de Liège) ; Jules Quilly, médecin aide-major de première classe au 25e bataillon de chasseurs à pied, décédé à Saint-Mihiel à la suite d'une fièvre typhoïde contractée dans le service ; Spathès (de Misserghin) ; Thibal (de Djidjely).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Administration : 4, rue de l'Odéon, 4**
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 10 janvier 1898.

La séance publique annuelle de l'Académie des sciences a eu lieu aujourd'hui sous la présidence de M. A. Chatin.

Après l'allocution du vénérable président ont été proclamés les prix décernés pour 1897.

Voici le nom des heureux lauréats :

Prix Montyon. — *Médecine et chirurgie.* — Deux prix sont décernés à MM. les docteurs Gaucher et Zambaco. — Un troisième prix est partagé entre MM. Rémy et Contremoulins. — Des mentions sont attribuées à M. Fabre-Domergue et à MM. Bosc et Vedel. — Une troisième citation est accordée à M. Lapique.

Prix Montyon. — *Statistique.* — Le prix est partagé entre M. Gustave Bienaymé et MM. les docteurs Vincent et Burot. — Une mention très honorable est attribuée à M. le docteur Lepage et un rappel de mention honorable à M. le docteur Baudran.

Prix Barbier. — Le prix est décerné à M. de Rochebrune. — Une mention est attribuée à M. Lucet.

Prix Bréant. — Le prix est décerné à MM. Burot et Legrand. Une récompense est attribuée à M. Émile Legrain.

Prix Godard. — Le prix est décerné à MM. Beauregard et Boulart.

Prix Parkin. — Le prix est décerné à M. Augustus Waller.

Prix Bellion. — Le prix est partagé entre MM. Peron et Auguste Pettit.

Prix Mège. — Le prix est décerné à M. le docteur Tissié.

Prix Lallemand. — Le prix est partagé entre MM. Henri Meunier et Gustave Durante. Des mentions honorables sont attribuées à MM. J. Voisin, Onuf et Collins, et Mercier.

Prix du baron Larrey. — Le prix est décerné à M. le docteur Auffret.

Prix Montyon. — *Physiologie expérimentale.* — Le prix est décerné à M. Delzenne. Une mention est attribuée à M. Gourfin.

Prix La Caze. — *Physiologie.* — Le prix est décerné à M. Röntgen.

Prix Pourat. — Le prix est décerné à M. Kaufmann.

Prix Martin-Damourette. — Le prix est décerné à M. Guinard.

Prix Philipeaux. — *Physiologie expérimentale.* — Le prix est décerné à MM. Courtade et Guyon.

Prix Gay. — Le prix est décerné à M. Charles Flahaut.

Prix La Caze. — *Chimie.* — Le prix est décerné à M. Paul Sabatier.

Grand prix des sciences physiques. — Le prix est décerné à M. Jos. Vallot.

Prix Bordin. — Le prix est décerné à M. G. Pruvot.

Prix Delesse. — Le prix est décerné à M. Œhlert.

Prix Jecker. — Le prix est décerné à M. Haller.

Prix Desmazières. — Le prix est décerné à M. Jac. Eriksson.

Prix Montagne. — Le prix est décerné à M. Bourquelot.

Prix Thore. — Le prix est partagé entre MM. Louis Bordas et Sappin-Trouffy.

Prix Savigny. — La Commission a décidé qu'il n'y avait pas lieu cette année de décerner le prix.

Prix Montyon. — *Arts insalubres.* — La commission ne décerne pas le prix cette année. Une mention de 1000 francs est attribuée à M. Masure. Deux mentions de 500 francs chacune sont accordées à M. le docteur Arnaud et à feu M. le docteur Magitot.

Prix Cuvier. — Le prix est décerné au professeur Marsh.

Prix Trémont. — Le prix est décerné à M. Frémont.

Prix Gegner. — Le prix est décerné à M. Paul Serret.

Prix Petit d'Ormoy. — *Sciences naturelles.* — Le prix est décerné à M. Gosselet.

Prix Tchihatchef. — Le prix est décerné à M. Obrutschew.

Prix Gaston Planté. — Le prix est décerné à M. André Blondel.

Prix Cahours. — Le prix est partagé entre MM. Lebeau, Hebert, Tassilly et Thomas.

Prix Saintour. — Le prix est décerné à M. G. André.

Prix Laplace. — Le prix est décerné à M. Crussard.

Prix Rivot. — Le prix est décerné à MM. Crussard, Gourguechon, Bertrand et Bruneau.

Le secrétaire perpétuel, M. J. Bertrand, lit une notice historique sur Augustin-Louis Cauchy, et M. C. Brouardel, membre libre de l'Académie, clot la séance par une très intéressante communication sur les logements insalubres.

---

Au mois de juillet dernier, la Faculté de Lyon a, paraît-il, émis le vœu que le concours d'agrégation soit supprimé comme concours général et remplacé, pour Lyon tout au moins, par un concours local. Les agrégés ne furent pas appelés à prendre part au vote.

Mais le vœu des professeurs était trop tardif et le ministre de l'Instruction publique informait la Faculté qu'il n'était plus temps de prendre des mesures pour modifier le con-

cours de 1897, mais qu'il lui paraissait qu'un changement de siège était une mesure insuffisante, et il conviait la Faculté à étudier des réformes plus complètes.

Copie de cette lettre fut envoyée aux agrégés, qui, régulièrement informés, estimèrent avec raison, que l'envoi de cette lettre constituait pour eux une invitation catégorique à donner leur avis.

Or, la Société des agrégés en médecine, réunie en assemblée spéciale, a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Considérant qu'un concours d'agrégation entre tous les candidats de France est une institution excellente pour la science médicale française en général et pour l'avenir de chaque Université en particulier;

Considérant que le recrutement des agrégés de sciences accessoires (absolument indispensables à la vitalité des facultés de médecine) est tout spécialement difficile avec des concours locaux;

Considérant que la Faculté de médecine de Lyon fournit à chaque concours général des candidats pour les autres facultés et que nombre des agrégés de Lyon sont ensuite nommés professeurs dans d'autres universités, exportation qui serait entravée par les concours locaux;

Émet le vœu qu'*un concours général d'agrégation pour toutes les facultés soit maintenu en principe*, sans préjudice de toutes les améliorations dont est susceptible le concours actuel. »

Le docteur Courmont, secrétaire de la Société des agrégés, fait suivre la publication de ce vote, dans la *Province médicale*, de quelques réflexions explicatives.

Nous ne pouvons mieux faire que de lui laisser la parole :

« N'y a-t-il pas un intérêt de tout premier ordre à ce que les jeunes, les candidats appartenant à toutes les universités françaises, à toutes les écoles, les élèves des maîtres aux doctrines opposées, se rencontrent à des périodes fixes pour faire connaître leurs travaux, échanger leurs vues, comparer leurs théories? Ce choc des personnes et des idées n'est-il pas essentiellement fécond? N'est-il pas plus profitable dans la promiscuité d'un concours commun que dans le frôlement passager des Congrès à la mode?

L'intérêt de la science médicale française conseille donc le maintien d'un concours général; l'intérêt de chaque Université, en particulier, plaide dans le même sens. D'anciennes Universités ont failli périr de leur particularisme, le concours général leur a redonné la vie en leur infusant un sang nouveau, en leur imposant des agrégés étrangers. La création de concours locaux serait un retour à la centralisation à outrance, d'autant plus dangereuse, que chaque centre serait séparé du voisin par des barrières infranchissables.

Chaque agrégé se souvient des relations utiles et agréables dont l'origine remonte au concours d'agrégation; on est en rapports, à cette période, avec toute la jeunesse studieuse de son époque : des amitiés se nouent, des échanges fructueux, qui se continueront d'un bout à l'autre de la France, s'ébauchent entre tous. On ne peut que gagner à sortir de chez soi : le Lyonnais ferait-il exception à la règle? Or, ce qui est gagné par chaque agrégé ne constitue-t-il pas une part du patrimoine de l'Université à laquelle il appartient?

Enfin, le gros argument développé en faveur du concours général a été le suivant : la médecine, à Lyon, souffre de pléthore; il y a trop de candidats à toutes les places mises au concours. La Faculté de Lyon doit exporter ses élèves pour son plus grand avantage et pour celui des facultés moins bien partagées qui recevront ainsi des agrégés de grande valeur. Lyon enverra à chaque concours général un nombre de plus en plus considérable de candidats se destinant aux diverses facultés de province. D'autre part, les agrégés nommés à Lyon ne peuvent pas tous arriver au professorat; beaucoup trouvent asile dans d'autres universités. Le doyen de la Faculté de Montpellier n'était-il pas, il y a trois ans, membre actif de la Société des agrégés de Lyon? Or, soutiendra-t-on sérieusement que cette exportation, qui a fait de Lyon une pépinière d'agrégés provinciaux, serait possible avec des concours locaux? Croit-on, réellement, que telle faculté qui subit un candidat en raison de la supériorité qu'il a montrée dans un concours général, l'accepterait si son titre d'agrégé avait une origine locale et éloignée? Non. La création de concours locaux marquerait la fin de l'extension de Lyon au dehors, l'augmentation de son encombrement, déjà si inquiétant; ce serait bien pire encore si Lyon seul faisait son concours local, les autres facultés provinciales continuant à concourir avec Paris. »

Il y a déjà quelque temps que nous eussions fait valoir les arguments invoqués par notre jeune et distingué collègue, si nous n'avions pas craint d'être accusé de faire un plaidoyer *pro domo* en demandant le maintien du concours général à Paris.

Certainement les agrégés de Lyon ont mieux compris que les professeurs titulaires le véritable intérêt des Universités provinciales et de la science médicale. Si chaque Université se charge, par un concours local, d'assurer son propre recrutement, certes Paris n'en souffrira guère, Lyon en souffrira peu; mais d'autres Universités en pâtiront et ne sauront pas toujours assurer à leur recrutement un niveau suffisamment élevé.

Cet argument a été développé dans les considérants dont M. Courmont a fait suivre le vote des agrégés de Lyon; nous n'y reviendrons pas.

Nous insisterons seulement sur le premier des arguments, mis en avant pour demander le maintien du concours général.

Oui, dirons-nous avec la Société des agrégés de Lyon, « il y a un intérêt général à ce que les candidats appartenant à toutes les Universités françaises, à toutes les Écoles, les élèves de maîtres aux doctrines opposées se rencontrent à des périodes fixes pour faire connaître leurs travaux et échanger leurs théories. »

Peu d'agrégés, de Paris ou de province, ont oublié ces « conférences » préparatoires, où, pendant des mois, les candidats de toutes les Facultés, réunis par groupes, s'entraînaient en vue de la lutte commune. Là, chacun a appris à apprécier son compétiteur, à l'estimer. De solides amitiés se sont nouées et se continuent « d'un bout à l'autre de la France » pour le plus grand bien de la médecine française! La science médicale, plus que toute autre, est soumise aux fluctuations les plus variées, suivant les époques et suivant les lieux où elle s'enseigne. Les bienfaits qui résultent de la concentration en un seul point et pendant plusieurs mois de tout ce que la France compte de meilleur dans la jeunesse des Écoles, constituent, pour nous, une des raisons qui militent le plus en faveur du maintien d'un concours général commun à toutes les Universités.

## LES VOMISSEMENTS PITUITEUX ŒSOPHAGIENS

Par le docteur Albert Mathieu,
Médecin de l'hôpital Andral.

Le phénomène que nous désignons sous ce nom est d'une fréquence très grande chez les dyspeptiques ; il consiste dans le rejet par vomissement d'une certaine quantité de liquide salivaire accumulé dans l'œsophage. Il y a très longtemps que nous en donnons cette explication, et nous avons vu avec plaisir que MM. Hayem et Lion (1) en conçoivent le mécanisme à peu près de la même façon.

Voici comment les choses se passent habituellemenent dégageant le vomissement pituiteux œsophagien des autres manifestations de l'état dyspeptique dont il est un symptôme épisodique. A jeun quelquefois, mais le plus souvent au cours de la digestion, un temps plus ou moins long après l'ingestion des aliments, les malades sont pris d'une sensation plus ou moins marquée de gêne, de brûlure ou de douleur au creux épigastrique ; ils éprouvent une sensation assez difficilement définissable de constriction, de poids, profondément en arrière de la partie inférieure du sternum. Souvent, en même temps, ils sentent la salive affluer dans la bouche et ils en rejettent par simple expuition une quantité plus ou moins considérable. Bientôt surviennent, avec ou sans un léger état nauséeux, des efforts de vomissement ; ils rejettent alors, en une ou plusieurs fois, une certaine quantité d'un liquide clair, filant, sans saveur, ayant tous les caractères de la salive. Le volume du liquide vomi ne varie que dans des limites assez restreintes ; le plus souvent, il atteint un tiers ou un demi-verre, 60 à 120 centimètres cubes, rarement davantage.

Le vomissement se borne souvent à l'expulsion de cette masse pituiteuse ; la crise est finie, le malade est soulagé, sans qu'il y ait eu rejet du contenu stomacal, même lorsque l'estomac renferme sûrement des aliments en cours de digestion, même lorsque le repas a eu lieu fort peu de temps auparavant. Chez certains malades, le vomissement pituiteux se produit seulement de temps en temps, à des intervalles irréguliers ; chez d'autres, il a lieu tous les jours, et quelquefois assez exactement à la même heure.

Lorsque les efforts de vomissements sont plus considérables, après le rejet du liquide pituiteux, apparaissent quelques gorgées du contenu de l'estomac, reconnaissable à son acidité, à sa saveur, à la présence d'une certaine quantité de particules alimentaires en voie de digestion ; parfois même, mais assez rarement en somme, se produit un vomissement considérable. Le plus souvent, à quelques gorgées d'un liquide sans saveur « comme de l'eau », succèdent quelques gorgées d'un liquide acide ou amer ; les malades décrivent de la façon la plus nette ces deux phases successives.

Quelquefois le vomissement pituiteux, tel que nous venons de le décrire, constitue le seul phénomène dyspeptique ou tout au moins celui qui attire le plus fortement l'attention des malades. Il persiste souvent pendant très longtemps, et plusieurs dyspeptiques nous ont déclaré l'avoir présenté presque toute leur vie, par périodes plus ou moins longues tout au moins.

Dans un assez grand nombre de cas, on relève une série d'autres manifestations de l'état dyspeptique ; elles varient suivant la nature de cet état, suivant qu'il y a hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie, dyspepsie nervo-motrice, gastrite alcoolique, ulcère rond, cancer au début, etc.

Quel est le mécanisme de ce phénomène ? Son apparition est, avons-nous dit, souvent précédée par une phase de salivation exagérée ; les malades sentent « l'eau » affluer dans la bouche, et ils s'aperçoivent qu'ils déglutissent coup sur coup une assez grande quantité de ce liquide. On peut penser que cette sialorrhée préalable passe inaperçue dans un certain nombre de cas et l'on conçoit très bien qu'elle ne soit pas indispensable : il suffit probablement que la salive sécrétée en quantité physiologique s'accumule dans l'œsophage, il n'est pas nécessaire qu'elle soit sécrétée en excès. Il est possible aussi qu'elle se mélange dans une certaine mesure au produit direct de la sécrétion œsophagienne.

Quoi qu'il en soit, le liquide pituiteux vomi ne peut guère être considéré comme venant de l'estomac. Pour l'admettre, il faudrait admettre aussi qu'il ne s'est pas mélangé au contenu stomacal, qu'il a pu en rester isolé ; sans cela ce serait un fait bien extraordinaire de vomissement électif. Comment s'expliquer encore, en admettant qu'il vienne de l'estomac, que le liquide vomi représente toujours à peu près le même volume ? L'expulsion successive du liquide pituiteux et sans saveur, clair, filant, et du liquide gastrique acide, trouble, chargé de particules alimentaires, s'explique beaucoup mieux si l'on admet qu'il y a eu tout d'abord vomissement d'un liquide accumulé dans l'œsophage, puis vomissement d'une partie du contenu stomacal. On s'explique aussi que la quantité du liquide pituiteux soit toujours à peu près la même : elle représente la capacité de l'œsophage, ou, plutôt ce que l'œsophage peut renfermer de liquide de cet ordre sans se révolter. Comme les malades sont quelquefois complètement soulagés après l'expulsion d'un liquide d'aspect salivaire, on est amené à penser que la présence de ce liquide peut, par elle seule, provoquer une série de phénomènes douloureux ; peut-être doit-on lui attribuer plus particulièrement la sensation de gêne, de constriction, de plénitude accusée en arrière du sternum, dans la direction de l'œsophage.

La rétention du liquide pituiteux dans l'œsophage, chez des personnes qui ne présentent aucun rétrécissement organique de ce conduit, suppose l'occlusion spasmodique du cardia. Sous l'influence d'une irritation anormale de l'estomac par un contenu irritant ou par quelque lésion, il se produit un flux salivaire plus ou moins abondant : c'est un moyen de défense de l'organisme contre l'action d'un liquide acide, mais il arrive qu'en même temps, en vertu d'une véritable incoordination, le cardia se ferme et reste contracté. Le spasme du cardia est intermittent dans ces conditions ; il n'oppose aucun obstacle à la déglutition des aliments. Il n'y a donc pas lieu de confondre ce spasme passager avec la contracture permanente du cardia ou le rétrécissement organique de l'œsophage. Le liquide salivaire appelé par l'excitation anormale de l'estomac ne peut donc parvenir à destination ; il reste en route en amont du cardia et s'accumule dans l'œsophage jusqu'à ce qu'il en soit rejeté par un véritable vomissement. Si les efforts sont trop considérables, au vomissement œsophagien succède le vomissement stomacal, au rejet d'un liquide aqueux, plus ou moins filant, sans saveur, limpide, succède le rejet d'un liquide acide, trouble, venu de l'estomac. Le mélange de ces deux liquides, après leur expulsion, modifie naturelle-

(1) Hayem et Lion. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. IV, p. 291 et 373.

ment la composition du liquide salivaire retenu dans l'œsophage. C'est probablement dans ces conditions qu'on y trouve de l'acide lactique, des lactates ou des chlorures alcalins, comme l'indiquent MM. Hayem et Lion.

Il est possible encore que le vomissement pituiteux œsophagien coïncide avec le pyrosis, phénomène attribuable à la pénétration par reflux d'une certaine quantité de liquide stomacal acide dans l'œsophage : le mélange du liquide salivaire et du liquide gastrique se produit alors dans l'œsophage avant son expulsion par vomissement.

L'hémosialémèse de Josserand (de Lyon), que nous avons appelée pituite hémorragique des hystériques (1), nous semble être un phénomène pathologique très analogue au vomissement pituiteux œsophagien. Ce symptôme paraît s'observer exclusivement chez des hystériques (Lasègue, Hanot, Josserand, A. Mathieu). Il aurait la valeur d'un stigmate. Après une sensation de malaise, de douleur épigastrique, en général peu vive, les malades rejettent une petite quantité d'un liquide filant, rouge ou brunâtre, comparé par M. Josserand à du sirop de ratanhia étendu d'eau et, par nous, à du sirop de groseille dilué. Le même liquide noircit du reste lorsqu'il est abandonné à lui-même. La quantité rejetée est exactement celle que nous avons indiquée plus haut pour le vomissement pituiteux œsophagien : 60 à 120 grammes environ. L'analyse montre qu'il est constitué par de la salive teintée d'une certaine quantité de sang. Le plus souvent, le liquide est purement salivaire, mais il peut renfermer une quantité de liquide stomacal qui lui communique sa réaction acide et qui amène plus rapidement le passage de la coloration sirop de groseille à la coloration sirop de ratanhia. Le mécanisme paraît être exactement celui du vomissement œsophagien ; mais d'où vient le sang? L'hémosialorrhée n'étant pas très rare chez les hystériques, il est possible qu'il vienne parfois des glandes salivaires elles-mêmes; mais il est possible aussi qu'il vienne d'ailleurs, du pharynx ou de l'œsophage. On observe assez souvent chez les hystériques le rejet par la bouche d'une quantité notable d'un liquide sanglant, sans que l'origine du sang puisse être déterminée d'une façon satisfaisante.

Il est facile de dégager de ce qui précède la signification séméiologique du vomissement pituiteux œsophagien. Il est l'indice d'une irritation, ou tout au moins d'une *irritabilité* assez vive de l'estomac à l'action de facteurs variables d'irritation; il n'a guère plus de valeur diagnostique qu'un certain nombre d'autres symptômes communs à des formes différentes de la dyspepsie stomacale, le pyrosis par exemple. Il peut faire partie du syndrome vomissement matinal de la gastrite alcoolique; on le rencontre avec l'hyperchlorhydrie et avec l'hyperacidité organique ; il figure parfois dans la séméiologie du début du cancer de l'estomac : « les eaux du cancer. » Certaines personnes y sont prédisposées, en vertu sans doute d'un état particulier de névropathie préalable : c'est un de ces syndromes qui se constituent facilement chez certains nerveux, parce qu'il s'établit chez eux une coordination vicieuse de certains actes physiologiques sous l'influence d'une irritation localisée; une fois cette coordination pathologique établie, elle devient habituelle; sa réapparition est dès lors subordonnée à deux éléments : l'intensité de l'excitation et l'irritabilité de l'appareil réflexe.

Le vomissement pituiteux œsophagien attirera l'attention vers l'estomac, mais il n'appartient pas particulièrement à telle ou telle forme de dyspepsie : il n'en spécifie aucune.

Le traitement s'adressera donc à la dyspepsie, cause première du symptôme, il sera adapté à sa modalité clinique et à sa physiologie pathologique.

(1) A. MATHIEU et MILIAN. Soc. méd. des hôpit., 24 janvier 1896.

---

## TRAITEMENT DE L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Par le docteur Gustave CARRET.

Les indications thérapeutiques sont fournies par la séméiologie et l'étiologie.

Les malades qui présentent de l'entérite muco-membraneuse sont des constipés. Ils offrent tous des conditions favorables à une auto-intoxication en rapport avec les processus d'infection colique; il faut modifier la sécrétion pathologique intestinale, cause peut-être de la maladie, prescrire une alimentation particulière, calmer les douleurs, modifier l'état général, et enfin combattre les complications qui peuvent se présenter (MATHIEU. *Gaz. des hôp.*, 1894).

1° COMBATTRE LA CONSTIPATION. — C'est là, en effet, un phénomène presque constant dans la séméiologie de l'entérite muco-membraneuse. La façon de la combattre variera du reste d'après la nature et l'intensité des cas.

a. *Cas légers.* — C'est-à-dire dans lesquels la constipation est le phénomène principal, et où il y a fort peu de muco-membranes dans les selles.

Dans ces cas, un régime avec quelques laxatifs doux ramènera les choses à l'état normal. La vie au grand air, l'exercice, un régime plus riche en légumes et en fruits produiront toujours un excellent résultat, surtout chez les enfants.

On préférera aux laxatifs tels que le podophyllin le cascara sagrada, un mélange de sené et de soufre ou bien de sené et d'hydrastis canadensis comme le prescrit G. Sée.

| | |
|---|---|
| Extrait hydralcoolique d'Hydrastis canadensis. . . . . . . . | 3 grammes. |
| Follicules de séné lavés à l'alcool. | 6 — |

pour 30 pilules. Une pilule après chacun des trois repas.

Quant au mercure, on l'administrera sous forme de pilules bleues de calomel.

Le massage allié à l'hydrothérapie peut aussi avoir une heureuse influence.

b. *Cas plus graves.* — La constipation est plus intense, les évacuations muco-membraneuses sont plus abondantes, les sensations douloureuses plus marquées.

Éviter l'emploi de purgatifs drastiques et n'employer que des purgatifs doux.

Le laxatif de choix est alors l'huile de ricin donnée par petites doses à raison d'une cuillerée ou même d'une demi-cuillerée à café le matin à jeun.

Dans une communication à l'Académie de médecine, M. G. Sée a vanté surtout quatre ordres de médicaments : la graine de lin ou de psyllium, l'huile de ricin, l'huile d'olive et le séné uni à l'hydrastis canadensis.

Il fait prendre, avant chacun des trois repas, une grande cuillerée de graines de lin épurées et trempées pendant trois à quatre minutes dans un quart de verre d'eau froide.

L'huile d'olive présente cet inconvénient qu'il faut en donner d'assez grandes quantités pour obtenir des effets laxatifs.

Quant au séné, il a l'avantage d'amener des selles sans provoquer de coliques et agit surtout sur le gros intestin.

On peut aussi employer la belladone, associée à la magnésie ou à la crème de tartre. Elle est laxative et calme en même temps les douleurs.

Mais, dans les cas où la constipation est de longue durée, on ne peut administrer, chaque jour, des médicaments. Il faut alterner avec des lavements.

Pour Fleiner, le grand lavement d'huile tiède serait par excellence le remède à employer dans les cas de constipation spasmodique. Il en donne la technique. Le malade est couché sur le dos, le bassin soulevé par un coussin. Il s'incline d'abord à gauche pour faire pénétrer l'huile dans l'S iliaque, puis à droite pour le cæcum. Il fait ainsi passer 400 à 500 grammes dans l'intestin à l'aide d'un irrigateur, mais le bock à injection est préférable avec un tuyau en caoutchouc auquel on adapte une sonde œsophagienne.

Plusieurs lavements sont nécessaires pour déblayer l'intestin; on cesse quand les selles sont devenues bilieuses.

L'entéroclyse à l'eau pourra, dans ces cas, avoir son utilité, nous en parlerons plus loin à propos de l'antisepsie intestinale.

Enfin, M. Glénard vante l'effet des purgatifs salins. Il se rattache à l'avis de Lucas-Championnière, qui regardait le sulfate de soude comme « le purgatif idéal ».

Il conseille les laxatifs salins à dose de 7 à 8 grammes dans un demi-verre d'eau chaque matin. Il vente surtout le bicarbonate de soude associé à la magnésie à parties égales, par exemple, 4 grammes de chacune dans un véhicule de 200 grammes, dont on prend une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

2° Combattre l'infection et l'auto-intoxication coliques. — L'examen microscopique des muco-membranes a montré qu'elles sont remplies d'une quantité prodigieuse de microorganismes. D'ailleurs, sans ce fait, les accès de fièvre qui surviennent de temps à autre, la fétidité des selles suffiraient pour prouver l'auto-intoxication.

Aussi a-t-on cherché à faire l'antisepsie intestinale. On a proposé le naphtol, le salicylate de bismuth, le benzonaphtol, mais sans beaucoup de résultats.

A l'heure actuelle, l'entéroclyse intestinale semble être le traitement qui donne le plus de résultats. Lesage et Dauriac et A. de Genersich ont montré qu'on pouvait franchir la barrière des apothicaires et réaliser, de bas en haut, un lavage complet de l'estomac. M. Augerant a exposé toute cette question dans sa thèse, publiée en 1894.

Ce procédé répond à une triple indication; il combat la constipation, calme les douleurs par sa température et réalise le mieux possible l'antisepsie intestinale.

Le malade est couché sur le dos, la hanche gauche légèrement relevée. A l'aide d'une sonde œsophagienne reliée à un bock élevé de 20 à 30 centimètres, on fera passer 1 à 2 litres au plus d'eau à 40 degrés.

La pression doit être faible si l'on veut éviter une distension brusque qui serait douloureuse, et un spasme qui arrêterait le liquide.

Peut-être serait-il utile d'ajouter à l'eau du biborate de soude, ou une substance antiseptique autre. Les expériences sur ce mode de traitement établiront cette nécessité.

Ainsi donc pour combattre l'auto-intoxication rien n'est supérieur à l'entéroclyse. Cependant nous avons vu maintes fois les excellents effets du charbon de peuplier qui agit aussi en empêchant les fermentations. M. le docteur Gallois le donne aux malades de la façon suivante :

Charbon de peuplier. . . 125 grammes.

Une cuillerée à soupe dans le premier verre de boisson aux repas.

Cette substance a l'avantage de ne pas irriter l'intestin et d'empêcher les fermentations dans la mesure du possible. M. Gallois l'associe aussi à la magnésie, ou au sulfate de soude pris à jeun à la dose de deux cuillerées à soupe, et nous l'avons entendu maintes fois en vanter les heureux effets.

3° Combattre la colite, modifier la sécrétion pathologique. — Les moyens indiqués précédemment (laxatifs, lavements d'huile, entéroclyse à l'eau chaude) remplissent en partie ce but.

En outre, dans ces derniers temps, Charrin a vanté les bons effets des lavements au nitrate d'argent à la dose de 20 à 30 centigrammes pour 1000 de nitrate, en élevant progressivement le taux de la solution. Tout récemment aussi Revilliod (de Genève) a préconisé les lavements au bismuth.

4° Calmer les douleurs. — Les crises douloureuses sont parfois terribles et il importe de les calmer.

Les opiacés, la morphine, les lavements laudanisés ont l'inconvénient de favoriser la constipation. La belladone et la jusquiame remplissent bien cette indication, car ces substances sont en même temps laxatives. M. G. Sée a proposé l'emploi du bromure de calcium.

Bromure de calcium. . . 30 grammes.
Eau distillée. . . . . . 300 —

Prendre une cuillerée à dessert de cette solution avec deux fois son volume d'eau au commencement de chaque repas.

Autant que possible on emploiera des procédés anodins extérieurs, cataplasmes, grands bains chauds, petits lavements d'eau chaude ou d'huile chaude.

5° Régime alimentaire et hygiène. — Diminuer l'action irritante des aliments sur le gros intestin, telle est l'indication principale. Par conséquent, on supprimera les épices, les mets qui, laissant un gros résidu, irriteront mécaniquement l'intestin, ceux qui fermentent facilement. Mais ce qui d'un côté a un avantage, produit d'autre part un mauvais résultat. C'est ainsi qu'une alimentation très riche sous un petit volume peut favoriser la constipation et que celle-ci favorise l'entéro-colite.

Les légumes verts seront utiles car ils sont laxatifs, mais ils sont parfois mal supportés. L'alimentation idéale serait celle dans laquelle le règne végétal tiendrait une large place. On pourra donc ordonner des viandes rôties ou grillées très cuites, poissons maigres, bouillis, œufs à la coque, panade, purées de légumes.

Dans les formes aiguës, dysentériformes, on ne pourra guère donner que du lait et du laitage.

On devra enfin tenir compte pour l'alimentation des cas qui correspondent à ce que M. Robin a appelé l'hypersthénie gastrique, et combattre l'acidité intestinale par un régime approprié, alimentation presque exclusivement azotée : viandes hachées, œufs, laitage, etc.

6° Modifier l'état général. — M. Potain attache une grande importance à ce point et y voit une condition de guérison. Il attribue, en effet, une importance pathogénique très grande à la névropathie préalable, névropathie que la maladie ne fait qu'accentuer.

L'hydrothérapie est un des meilleurs moyens de tonifier les malades; les douches chaudes surtout leur conviennent, mais le jet ne sera pas dirigé sur l'abdomen.

On prescrit aussi les frictions sèches, la gymnastique suédoise, et surtout le massage. Mais ce dernier est contre-indiqué dans les poussées inflammatoires.

Le changement d'air, le repos à la campagne, la vie calme seront utiles aux malades. Ils devront, en outre, éviter tout surmenage physique et intellectuel,

Les stations thermales de Plombières, Néris, Luxeuil, donnent d'excellents résultats.

Les bains de mer, une cure à Luchon, Pougues, Bagnols (de l'Orne), seront réservés aux individus vigoureux.

7° Combattre les associations morbides. — On devra s'oc-

cuper beaucoup de l'état de l'estomac avant d'établir un traitement.

Les ptoses viscérales ne seront pas oubliées, et une sangle abdominale sera parfois indiquée.

Les hémorroïdes devront être traitées, car elles sont une des causes de la constipation.

La dyspnée, les palpitations, la fausse angine de poitrine réclameront aussi une thérapeutique symptomatique.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 17 AU 22 JANVIER 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 17 JANVIER**, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet et Weiss.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Reynier, Ricard et Bonnaire ; — — M. Sebileau, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine et Letulle ; — M. Widal, suppléant.

**MARDI 18 JANVIER**, à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Quénu et Thiéry ; — (2e partie) : MM. Raymond, Gley et Chassevant.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Bar et Nélaton ; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Campenon et Hartmann ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et G. Ballet ; — (2e série) : MM. Cornil, Dieulafoy et Hallopeau ; — M. Marie, suppléant.

**MERCREDI 19 JANVIER**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Tuffier et Lejars.

2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Blanchard et André ; — M. Netter, suppléant.

**JEUDI 20 JANVIER** (1), à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Berger et Thiéry.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Rémy et Gley.

3e examen (2e partie) : MM. Raymond, Marie et Ménétrier.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Netter et Gilbert ; — M. André, suppléant.

**VENDREDI 21 JANVIER**, à une heure. — 2e examen (nouveau régime), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Hanriot et Retterer.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Netter et Thoinot ; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Segond, Sebileau et Broca ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Widal ; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

**SAMEDI 22 JANVIER**, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse et Gley.

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Troisier et Marfan ; — M. Roger, suppléant.

5e examen (2e partie, 1re série), *Charité* : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Letulle ; — (2e série) : MM. Debove, Ballet et Gilbert ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Le Dentu, Bar et Maygrier.

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 19 JANVIER**, à une heure. — M. FOLLET. Contribution à l'étude de l'hypertrophie cardiaque de naissance (MM. Potain, président ; Fournier, Brissaud et Gilles de La Tourette). — M. GARLOPEAU. Contribution à l'étude du thiol dans le traitement des maladies cutanées (MM. Fournier, président ; Potain, Brissaud et Gilles de La Tourette). — M. CAPART. De l'allaitement pendant la grossesse (MM. Pinard, président ; Tillaux, Delbet et Varnier). — M. LABBÉ. Contribution à l'étude du mal perforant plantaire ; — M. DEVIGNEVIELLE. Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux fractures ; — M. MARCHAIS. Les rétrécissements du pylore d'origine biliaire (MM. Tillaux, président ; Pinard, Delbet et Varnier).

**JEUDI 20 JANVIER**, à une heure. — M. VIVIER. Sur l'infantilisme ; — M. BAILLIÈRE. Les maladies évitables (MM. Brouardel, président ; Chantemesse, Charrin et Thoinot). — M. GLANOIS. Étude historique et critique des épidémies d'origine exotique et en particulier de la peste. Mesures opposées à leur marche envahissante (MM. Chantemesse, président ; Brouardel, Charrin et Thoinot). — M. FOUINEAU. De l'œdème du poumon (MM. Jaccoud, président ; Hutinel, Marfan et Achard). — M. ANGOT. Étude sur la scléreuse des nouveau-nés ; — M. DROUIN. Quelques cas de sclérodermie localisée à distribution métamérique (MM. Hutinel, président ; Jaccoud, Marfan et Achard). — M. DE CORDEMOY. Abcès froids de la paroi abdominale antérieure et en particulier de la région hypogastrique (MM. Guyon, président ; Troisier, Roger et Albarran). — M. COLOLIAN. Les alcooliques persécutés (MM. Joffroy, président ; Guyon, Roger et Albarran).

(1) Ce jour, conseil de la Faculté, à trois heures.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Séance du 7 janvier.

Questions d'oral posées : Col de l'utérus ; — Symptômes et diagnostic des corps fibreux de l'utérus.

MM. Pagniez, 27 + 18 1/2 = 45 1/2. — Chifoliau, 27 + 14 = 41. — Lacapère, 24 + 15 = 39. — Morichaud-Beauchamp, 23 + 14 = 37. — Tourlet, 22 + 15 = 37. — Laubry, 22 + 13 = 35. — Legros (G.), 21 + 12 = 33. — Cahen, 19 + 13 = 32.

— M. le docteur S. Pozzi a été élu hier sénateur de la Dordogne.

— Par décision ministérielle, en date du 6 janvier 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

*A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe* : MM. les élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux le 24 décembre 1897, Letonturier, affecté à Lorient ; Cadet, affecté à Brest ; Mielvaque, Lassignardie et Gachet, affectés à Toulon.

— M. le médecin de deuxième classe de la marine Cairon passera, sur sa demande, du port de Brest à celui de Lorient.

— *Asiles d'aliénés de Marseille et d'Aix.* — Le concours pour quatre places d'interne et deux places d'externe s'est terminé par les nominations suivantes :

*Internes* : MM. Plaignard-Flaissières, Fornari, Colombani et Jean. — *Externes* : MM. Bensussan et Pauzier.

— Sont nommés membres du conseil supérieur de l'Assistance publique :

MM. le docteur Porson (de Nantes), président de l'Union des syndicats médicaux de France, en remplacement de M. le docteur Mireur, démissionnaire, et Van Cauwenberghe, maire de Saint-Pol-sur-Mer, en remplacement de M. le docteur Gibert, démissionnaire.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Hallopeau a fait un rapport sur un travail du docteur Olaya Laverde relatif à un nouveau mode de traitement de la lèpre par la sérothérapie. Les résultats obtenus paraissent encourageants, mais M. le rapporteur, n'ayant pas en mains les moyens de les vérifier, a fait de sages réserves et s'est contenté de formuler l'espérance qu'il ne s'agit pas là d'une de ces illusions thérapeutiques dont il y a eu déjà trop d'exemples.

M. Olaya Laverde doit donc être encouragé à poursuivre ses expériences et à produire de nouvelles observations.

M. Cornil a donné lecture, au nom de M. Vigouroux, d'un travail intéressant sur la pathogénie et le traitement du goitre exophtalmique.

Les applications de l'électricité à la thérapeutique deviennent plus nombreuses et surtout un peu plus nettes avec les nouveaux progrès accomplis chaque jour dans l'étude de ses moyens de production. M. Apostoli a donné lecture d'un travail sur les applications de l'électrothérapie au diagnostic et au traitement de quelques formes de neurasthénie. Il s'applique à démontrer que chaque mode électrique qui utilise l'énergie électrique avec une tension, une localisation et une courbe d'excitation différentes, trouve dans chaque cas particulier son utilisation propre et variable avec ses indications et contre-indications. Il nous paraît bien difficile de poser d'avance des règles bien précises à ce sujet, et ce doit être là surtout une thérapeutique de tâtonnements.

M. J.-A. Fort a fait une communication sur la destruction rapide du tissu du rétrécissement par des courants faibles. A l'appui de ce travail, M. Fort relate cinq cas de guérison complète de rétrécissements œsophagiens.

Signalons un travail de M. Darier sur l'emploi des nouveaux sels d'argent en thérapeutique oculaire.

Au cours de la séance, M. Perrier, professeur au Muséum, a été élu membre associé libre de l'Académie, en remplacement de M. Magitot.

## LES CAUSES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

Par M. J. Ch. Roux,
Interne des hôpitaux de Paris.

MM. Mairet et Vires viennent de réunir, dans un travail d'ensemble, un nombre considérable d'observations de paralytiques généraux, observations personnelles qu'ils ont recueillies dans leur service, à l'asile public d'aliénés de l'Hérault. Ils ont essayé, en rapprochant et en groupant les 174 cas qu'il leur a été donné d'examiner, de jeter quelques clartés sur les causes de la paralysie générale. Il nous est impossible de résumer ici tous les détails qui sont condensés dans ce travail consciencieux; nous nous bornerons à exposer et à examiner les quelques grandes idées générales qui se dégagent de cette étude.

Un premier fait, qui donne à réfléchir, c'est la grande variété qu'on observe dans les antécédents personnels et héréditaires des paralytiques généraux; dans les 174 observations rapportées, et où l'on a consigné toute la vie pathologique du sujet, il est impossible de découvrir une cause unique et toujours la même. Voici, du reste, un tableau où les auteurs ont mentionné les antécédents personnels ou héréditaires qu'ils ont notés chez leurs sujets :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Alcoolisme | 84 fois, | soit 48 | p. 100 |
| Hérédité cérébrale (ramollissement et attaques d'apoplexie) | 57 | — 32,7 | — |
| Arthritisme | 49 | — 28 | — |
| Syphilis | 40 | — 23 | — |
| Excès divers; causes morales | 31 | — 17,7 | — |
| Hérédité alcoolique | 29 | — 16 | — |
| Hérédité mentale et nerveuse | 24 | — 12,8 | — |
| Hérédité tuberculeuse | 15 | — 8,6 | — |
| Traumatisme | 14 | — 8 | — |
| Infections aiguës | 10 | — 5,7 | — |
| Ataxie locomotrice | 1 | — 0,5 | — |

Au milieu de toutes ces causes possibles, il est difficile de démêler quels sont les vrais facteurs étiologiques de la paralysie générale.

La question est d'autant plus complexe que, le plus souvent, un paralytique général a des antécédents pathologiques très variés; par exemple, il peut être à la fois syphilitique, alcoolique, et présenter une hérédité mentale ou tubercu-

(1) D'après *De la paralysie générale. Étiologie, pathogénie et traitement*, par MM. MAIRET et VIRES (Paris, 1898).

leuse; comment reconnaître alors le facteur étiologique primordial de sa maladie?

Pour se diriger dans cette recherche, ces auteurs se sont servis de l'analyse clinique, de l'expérimentation et de l'anatomie pathologique; ils sont arrivés ainsi à limiter à un nombre relativement restreint les maladies ou les intoxications qui semblent provoquer la paralysie générale. Ces causes sont, les unes héréditaires, les autres acquises; parmi les causes héréditaires, ils rangent l'hérédité alcoolique, l'hérédité cérébrale et l'arthritisme; parmi les causes acquises, l'alcoolisme, les excès divers, les causes morales, les chagrins, les traumatismes, les infections aiguës. Toutes ces causes n'ont pas la même importance étiologique; la plupart ne semblent agir qu'en préparant le terrain sur lequel se développera la maladie, mais il en est quatre principales qui peuvent produire de toutes pièces, et à elles seules, la paralysie générale : ce sont l'alcoolisme personnel ou héréditaire, l'arthritisme et la cérébralité. Examinons un peu les considérations qui ont conduit les auteurs à cette conclusion.

On a vu plus haut la fréquence de l'alcoolisme chez les paralytiques généraux; ce simple fait de statistique excite déjà l'attention et amène à supposer que l'alcool peut jouer un rôle dans le développement de la maladie. L'étude détaillée des malades vient confirmer cette présomption : avant d'en arriver à la paralysie générale, l'alcoolique a déjà présenté, depuis longtemps, des signes d'intoxication chronique, et souvent plusieurs accès de delirium tremens; à la période de début de la maladie, à côté du délire des grandeurs qui va plus tard être le délire prédominant, existe souvent un délire nettement hallucinatoire, revêtant tous les caractères du délire de l'alcoolisme, avec des hallucinations des différents sens et surtout des hallucinations terrifiantes de la vue. Plus tard encore, lorsque la paralysie générale est nettement établie, le malade présente un certain nombre de stigmates qui viennent révéler l'origine de la maladie; l'alcoolique devenu paralytique général conserve son caractère méchant d'autrefois; il est emporté, irritable, offensif, et contraste ainsi avec le paralytique général dont la maladie reconnaît d'autres causes et qui, lui, est bon enfant. Au cours de la maladie on voit volontiers éclater, à certains moments, un véritable délire hallucinatoire, comme celui du début, mais plus fugace. Le malade présente, en outre, des troubles sensitifs et moteurs qui résultent de l'ancienne intoxication.

Enfin, l'évolution de la maladie est un peu spéciale. En général, la marche est lente, le malade peut survivre quinze ans et plus, « dans d'autres cas, il présente des rémissions plus ou moins complètes et même des intermissions, peut-être des guérisons. »

Pour confirmer leur description de la paralysie générale alcoolique, les auteurs ont étudié l'influence de l'intoxication alcoolique chronique sur le caractère, l'état mental et le cerveau du chien; et ils pensent être arrivés à produire des troubles superposables à ceux que l'on rencontre chez les paralytiques généraux. Les chiens en expérience recevaient chaque jour 5 à 6 grammes d'alcool. Au bout de quelques mois on pouvait déjà constater des troubles du caractère : « L'animal devient méchant, ou au contraire, et le plus souvent, est timide et craintif; puis bientôt après, apparaissent les accès de peur liés intimement à des perversions de l'ouïe ou de la vue, ou de ces deux sens à la fois; le moindre bruit impressionne l'animal et à certains moments, sans qu'aucun bruit extérieur existe, on le voit dresser l'oreille, et prêter attention à la manière de l'halluciné de l'ouie; ou bien il voit des objets imaginaires et fait, avec ses pattes, le mouvement d'écarter quelque chose qui passerait devant ses yeux. Au cinquième ou sixième mois les perversions sensorielles se généralisent et atteignent l'odorat et la sensibilité générale; l'animal flaire de tous côtés et souvent son anus, comme s'il ressentait dans cette région quelque sensation anormale; l'apeurement est considérable; l'abrutissement augmente et, comme le dément, le chien ramasse, avec les pattes ou avec la gueule, tout ce qu'il rencontre, aussi trouve-t-on, à l'autopsie, dans l'estomac des débris de cuir, de la paille, des écorces d'arbres, des chiffons, etc. La paralysie se prononce, l'animal a quelque difficulté à soulever son arrière-train, il fléchit sur ses pattes antérieures, il ne peut plus sauter. » A moins de maladie intercurrente, l'animal succombe vers le dixième mois; à l'autopsie on trouverait des lésions analogues à celles que l'on trouve chez l'homme : il est regrettable que les auteurs n'aient pas jugé bon de décrire ces lésions avec plus de détail; ils ne les indiquent qu'en quelques lignes. On constate, paraît-il, « une congestion active des méninges, des dilatations vasculaires anciennes, avec ramollissement parfois de la substance blanche du cerveau et de la substance grise de la moelle épinière, quelques étoiles blanchâtres sur les vaisseaux de la pie-mère, le long de la scissure interhémisplénique, avec un peu de tassement de cette membrane au niveau de ces points; à une période plus avancée, au onzième mois, l'inflammation de la pie-mère est plus nette et plus diffuse; les adhérences avec la substance grise sont plus profondes que précédemment. »

L'hérédité alcoolique pourrait aussi, à elle seule, créer la paralysie générale; mais les auteurs n'ont pu réunir qu'un très petit nombre d'observations; aussi n'est-ce guère que sur des analogies qu'ils appuient leur opinion, et encore font-ils eux-mêmes toutes sortes de réserves.

Dans les antécédents héréditaires des paralytiques généraux, on rencontre assez souvent le ramollissement cérébral ou l'apoplexie; MM. Mairet et Vires admettent qu'il y a là non une simple coïncidence, mais une véritable relation de cause à effet; la meilleure preuve à l'appui de leur opinion, c'est que la paralysie générale revêtirait alors une forme particulière; le ramollissement cérébral des ascendants donne à la paralysie générale les allures de la paralysie générale sénile; la démence et la paralysie généralisée sont les éléments essentiels; le délire n'y joue qu'un rôle secondaire. L'aspect clinique de la paralysie générale, née de l'hérédité par attaques, serait moins caractéristique; on noterait seulement chez le malade une déchéance profonde de la cellule nerveuse; bien avant le développement de la maladie, la tare héréditaire se manifesterait par la moindre résistance à la fatigue, et une susceptibilité toute particulière à l'alcool, que Lasègue avait déjà parfaitement mise en lumière. Mais somme toute, ces caractères manquent un peu de netteté et le seul argument frappant, c'est la grande fréquence de l'hérédité cérébrale qui atteignait 32 p. 100 sur les 174 paralytiques généraux observés.

Enfin, dans un quatrième groupe, les auteurs rangent la paralysie générale diathésique; elle serait due à l'arthritisme dont on trouve les manifestations soit dans les antécédents héréditaires, soit dans les antécédents personnels des malades; dans leurs 174 cas, le nombre des malades nettement arthritiques n'est pas très élevé, il n'atteint que

28 p. 100, aussi les auteurs se basent-ils surtout sur l'observation clinique pour admettre cette variété : la paralysie générale a en effet dans ces cas une physionomie un peu spéciale ; le délire manque en général ou est peu intense ; ce qui domine dès le début de la maladie, c'est la démence, qui prend rapidement une intensité considérable pour devenir bientôt complète ; « si bien que la paralysie générale diathésique est une véritable démence paralytique » et enfin les malades présentent presque tous une sénilité anticipée, artério-sclérose des vaisseaux, arc sénile de la cornée, etc. Il est évident que les observations réunies par ces auteurs ont des analogies assez frappantes, mais l'arthritisme a-t-il joué ici le rôle qu'on veut lui faire jouer ou n'est-ce pas plutôt la paralysie générale qui prend sur ce terrain une marche un peu spéciale ? Cette objection aurait peut-être demandé une discussion plus sérieuse ; d'autant plus que les auteurs, lorsqu'ils rencontrent dans les antécédents du malade une infection, la syphilis par exemple, associée à l'arthritisme, ne veulent tenir compte que de ce dernier facteur.

Aussi MM. Mairet et Vires arrivent-ils à n'accorder à la syphilis aucun rôle étiologique dans le développement de la paralysie générale ; ils ont pourtant noté l'existence de la syphilis chez 40 de leurs malades ; mais ils ne pensent pas qu'il faille attribuer à ce chiffre une importance trop considérable. Parmi les paralytiques généraux ayant eu la syphilis autrefois, il faut séparer tout un groupe de malades chez lesquels il s'agit d'une forme particulière de syphilis cérébrale et non pas de paralysie générale vraie : dans ces cas, en effet, l'autopsie révèle les lésions propres à la vérole, et déjà pendant la vie on peut reconnaître la nature vraie de l'affection à certaines particularités, par exemple aux symptômes d'une lésion cérébrale nettement localisée : cette variété de syphilis cérébrale est, du reste, connue et admise par tout le monde.

Restent tous les autres malades, au nombre de 19 dans leur statistique, mais bien qu'il s'agisse dans ces cas de paralysie générale vraie, et que l'on relève la syphilis dans les antécédents personnels de leurs malades, ils n'attribuent une valeur étiologique qu'à d'autres facteurs concomitants ; hérédité cérébrale, alcoolisme, hérédité alcoolique, arthritisme. Les raisons des auteurs, pour se comporter ainsi, ne me paraissent pas de nature à emporter la conviction. Leur seul argument c'est l'existence, chez ces malades, des signes qu'ils ont décrits à la paralysie générale par hérédité cérébrale, à la paralysie générale diathésique. Étant donné l'importance attribuée à la syphilis dans d'autres statistiques, il nous semble qu'on serait en droit d'exiger des preuves plus certaines.

Quoi qu'il en soit de ce point particulier, l'étude de MM. Mairet et Vires semble bien établir qu'on ne peut pas attribuer la paralysie générale à une seule cause, toujours la même pour tous les cas. Si l'on étudie l'histoire clinique des malades, il faut bien reconnaître que, dans leurs antécédents pathologiques, on trouve un certain nombre de facteurs qui paraissent avoir un rôle étiologique certain : peut-être peut-on supposer aussi que les antécédents notés ne forment pas à eux seuls tous les antécédents réels, et qu'il existe des facteurs héréditaires ou personnels encore ignorés. Aussi il nous semble qu'à l'heure actuelle, la conception la plus juste de la paralysie générale, est celle qu'exposent MM. Mairet et Vires à la fin de leur intéressant travail. « On comprend, disent-ils, malgré la diversité des causes, malgré les différences du processus, l'unité symptomatique et l'unité clinique de la paralysie générale, puisque toutes ces causes arrivent à des lésions anatomiques de même ordre, et atteignent les mêmes éléments fonctionnels. Une pneumonie, une néphrite chronique, qu'elles soient de n'importe quelle nature, se révèlent toujours à nous avec une même symptomatologie, du moins dans ses traits essentiels.

Voilà donc, malgré la diversité des causes, malgré la non-identité du processus, reconstituée et expliquée, l'unité clinique de la paralysie générale. »

## THÉRAPEUTIQUE

**Solution pour hâter l'accroissement des cheveux** (Dietrich).

| | | |
|---|---|---|
| Chlorhydrate de quinine | 4 | grammes. |
| Tanin | 10 | — |
| Alcool à 60 degrés | 880 | — |
| Teinture de cantharides | 10 | — |
| Glycérine pure | 60 | — |
| Eau de Cologne | 40 | — |
| Vanilline | 10 | centigr. |
| Bois pulvérisé de Santal | 5 | — |

M. S. A. — Usage externe.

Laisser reposer quatre ou cinq jours et filtrer :

En frictions tous les deux jours sur le cuir chevelu.

**Cachets antinévralgiques.**

| | | |
|---|---|---|
| Bromhydrate de quinine | 15 | centigrammes. |
| Poudre de fèves de Saint-Ignace | 10 | — |
| Phénacétine / Exalgine / Poudre de Dower | *ââ* 5 | — |

M. S. A. — Pour un cachet, deux par jour avant chaque repas. (*Gaz. hebd.*)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 janvier 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### RAPPORT

**Sérothérapie de la lèpre.** — M. Hallopeau communique un rapport sur un travail de M. Olaya Laverde relatif à un nouveau mode de traitement sérothérapique de la lèpre. L'auteur prépare son nouveau sérum en triturant des tumeurs lépreuses ; c'est le liquide ainsi obtenu qu'il a injecté après l'avoir additionné d'eau stérilisée. Il résulte des observations annexées par l'auteur à son travail que les résultats ainsi obtenus ont été excellents. L'Académie n'ayant pas à sa disposition les matériaux nécessaires pour reproduire les expériences de M. Olaya Laverde ne peut qu'enregistrer les faits qu'il énonce et l'encourager à en poursuivre la démonstration par des observations nouvelles, en formulant l'espérance qu'il ne s'agit pas là d'illusions thérapeutiques.

### COMMUNICATION

**Maladie de Basedow.** — M. Cornil, au nom de M. Vigouroux, fait la communication suivante :

La pathogénie du goitre exophtalmique consiste, non dans la question de savoir lequel des éléments du syndrome

est primitif par rapport aux autres, mais bien dans quelles conditions, par quel mécanisme s'est produite l'altération primordiale de l'élément glandulaire ou nerveux.

Le facteur principal du syndrome basedowien est la dilatation des artères et, par suite, l'hypersécrétion de la glande thyroïde. Cette vaso-dilatation est le résultat d'une auto-intoxication d'origine intestinale survenue sous l'influence de l'arthritisme ou d'une maladie infectieuse. On connaissait déjà les relations du goitre exophtalmique avec les affections du foie et l'arthritisme. La genèse du myxœdème est analogue et ne diffère que par le mode de l'action exercée sur les artères.

En conséquence, le traitement doit être : 1° général, avec une hygiène réglée sur les variations alternatives de la nutrition, décelées par l'analyse de l'urine, et 2° symptomatique. Celui-ci consiste dans le procédé appelé faradisation carotidienne, qui comporte la faradisation des artères du cou et de la glande. Il est pratiqué avec succès à la Salpêtrière depuis vingt ans et Charcot, dans ses Leçons du mardi (1888), le déclare incomparable. Il a été l'objet de nombreuses publications en France et à l'étranger.

Les essais récents de traitement chirurgical ne sont donc pas motivés par l'impuissance reconnue de la thérapeutique.

L'intervention chirurgicale est dangereuse, comme on l'a déjà constaté, et le sera toujours en raison de la vulnérabilité des basedowiens. Elle ne compense pas le danger de mort post-opératoire qu'elle fait courir au malade, par des résultats curatifs égaux à ceux du traitement médical.

Elle doit donc être réservée pour le cas hypothétique où, le traitement médical ayant échoué, l'opération se présente comme le seul moyen de salut.

### ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre.

Au premier tour, le nombre des votants était de 87, majorité 44. M. Perrier obtient 31 suffrages, M. P. Richer 20, M. Galippe 15, M. Commenge 14, M. Galezowski 5, M. Corlieu 2.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un second tour.

Sur 84 votants, majorité 43, M. Perrier obtient 42 suffrages, M. Richer 28, M. Galippe 8, M. Commenge 5.

Au troisième tour, 83 votants, majorité 42. M. Perrier obtient 51 suffrages, M. Richer 29, M. Galippe 1, 2 bulletins blancs.

En conséquence, M. Perrier est proclamé élu.

### LECTURES

**De la destruction rapide du tissu des sténoses par les courants continus faibles.** — M. J.-A. FORT. « Ce travail, absolument pratique, touche à l'un des points les plus importants de la chirurgie, aux rétrécissements uréthraux et œsophagiens.

J'emploie le mot destruction pour éviter toute équivoque.

Je veux parler d'électrolyse ; mais ce mot est envisagé de tant de manières, il a été si mal interprété, que je préfère ne pas l'employer dans ce travail.

On croit généralement qu'il faut un certain laps de temps et un courant continu très intense pour détruire le tissu des sténoses accessibles aux moyens chirurgicaux.

Je crois et je puis démontrer que ce sont là deux erreurs capitales qui portent à envisager d'une manière peu favorable le traitement de ces sténoses. Si je démontre qu'il suffit, au contraire, d'un temps très court et d'un courant faible pour détruire ce tissu, il sera possible d'accueillir favorablement un procédé chirurgical, quelque peu entaché de suspicion non justifiée.

Les erreurs que je viens de signaler viennent d'une observation inexacte et incomplète, d'idées préconçues et de publications erronées.

Pour s'en convaincre, il suffit de lire les travaux les plus récents publiés sous le titre d'électrolyse, de chimicaustie, de galvano-caustique chimique, d'absorption galvano-chimique. On nie aujourd'hui qu'il soit possible de faire une électrolyse urèthrale en des fractions de minute.

Il importe de rectifier une telle erreur, preuves en mains. Et d'abord, quelle est la cause de la différence entre mes conclusions et celles qui ont généralement cours ?

Le désaccord dépend uniquement de la forme de l'instrument employé dans les opérations.

Les premiers électrolyseurs étaient des cylindres métalliques, qui ne détruisaient que la surface du rétrécissement. Ces instruments donnaient de mauvais résultats, parce qu'il est difficile de détruire, dans toute sa circonférence, une stricture uréthrale ; c'est même, ajouterai-je, complètement impossible. Depuis l'apparition et la vulgarisation de l'uréthrotome de Maisonneuve, les chirurgiens étaient convaincus que la meilleure manière de dilater un rétrécissement était de le sectionner en un point de sa circonférence. Voilà pourquoi l'uréthrotomie a joui d'une si grande vogue.

On a abandonné ces électrolyseurs cylindriques et on a construit un électrolyseur copié sur l'uréthrostome de Maisonneuve ; c'est l'uréthrotome électrolytique de Jardin. Une lame électrolytique remplace le couteau du Maisonneuve. Ce serait l'idéal si l'instrument était isolé, si la lame non tranchante était le seul point de dégagement du fluide, si celui-ci pouvait être dosé. Mais il n'en est rien, le fluide se répand dans toute la longueur de l'instrument, il y a diffusion. La portion du fluide qui s'échappe par la lame qui opère est minime et incapable d'être dosée. On comprend qu'avec un instrument aussi défectueux, il soit nécessaire d'avoir un fort courant et d'employer un temps fort long. De plus, cet instrument aussi inconscient qu'un uréthrotome produit souvent de la divulsion et, par conséquent, des accidents.

Avec l'instrument électrolyseur que j'ai fait construire, je n'ai pas de diffusion du courant, la lame de platine qui émerge de l'instrument est le seul point par où le courant peut s'échapper. Il est donc possible de doser le courant qui s'échappe par ce point unique. Cet instrument est trop flexible pour produire la divulsion ; une pression trop forte ferait ployer la tige mais non avancer la lame. Il agit suivant une ligne, en faisant un sillon longitudinal, d'où le nom d'électrolyseur linéaire. Toutes ces conditions étant réunies, on comprend que cet électrolyseur agit vite et avec un faible courant.

Du reste, les faits sont là. En opérant selon les règles que j'ai posées, chacun pourra obtenir les mêmes résultats.

Comme preuve de ce que j'avance, je donne une série de 100 opérations de sténoses uréthrales, les 100 dernières de ma pratique. J'ai eu soin de ne prendre que les cas où le rétrécissement est bien démontré et où on ne peut pas dire qu'il y avait seulement un rétrécissement spasmodique.

Dans 25 cas, l'opération a duré 20 secondes ; dans 16 cas, 25 secondes ; dans 15 cas, 30 secondes ; une fois elle a duré 14, une fois 12, une fois 9. La durée maximum a été de 60 secondes, dans 3 cas. Une force de courant marquant de 10 à 15 milliampères au galvanomètre a suffi pour ces opérations.

On peut donc, en des fractions de minute et avec des courants faibles, opérer des sténoses uréthrales.

Par quel mécanisme se fait cette destruction ? Il est certain que l'instrument opère absolument à froid, il ne présente aucune élévation appréciable de température.

On a expliqué l'action de l'électrode négative, la seule

qu'on est convenu d'appliquer contre la sténose, par une influence résolutive.

La théorie de Ciniselli, (de Crémone), est la plus généralement admise, théorie chimique; les acides des tissus en décomposition se portent vers le pôle positif, les alcalis se rendent au pôle négatif. Ces derniers, agissant à la manière d'alcalis caustiques, détruisent le tissu pathologique. Une telle cautérisation doit donner lieu à une eschare.

Or, je déclare que je n'ai jamais vu d'eschare, malgré une observation attentive. La lenteur de l'électrolyse de l'eau par un courant continu, la rapidité de l'opération elle-même, la manière dont je conçois une destruction chimique, toutes ces raisons m'engagent à penser que cette théorie présente quelques côtés faibles.

Il y a destruction, cela est certain. Dans la plupart des cas, l'électrolyseur ramène, entourant la lame de platine, une certaine quantité de détritus rosés contenant surtout des globules sanguins et des cellules épithéliales plus ou moins déformées. C'est un léger traumatisme, il se fait une plaie spéciale, aseptique par la manière même dont elle se produit. Quant au mécanisme intime de sa formation, je laisse à de plus compétents le soin de l'expliquer.

Une preuve plus décisive des erreurs signalées est fournie par les rétrécissements de l'œsophage. Ici l'opération se fait toujours rapidement et en des fractions de minute, par la raison toute simple que les malades ne supportent pas, au delà de quelques secondes, la présence d'un instrument électrolyseur dans les voies digestives.

La durée de l'opération, subordonnée ici à la tolérance du malade, est généralement très courte. C'est pour cette raison que les séances sont nombreuses dans les sténoses de l'œsophage, tandis qu'il suffit d'une seule séance dans les sténoses uréthrales. Elles se laissent détruire comme ces dernières, mais plus lentement.

Quand Dujardin-Beaumetz présenta un de mes cas de guérison de rétrécissement œsophagien en mars 1889, il s'exprima ainsi : « Je présente, au nom de M. Fort, un malade atteint de rétrécissement de l'œsophage, qu'il a opéré avec M. Brochin, par son procédé d'électrolyse linéaire. Le rétrécissement, qui avait 5 millimètres de diamètre, en a aujourd'hui 14. Le malade, mourant d'inanition, pouvait à peine prendre quelques gouttes de bouillon; depuis qu'il a subi l'opération, il mange toutes sortes d'aliments. Arrivé à Paris, le 16 février, il pesait 114 livres, il en pèse aujourd'hui 123. C'est la première fois qu'on applique l'électrolyse linéaire aux rétrécissements de l'œsophage. Le succès a été complet. »

Je ne parle que des sténoses causées par l'ingestion de liquides corrosifs, je laisse de côté celles qui sont produites par des néoplasmes.

Nous avons guéri cinq cas de sténose de l'œsophage.

Le premier malade, adressé par M. le docteur Souligoux (de Vichy), avait avalé de l'ammoniaque liquide. Il fut guéri en quatre séances.

Le deuxième, une jeune fille, adressée par le docteur Rivière (de la Ferté-Milon), avait avalé une gorgée de potasse d'Amérique des peintres. Elle n'a été guérie qu'après vingt et une séances.

Le troisième, guéri en six séances, et venu de Tourcoing, avait avalé une gorgée de perchlorure de fer pur. Six séances furent nécessaires.

Le quatrième, envoyé par le docteur Licke (de Maisons-Laffitte), avait ingurgité de l'acide chlorhydrique. Il guérit en six séances.

Le cinquième, enfin, est un Mexicain de Puebla, dont l'orifice supérieur de l'œsophage était oblitéré par des cautérisations multiples de perchlorure de fer. Ce malade fut complètement guéri après treize séances d'électrolyse linéaire.

Il importe qu'on soit fixé. Il est certain qu'on peut substituer à l'uréthrotomie, parfois dangereuse, une opération inoffensive, qui ne produit pas d'accidents et qui est tout aussi rapide que l'uréthrotomie. De même pour les rétrécissements de l'œsophage ; l'électrolyse pourra remplacer avantageusement l'opération si grave de la gastrostomie.

En présence du désaccord manifeste qui existe, il me paraît nécessaire que ce point soit éclairci, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue thérapeutique. C'est pour cela que j'ai l'honneur de solliciter de l'Académie la nomination d'une Commission devant laquelle je m'engage à faire la démonstration des faits avancés dans ce travail.

Conclusions. — 1° C'est une erreur de croire qu'on ne peut pas détruire le tissu pathologique des sténoses uréthrales et œsophagiennes dans un laps de temps très court et avec de faibles courants, sans faire de divulsion.

2° Parmi les 100 cas que je présente à l'Académie pour combattre cette erreur, 25 ont été opérés en vingt secondes, 16 en vingt-cinq secondes, 15 en trente secondes. Il s'agit de rétrécissements avérés, multiples, et non de rétrécissements spasmodiques.

3° Un courant de la force de dix milliampères, est tout à fait suffisant pour détruire ce tissu.

4° D'après l'absence d'eschare, la lenteur de la décomposition de l'eau par l'électrolyse, et la rapidité de l'opération, je suis tenté de rejeter la théorie chimique de Ciniselli. L'instrument électrolyseur ramène, le plus souvent, un détritus rosé formé de globules sanguins et de cellules épithéliales plus ou moins déformées.

5° La cause de la différence dans les résultats des divers opérateurs réside dans la forme de l'électrolyseur. Dans l'électrolyseur de mon invention, le courant s'échappe par le bord libre de la lame, en formant un sillon linéaire dans le tissu.

6° La preuve de la rapidité de cette destruction se voit dans les sténoses œsophagiennes, les malades ne tolérant pas l'instrument au delà de quelques secondes. Je cite 5 guérisons complètes de rétrécissements de l'œsophage. »

**Le protargol.** — M. Darier fait une communication sur l'emploi des sels d'argent en thérapeutique oculaire. Il insiste particulièrement sur le protargol.

**Contributions de l'électrothérapie au diagnostic et au traitement de quelques formes de neurasthénie.** — M. G. Apostoli fait une communication sur ce sujet.

La séance est levée.

## CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

### Tableau de concours pour la Légion d'honneur.

1° *Pour la croix d'officier.* — 1895. M. le médecin principal de deuxième classe Pierrot.

1897. MM. Nicaud, médecin-major de première classe. — Boppe, médecin principal de première classe. — Roux, médecin principal de deuxième classe. — Moret, médecin-major de première classe. — Annequin, médecin principal de première classe. — Benoît, médecin principal de deuxième classe. — Defos du Rau, médecin-major de première classe. — Viry, médecin principal de première classe. — Magdelaine, médecin-major de première classe. — Zaepffel, médecin principal de deuxième classe. — Évrard, Guilhem, Charbonnier, médecins-majors de première classe. — Delorme, médecin principal de première classe.

2° *Pour la croix de chevalier.* — 1894. M. Aubertin, médecin-major de première classe.

1896. M. Lapasset, médecin-major de deuxième classe.

1897. MM. Pitois, médecin-major de deuxième classe. —

Warnecke, Godet, médecins-majors de première classe. — Noël, Barbes, Frillet, Buy, Roux, médecins-majors de deuxième classe. — Leroy, Faure-Lacaussade, Gruet, médecins-majors de première classe. — David, Mazeillé, Fockenberghe, médecins-majors de deuxième classe. — Salesses, Olivier, Roux, médecins-majors de première classe. — Gaillard, Bony, Ferry, Vack, Dupeyron, médecins-majors de deuxième classe. — Toussaint, Masson, Petit, Reboud, médecins-majors de première classe. — Lebastard, médecin-major de deuxième classe. — Oriou, Debrie, Bourbon, médecins-majors de première classe. — Bonnet, Prieur, Joly, médecins-majors de deuxième classe. — Cahier, Loup, médecins-majors de première classe. — Duroux, Descosse, Lejeune, Raynal, médecins-majors de deuxième classe. — Lemoine, médecin-major de première classe. — Duval, médecin-major de deuxième classe. — Descour, médecin-major de première classe. — Petit, Piquot, Salebert, Sibut, Beigneux, médecins-majors de deuxième classe.

**Tableau d'avancement.**

1° *Pour le grade de médecin principal de première classe.* — Les médecins principaux de deuxième classe : 1896. M. Pierrot. — 1897. MM. Laurens, Crussard, Poignon, Bar, Catteau, Bénech, Vaillard.

2° *Pour le grade de médecin principal de deuxième classe.* — Les médecins-majors de première classe : 1896. MM. Quivogne, Audet, Yvert, Schneider. — 1897. MM. Duchêne, Julié, Mussat, Donion, Longuet, Calmette, Catrin, Nimier.

3° *Pour le grade de médecin-major de première classe.* — Les médecins-majors de deuxième classe : 1895. M. Hurstel. — 1896. MM. Collignon, Follenfant, Audiguier, Rousse, Vedel, Labit, Lacronique, Sauce, Couillaut, Uffoltz, Lemoine. — 1897. MM. Petit, Leprêtre, Wissemans, Mickaniewski, Simon, Médieux, Sanglé-Ferrière, Jaubert, Boppe.

4° *Pour le grade de médecin-major de deuxième classe.* — Les médecins aides-majors de première classe : 1895. MM. Ferrand, Pouy, Sendral, Thooris. — 1896. MM. Dodieau, Glorget, Moutet, Laporte, Rougier, Toubert, Meyer, Jacob, Vialle, Gasser, Marotte, Lefort, Lejonne. — 1897. MM. Simonot, Morigny, Besson, Dettling, Le Mitouard, Verse, Bronner, Fournial, Chanaud, Voulgre.

## CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

**Tableau d'avancement.**

1° *Pour le grade de médecin en chef.* — MM. les médecins principaux : 1 Breton, 2 Abelin, 3 Ambiel.

2° *Pour le grade de médecin principal.* — MM. les médecins de première classe : 1 Cousyn, 2 Sibaud.

3° *Pour le grade de médecin de première classe.* — MM. les médecins de deuxième classe : 1 Vincent, 2 Gombaud.

M. Féraud, médecin de première classe, est maintenu, pour une nouvelle période de deux années, au tableau d'avancement, pour le grade de médecin principal.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Séance du 10 janvier.

Questions d'oral posées : Muscles grands droits de l'abdomen et leur gaine ; — Signes, diagnostic et traitement préventif du tétanos.

MM. Lœper, 28 + 18 1/2 = 46 1/2. — Stanculéanu, 24 + 15 = 39. — Sicard, 23 + 15 = 38. — Gougis, 21 + 13 1/2 = 34 1/2. — Moret (Louis), 22 + 11 = 33. — Girod, 21 + 12 = 33. — Gardner, 19 + 10 = 29.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le doyen Pitres, arrivé au terme de son mandat et ayant désiré ne pas le voir se renouveler, la Faculté a présenté pour lui succéder : 1° M. le professeur de Nabias ; 2° M. le professeur Viault.

— Le jeudi 13 janvier, à cinq heures, M. le docteur Bérillon, inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, fera à l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts, une conférence sur « Le grand hypnotisme et l'École de Paris (Ch. Richet, Charcot, Mesnet, Luys et Dumontpallier). » Cette conférence sera accompagnée de projections à la lumière oxydrique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jeannin (de Montceaux-les-Mines) ; Brissez, chirurgien honoraire des hôpitaux de Lille, décédé dans sa quatre-vingt-troisième année.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 6. — SAMEDI 15 JANVIER 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 15 JANVIER 1898. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### Des indications de l'intervention chirurgicale dans les ictères chroniques.

Par le docteur Félix LEJARS,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Nous avons pu suivre, dans ces derniers temps, plusieurs malades qui nous étaient adressés pour des accidents hépatiques graves, et chez qui l'ictère chronique, d'une part, et, de l'autre, la décoloration des matières fécales témoignaient d'un obstacle permanent au cours de la bile, d'un *arrêt biliaire*, siégeant dans le canal vecteur commun, le cholédoque. Le diagnostic a été souvent fort complexe et la laparotomie, toujours pratiquée, nous a conduit à des interventions de nature diverse et de résultat plusieurs fois heureux et même inattendu. Nous voudrions reprendre ici l'histoire de ces diagnostics et de ces opérations, et, par l'analyse de ce que nous avons vu, par l'exposé des données générales aujourd'hui acquises, insister une fois de plus sur les précieuses ressources que nous réserve cette chirurgie hépatique. De fait, le terrain est commun au médecin et au chirurgien, et c'est ce qui donne tant d'importance à l'étude et à la vulgarisation de ces questions.

Bien entendu, je n'aurai pas en vue les ictères chroniques qui s'observent au cours de certaines variétés de *cirrhoses*, bien que le complexus clinique, signalé tout à l'heure, puisse se réaliser à un moment de leur évolution. Je ne m'appesantirai pas davantage sur les *angiocholites chroniques* non calculeuses; il me suffira de citer un fait, bien curieux, rapporté, en 1896, à la Société de chirurgie, par M. Gérard Marchant (1) : Une femme de cinquante-quatre ans, n'ayant jamais souffert de coliques hépatiques, était atteinte, depuis deux ans, d'un ictère des plus prononcés, les selles étaient décolorées. M. Marchant fit la laparotomie, ne trouva ni calcul, ni tumeur, et dut se contenter de pratiquer une fistule biliaire. L'opérée survécut un an et demi ; elle succomba à des phénomènes d'ictère grave et, à l'autopsie, on ne constata « nulle part d'obstruction, nulle part de calcul », les voies biliaires étaient très larges et le cholédoque admettait le doigt. L'examen du foie permit de conclure à « une angio et péri-angiocholite compliquée d'une hépatite diffuse nodulaire ». D'ailleurs, ictère et décoloration des fèces accompagnent aussi assez souvent les *angiocholites aiguës* et nous avons pu nous en assurer, l'an dernier, sur un de nos malades (1). Mais nous laisserons de côté tous les processus aigus.

L'arrêt biliaire chronique, permanent, reconnaît des origines multiples, parmi lesquelles il y a, en pratique, deux grandes catégories à faire : l'*obstruction calculeuse* et l'*obstruction cancéreuse* du cholédoque. A côté de la lithiase, ou plutôt bien loin derrière elle dans l'ordre de la fréquence, nous rappellerons les compressions du cholédoque par les kystes hydatiques du foie, certains étranglements par brides, certaines coudures assez accusées pour affaisser les parois du canal et en obturer la lumière : nous donnerons des exemples de ces éventualités exceptionnelles. Ce qui caractérise ce premier groupe, c'est que, si les lésions causales sont graves, elles ne sont pas *irrémédiables par nature*, et qu'elles se prêtent à des interventions susceptibles d'être suivies d'une guérison définitive. Tout autre est la situation, lorsque l'arrêt biliaire est dû à une tumeur maligne, quel qu'en soit d'ailleurs le siège originel : d'extirpation presque toujours irréalisable, elle ne laisse la voie ouverte qu'à des opérations *exclusivement palliatives*.

De là, l'intérêt majeur du diagnostic, et les difficultés en sont telles, souvent, que la laparotomie seule nous fournit la solution du problème.

#### I

Le fait que voici montrera mieux qu'une longue description « l'aspect clinique » de l'*obstruction calculeuse*. Je veux parler d'une femme de cinquante-deux ans, qui entrait à l'hôpital Beaujon, le 26 août dernier, dans un état si lamentable, que l'idée du cancer s'imposait pour ainsi dire d'emblée.

Amaigrie, cachectique, ne mangeant plus, tourmentée par l'insomnie et les démangeaisons, elle présentait tous les signes d'une occlusion complète du canal cholédoque :

(1) Discussion sur la cholédocotomie, *Bull. de la Soc. de chir.*, 3 juin 1896, p. 460.

(1) Cholécystite et angiocholite infectieuses à coli-bacille ; cholécystostomie ; guérison, *Bull. de la Soc. de chir.*, 17 mars 1897, p. 217.

ictère foncé et verdâtre, selles décolorées, grisâtres, comme de la cendre, urines rares et chargées de pigments. Les accidents remontaient à un mois et s'aggravaient de jour en jour.

Notre malade, il est vrai, avait un « passé hépatique » qui nous réservait d'importantes données. Elle avait eu, à trente-huit ans, une première crise de colique hépatique, au cours de laquelle les selles étaient restées pendant deux jours décolorées ; une autre crise, moins intense, était survenue à quarante-cinq ans et trois autres l'avaient suivie, à intervalles plus rapprochés. Dès lors, la région hépatique n'avait jamais cessé d'être le siège d'une sourde douleur. En janvier 1897, nouvel accès, très douloureux, mais de peu de durée. A la fin de juillet, les douleurs avaient reparu avec une violence jusqu'alors inconnue, dans la région épigastrique et le flanc droit, et tout de suite les selles s'étaient décolorées.

Ces coliques répétées et toute cette évolution morbide cadraient bien avec l'hypothèse d'une obstruction calculeuse du cholédoque, et d'autant mieux qu'à plusieurs reprises, notre malade avait constaté elle-même la présence de débris de calculs assez volumineux dans ses selles. Mais nous savons que le cancer et la lithiase sont loin de s'exclure, et, tout en posant le diagnostic d'arrêt biliaire par calcul du cholédoque, l'état général nous semblait trop profondément atteint, la déchéance trop grave, au bout d'un mois seulement d'ictère confirmé, pour que nous ne réservions pas une part de probabilité aux mauvaises chances d'une complication néoplasique.

Ajoutons que l'examen physique ne nous éclairait guère : le palper était fort gêné par la douleur vive qu'il réveillait, et, avec beaucoup de douceur et de patience, on n'arrivait à percevoir qu'une masse sous-hépatique diffuse, sans caractères précis, et dans laquelle il eût été impossible de délimiter la vésicule.

Ce fut dans ces conditions que l'intervention fut pratiquée le 2 septembre, sous l'éther. Je pratiquai une incision de 15 centimètres sur le bord externe du grand droit et tout de suite je découvris la vésicule, affaissée, ratatinée, très adhérente à l'angle du côlon. Elle ne contenait pas de calculs; il n'y en avait pas non plus dans le canal cystique. En suivant ce canal et le pédicule du foie, il me fut impossible de pénétrer dans l'hiatus de Winslow, fermé par de solides adhérences. C'est là une éventualité qui n'a rien d'exceptionnel, mais elle me privait d'un repère important et d'un mode de recherche qui rend de grands services dans la « découverte » du cholédoque. En suivant avec le doigt le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique, je sentis une série de bosselures arrondies, qui me firent penser tout d'abord à des ganglions, mais, à un examen plus précis, leur dureté, leur irrégularité, me donnèrent l'impression de calculs enclavés dans le cholédoque. L'une de ces bosselures, beaucoup plus grosse, semblait occuper la partie moyenne du canal : elle me servit de guide pour mettre peu à peu à découvert, avec la sonde cannelée, la paroi du cholédoque, qui apparut jaunâtre au fond de la plaie, et que j'incisai directement sur le relief du calcul. L'incision fut d'environ 1 centimètre et demi, elle me permit d'extraire, sans trop de peine, en la faisant basculer de haut en bas, une première concrétion, jaunâtre, à facettes; au-dessus d'elle, six autres calculs, plus petits, furent extraits à leur tour (fig. 1). Dès lors, la bile commença à fluer librement par le bout supérieur, et une sonde cannelée, introduite dans le bout inférieur du cholédoque, pénétra à une profondeur suffisante pour me démontrer qu'il n'y avait plus d'obstacle. Les compresses aseptiques, qui limitaient le foyer opératoire, reçurent la bile, qui fut, du reste, détergée tout de suite aux tampons. Je fermai alors l'ouverture de cholédocotomie par quatre points séparés, au catgut fin, passés à la Lembert, puis je laissai, au contact du canal suturé, un drain entouré de gaze iodoformée, et je réunis le reste de l'incision abdominale.

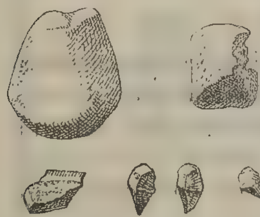



Fig. 1.
*Calculs du canal cholédoque (grandeur naturelle).*

Les deux premiers jours furent assez calmes, pas d'élévation thermique, quelques vomissements bilieux. Le 4, on renouvela le drain, en supprimant la gaze iodoformée : il y avait très peu de bile dans le pansement. Le 5, on constatait que la teinte jaune de la peau avait nettement pâli. Le 7, survint une première selle colorée. Dès lors, l'ictère s'atténua de plus en plus, pendant que l'état général s'améliorait; le trajet laissé par le drain laissa à peine suinter quelques gouttes de bile, pendant les dix premiers jours; à la fin du mois, il était entièrement fermé. L'appétit avait repris, les forces revenaient. Le 22 octobre, la malade quittait le service : il n'y avait plus trace d'ictère. Nous avions tenu à la garder assez longtemps, en observation, pour surveiller le rétablissement définitif; depuis, nous l'avons revue plusieurs fois, très bien portante, et reprenant de jour en jour de la mine et de l'embonpoint (1).

Vous voyez quel grand service nous pouvons rendre à nos malades, dans ces faits d'obstruction calculeuse du cholédoque, et j'ajoute que ce service est durable. Bien entendu, le processus lithiasique n'est pas enrayé pour jamais par le seul fait de la « désobstruction » du cholédoque, et ce serait une illusion de croire que d'autres calculs ne puissent ultérieurement se former dans le foie ou les voies biliaires et même s'enclaver de nouveau et reproduire les accidents de d'arrêt biliaire. Cela ne retire rien à l'importance d'une opération qui vient parer à une nécessité urgente et couper court à des désordres cholémiques, menaçants à bref délai; du reste, une fois conjurées ces graves complications, le traitement médical trouve utilement à intervenir. Enfin les obstructions complètes *récidivantes* paraissent être d'observation assez rare, et les faits témoignent qu'un bon nombre des « cholédocotomisés » restent guéris.

Je ne saurais en fournir de meilleur exemple que celui d'une femme de soixante-deux ans, que j'ai opérée, il y a deux ans, dans une situation toute semblable à celle de notre dernière malade.

Depuis l'âge de trente ans, elle souffrait de coliques hépatiques frustes, qui se répétaient tous les deux ou trois mois et n'étaient jamais suivies de la moindre teinte ictérique. Depuis deux ans, les crises avaient changé de caractère : elles étaient plus fréquentes, plus longues, plus aiguës, et se compliquaient d'ictère. En octobre 1891, elles étaient devenues, en quelque sorte, subintrantes, les selles étaient décolorées, l'ictère s'était foncé de plus en plus et la malade, qui avait beaucoup maigri, avait pris une apparence cachectique des plus inquiétantes. Chez elle aussi, et plus encore que chez notre précédente opérée, le soupçon du cancer était légitime.

Je pratiquai, le 14 décembre 1895, une laparotomie médiane sus-ombilicale ; la vésicule biliaire était petite, rétractée, indurée et complètement vide, ainsi que le canal cystique; en portant le doigt dans l'hiatus de Winslow, qui était libre, j'explorai le cholédoque et je découvris, dans sa moitié inférieure, une bosselure du volume d'une petite

(1) Je l'ai présentée à la Société de chirurgie, le 17 novembre dernier.

noix, arrondie et dure, constituée manifestement par le relief d'un calcul. Une incision longitudinale de 2 centimètres, pratiquée sur la paroi antérieure du canal, permit d'extraire le calcul qui mesurait 22 millimètres dans son grand axe, 18 millimètres en longueur et en épaisseur, il était isolé. Ici encore, le cholédoque fut réuni et un drainage laissé dans le foyer opératoire, mais il se produisit une fistule biliaire, qui se ferma au bout de deux mois et demi. Dès le lendemain de l'opération, les selles étaient redevenues colorées et, au bout de trois semaines, l'ictère avait complètement disparu (1). Notre malade sortit de l'hôpital dans un état excellent, et, depuis lors, elle n'a jamais eu la moindre colique, la moindre douleur hépatique, et aujourd'hui, le palper de la région est absolument indolent et ne révèle rien d'anormal. C'est pour une affection d'un tout autre ordre et d'un pronostic bien différent, qu'elle est rentrée ces jours derniers dans le service. Il y a trois mois, elle fut prise d'accidents graves d'obstruction intestinale et transportée d'urgence à l'hôpital Tenon, où mon collègue, M. Faure, pratiqua un anus contre nature, après avoir constaté la présence, dans le flanc gauche, sur l'S iliaque, d'une grosse masse cancéreuse. La pauvre femme s'est remise assez vite, son état général est encore satisfaisant et elle nous demande instamment de lui fermer son anus contre nature; mais, bien que les selles passent encore, pour une bonne part, par le bout inférieur, il serait irrationnel de supprimer cette voie de sûreté.

J'ai tenu à étudier avec détails ces deux faits, mais ce ne sont plus là, à l'heure actuelle, des observations rares. Sans vouloir faire de statistique, il me suffira de rappeler que l'excellente thèse de Jourdan, en 1895, en renfermait 75 cas; au Congrès des chirurgiens allemands, en 1896, Kehr (de Halberstadt) rapportait, pour son compte personnel, une série unique de 209 opérations de chirurgie biliaire, parmi lesquelles figurent 30 cholédocotomies (2) et il donnait un exposé des plus intéressants, et, à coup sûr, fort bien documenté, de cette taille du cholédoque, de sa technique et de ses difficultés. Les exemples isolés ne manquent pas dans la littérature allemande, anglaise et américaine. En France, le nombre des faits est aujourd'hui assez élevé. L'étude de ces nombreux documents nous conduit à soulever une double question importante : une question d'*indications* et une question de *technique*.

## II

La cholédocotomie, ou, en termes plus généraux, l'extraction sanglante des calculs, est-elle toujours indiquée, dans ces cas d'ictère chronique avec décoloration des fèces, relevant de l'obstruction calculeuse? Nous savons bien que, pour les calculs du cholédoque, comme pour ceux de la vésicule, il y a un processus et des voies d'élimination naturelle. M. Tuffier citait récemment, à la Société de chirurgie (3), l'observation fort curieuse d'une femme de quarante-sept ans, qui lui était adressée avec tous les signes d'une obstruction complète du cholédoque et d'une infection biliaire suraiguë (41 degrés) : il se contenta de pratiquer une cholécystostomie, en retirant de la vésicule deux calculs gros comme un pois. La température tomba brusquement et, les jours suivants, trente-trois gros calculs s'éliminèrent par la fistule; le cholédoque, que l'on avait senti, au cours de l'intervention, bourré de concrétions, s'évacua ainsi spontanément et la réapparition des selles colorées montra, au bout de quelque temps, que la voie était redevenue libre.

Sans aucune opération, il arrive que les calculs se « désenclavent », reprennent peu à peu leur chemin jusqu'au duodénum, franchissent l'ampoule, et tombent dans l'intestin, restituant à la bile son cours normal. Aux autopsies, on a saisi parfois, sur le fait, cette élimination progressive; le cholédoque était rempli de calculs, l'ampoule de Vater distendue, et un gros calcul à demi hernié par son orifice; chez une femme de soixante-treize ans, dont l'histoire est rapportée par J. Kraus (1), on découvrit ainsi deux douzaines de calculs, gros comme des haricots, dans le cholédoque, et l'extrémité duodénale du canal dilatée, éversée et faisant saillie dans la lumière de l'intestin. Certains faits cliniques témoignent aussi que des pierres volumineuses peuvent traverser le canal et la barrière ampullaire, et j'emprunte au mémoire du même auteur l'exemple suivant, d'un réel intérêt : Une femme, qui avait eu de nombreuses coliques hépatiques, sans ictère, vient faire une cure à Carlsbad; au début de la quatrième semaine, à la veille de son départ, elle est prise, dans la nuit, d'une colique violente; le lendemain paraît l'ictère, qui se fonce rapidement. La crise dure quarante-huit heures et se termine brusquement par une douleur atroce et une attaque syncopale qui cède avec peine. La malade conservait une sensation de déchirure dans l'hypocondre droit; au cinquième jour, un lavement glycériné provoque des selles abondantes, dans lesquelles on trouve *un calcul gros comme un œuf de pigeon*. L'ictère disparaît peu à peu et la guérison se maintient depuis lors.

Remarquons bien qu'il s'agit ici d'une élimination rapide, et qui suppose, d'ailleurs, une rare puissance musculaire du canal. Les conditions sont tout autres, lorsque le calcul ou le groupe de calculs se sont arrêtés dans leur descente, qu'ils se sont arc-boutés contre les parois du cholédoque, enclavés, incrustés, et que les signes fondamentaux, témoignant de cette obstruction, remontent à plusieurs semaines, à plusieurs mois quelquefois. Les chances de désenclavement et d'expulsion spontanée sont alors beaucoup moindres et, de plus, la cholémie s'aggrave de jour en jour, l'infection des voies biliaires s'y ajoute, et, pour éviter une intervention par elle-même bénigne, on se condamne à la faire très tard, quand la déchéance de l'état général et l'intoxication confirmée la rendront beaucoup plus hasardeuse. Rappelons-nous donc ce processus heureux d'élimination spontanée, mais soyons assez sages pour ne pas trop l'attendre, et pour intervenir de bonne heure.

De fait, si l'on met à part ces cas d'intervention trop tardive (et *c'est moins au temps lui-même, qu'à la nature et à l'aggravation des accidents que le retard se mesure*), le bilan opératoire de la cholédocotomie est, en réalité, très heureux. En nous bornant à la statistique de Kehr, dont l'importance est d'autant plus grande qu'elle émane de la pratique d'un

(1) L'observation a été publiée quelques mois après : Un fait de cholédocotomie, *Gaz. hebd.*, 1896, n° 44, p. 517.

(2) H. Kehr (de Halberstadt). Ein Rückblick auf 209 Gallensteinlaparotomieen mit besonderer Berücksichtigung gewisser, anderweitig selten beobachteter Schwierigkeiten bei 30 Choledochotomieen, *Arch. f. klin. Chir.*, 1896, Bd. LIII, p. 362.

(3) Tuffier. Soc. de chir., 17 nov. 1897.

(1) J. Kraus sen. (de Carlsbad). Über spontanen Abgang der Gallenconcremente und Entfernung derselben auf operativem Wege, *Prag. med. Wochensch.*, 1895, n° 36, p. 378.

même chirurgien, sur 30 cholédocotomies, il ne compte que 2 morts : 6,6 p. 100. Et pourtant il ne représente pas l'opération comme toujours aisée : « D'ordinaire, elle dure aussi longtemps qu'une pièce en trois actes, écrit-il, c'est-à-dire plusieurs heures; dans deux cas, ce ne fut qu'au bout de quatre heures; dans cinq cas, au bout de trois heures; dans quatorze cas, au bout de deux heures, que je pus fermer le ventre... L'opérateur doit employer toute sa force physique et psychique à l'achèvement de la tâche entreprise. Tous ceux qui prennent part à l'opération, le chirurgien et son malade, les assistants et les sœurs qui présentent les instruments, même les spectateurs, sont à la fin de l'opération si fourbus, qu'il ont tous le plus grand besoin d'excitants. »

Le tableau n'est pas très engageant, et, en présence de telles difficultés, il serait sans doute plus sage de ne pas poursuivre avec tant de ténacité l'extraction de tous les calculs, et de se borner à des interventions moins radicales, mais plus rapides, plus simples, moins dangereuses, suffisantes à éloigner les dangers immédiats et susceptibles d'être plus tard complétées. C'est au cours même de l'opération que ces déterminations doivent être prises, et ceci nous amène à l'étude de quelques points de *technique*.

III

Je ne parlerai pas de l'incision abdominale ; faut-il la faire sur la ligne médiane ou sur le bord externe du droit ? Pour notre part, nous avons utilisé l'un et l'autre type d'incision, sans relever de différence bien notable dans la facilité ultérieure des recherches. Comme l'a fait remarquer M. Terrier, il sera d'ailleurs toujours loisible de compléter l'incision médiane par un débridement transversal, s'il devient utile de se faire du jour, et rien n'empêche d'en agir de même avec l'incision latérale.

Une fois le ventre ouvert, c'est la vésicule qu'il faut chercher tout d'abord : elle est d'ordinaire vide, flasque, ratatinée, transformée en un magma fibreux et le canal cystique peut être lui-même induré, rétracté et oblitéré. On ne voit pas bien, dans les cas de ce genre, quel service on peut attendre de l'incision préliminaire de la vésicule ; chez nos deux malades, il eût été tout à fait impossible de faire remonter le gros calcul du cholédoque, même s'il eût été mobilisable, jusque dans le canal cystique et au col de la vésicule, dont les parois sclérosées et la lumière presque disparue se fussent absolument refusées à le laisser passer, et, en dernière analyse, nous aurions dû prolonger l'incision jusqu'au cholédoque, et, après la cholécystotomie et la cysticotomie, faire une cholédochotomie supérieure. Mais il n'en est pas toujours ainsi : pour affaissée qu'elle soit, la vésicule contient encore parfois un peu de liquide et des calculs, le canal cystique en contient lui-même et il devient alors d'excellente pratique d'ouvrir d'abord la vésicule, d'en extraire le contenu et, par des pressions successives de bas en haut, de chercher à « mettre en chemin », à refouler et à faire sortir, par cette voie, les calculs du canal cystique et ceux du cholédoque, en agrandissant la brèche, s'il le faut, par une véritable cysticotomie : M. Routier a montré tout le parti qu'on pouvait tirer de cette manœuvre « d'expulsion par les voies supérieures ».

Cette méthode séduisante n'est malheureusement pas toujours réalisable et, encore une fois, on ne peut savoir d'avance à quel artifice on aura recours. De fait, les calculs du cholédoque sont *mobilisables* ou *fixes*, et l'exploration directe, sur le canal bien découvert, permet seule de reconnaître à quelle variété ils appartiennent. Dans la première hypothèse, le refoulement par en haut devra être tenté d'abord et réussira souvent; je ne parle que pour mémoire du refoulement par en bas, vers l'intestin ; pour peu que la pierre soit volumineuse, il expose à un accident, qui, en déplaçant le siège de l'obstacle, ne le rend que plus difficile à lever, je veux parler de l'arrêt du calcul à l'extrémité duodénale du cholédoque, à l'ampoule de Vater. En pareille occurrence, il ne resterait plus qu'une ressource : l'incision du duodénum et l'extraction par l'intestin. L'opération a réussi entre les mains de Kocher et de Terrier, elle n'en constitue pas moins une complication, qu'on aura tout intérêt à prévenir.

Si le calcul est fixe, l'incision du cholédoque devient nécessaire, car le broiement, la cholédocholithotripsie ne paraît pas être d'application fréquente (1) ; exercer, à travers la paroi déjà amincie et friable du canal, une pression suffisante pour fragmenter les concrétions enclavées, c'est là, certes, une pratique autrement dangereuse que l'incision franche du cholédoque.

Or cette incision cholédocienne, toujours longitudinale, devra être parfois assez longue, mesurer 1 centimètre et demi, 2 centimètres et plus, suivant le volume du calcul enclavé, qu'il faut extraire. Kehr insiste beaucoup sur les calculs multiples et sur les difficultés que présente souvent l'évacuation complète du canal. Ce qui est indispensable, c'est de vérifier toujours, une fois l'extraction faite, la perméabilité du bout inférieur : les résultats de cette exploration fourniront les meilleurs éléments à la solution du dernier point de technique qu'il nous reste à aborder.

Faut-il, de parti pris, laisser béante l'incision faite au cholédoque, et la réunion, la cholédocorraphie, doit-elle être tenue pour une pratique téméraire et dangereuse ? La question se résout toute seule, dans certains cas : on ne fait pas de sutures, par la raison toute simple qu'on n'en peut pas faire ; le foyer opératoire est trop profond, trop anfractueux, pour qu'on puisse tenter une réunion correcte, ou encore la paroi du canal, amincie, friable, traumatisée par les manœuvres d'extraction, se coupe sous la moindre striction des fils et rend illusoire toute suture. Ces faits mis à part, lorsqu'il est avéré que le bout inférieur est perméable et qu'il n'existe pas de signes d'infection biliaire grave, est-il inutile et périlleux de réunir, comme l'ont fait la plupart des chirurgiens, et, en particulier, Kehr, qui en fait un des temps normaux de l'opération ? Que cette réunion ait souvent manqué, cela prouve surtout que la suture est souvent difficile à bien faire. M. Quénu (2) la condamne sans appel, il l'accuse de favoriser l'occlusion du cholédoque par un caillot et de faire naître des accidents graves de cholémie secondaire : les exemples qu'il rapportait dernièrement encore, à la Société de chirurgie, et les raisons qu'il exposait sont, certes, de nature à frapper les opérateurs (3).

---

(1) La première cholédocholithotripsie est due à Langenbuch ; Jourdan (thèse citée) en relate 27 observations; voyez deux autres faits de Vautrin : De l'obstruction calculeuse du cholédoque, *Rev. de chir.*, 1896, p. 460.

(2) QUÉNU. Soc. de chir., 1er déc. 1897.

(3) Stanmore Bishop a soutenu des idées toutes semblables : à la suite des obstructions calculeuses, la portion du cholédoque sous-jacente à l'obstacle est rétrécie, obstruée par une muqueuse boursouflée : la suture, en diminuant le calibre du conduit, menace de compléter le barrage (*Med. Chronicle*, avril 1897, p. 27).

Pourtant j'ai quelque peine à croire que ma dernière malade eût réellement bénéficié de conserver largement béant son canal cholédoque; elle n'y eût gagné qu'une fistule biliaire, qui, étant donné les dimensions de l'incision cholédocienne, se serait prolongée pendant plusieurs mois. Ici encore, des règles immuables sont-elles bien applicables à l'extrême variété des faits observés?

Mais je me garderai d'insister sur ces détails de technique et je voulais seulement donner un aperçu de ces interventions, toujours délicates, mais dont les résultats sont si encourageants, dans l'obstruction calculeuse du cholédoque, sous la réserve qu'elles soient suffisamment précoces.

IV

D'autres types, beaucoup plus rares, d'arrêt biliaire, dus à certaines compressions, réservent aussi des succès, en général assez faciles; j'ai surtout en vue la *compression exercée par les kystes hydatiques de la face inférieure du foie.* Nous en avons vu tout récemment un curieux exemple.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, qui était entré dans le service de M. Fernet, pour des accidents hépatiques de nature d'abord mal déterminée. Depuis six mois environ, il ressentait dans l'hypocondre droit une douleur sourde, qui s'exagérait à certains moments, sans qu'il se fût jamais produit de crise de colique proprement dite. L'ictère avait paru depuis une dizaine de jours, les fèces étaient décolorées; la température variait entre 38°5 et 39°5. On sentait, au-dessous des fausses côtes, une tumeur arrondie, fluctuante, douloureuse, qui nous parut être un kyste hydatique en voie de suppuration.

Le 1er novembre, le kyste était ouvert par une longue incision latérale; il adhérait largement à la paroi, et de sa cavité s'échappa une abondante quantité de pus brunâtre et une membrane hydatique, flasque et détachée, qui tapissait la poche. Lavage et drainage. Les jours suivants, bien que la température fût immédiatement tombée, et l'état général très satisfaisant, les selles restèrent d'abord peu colorées, jaunâtres, seulement teintées de bile; mais ce fait seul suffisait déjà à démontrer que la compression avait cédé et que la voie s'était rétablie; au bout d'une huitaine de jours, tout rentrait dans l'état normal, et l'ictère pâlissait de plus en plus. Le kyste drainé s'est rapidement oblitéré, et le malade est aujourd'hui guéri.

Ces compressions du cholédoque par certains kystes hydatiques suivies des accidents complets de l'arrêt biliaire, pour être assez rares, n'en sont pas moins bien connues, et l'on fera bien de ne pas oublier les observations de ce genre, en présence de certains kystes profondément situés, ou d'exploration fort malaisée. Une petite fille de treize ans nous fut amenée il y a deux ans, avec un foie énorme et un ictère généralisé et déjà ancien : le foie était uniformément dur, lisse, régulier, l'enfant était très amaigrie et d'apparence précaire; notre impression et celle d'un de nos collègues, médecin, fut qu'il s'agissait d'un processus malin; une ponction profonde n'avait ramené que du sang. Malgré notre désir, l'enfant ne nous fut pas représentée, mais j'ai appris qu'au bout de quelques semaines, l'état local s'était modifié, une saillie arrondie s'était dessinée à la surface du foie, et finalement un kyste hydatique avait été reconnu et ouvert. L'ictère disparut peu à peu. Tant il est vrai qu'on ne peut poser de diagnostic sérieux, dans ces cas difficiles, que sous la réserve de pouvoir les suivre et les examiner à plusieurs reprises.

Tant il est vrai aussi, que la laparotomie exploratrice est seule capable, dans certaines conditions, d'apporter la lumière, et qu'il faut toujours y recourir. Les quelques faits exceptionnels d'*obstruction du cholédoque par brides ou par coudure*, que je ne ferai que rappeler brièvement, en témoigneront aussi.

M. Kümmell [de Hambourg (1)] rapportait, il y a quelques mois, la curieuse observation que voici :

Une femme de trente-six ans, qui avait déjà souffert maintes fois de coliques hépatiques avec ictère, est prise d'un nouvel accès, plus violent, qui se prolonge : ictère généralisé, selles décolorées, grosse tumeur sous les fausses côtes droites. On opère : on trouve une vésicule très distendue, très amincie, contenant une bile trouble, chargée de coli-bacilles; pas de calculs; cholécystentérostomie. Quelques jours après, un calcul gros comme une cerise est retrouvé dans le pansement. Mais la fistule biliaire continue à fournir un écoulement très abondant, l'ictère persiste, les selles restent décolorées, et, devant l'insuccès de toutes les autres tentatives, on prend le parti de rouvrir le ventre : *la vésicule et le cholédoque étaient entourés d'adhérences plus ou moins solides, qui affaissaient complètement le canal.* On se contente de *rompre ces adhérences*. A la suite de cette intervention, les selles reprennent leur coloration, l'ictère pâlit, et, en quatre semaines, la fistule était fermée. Guérison complète.

On avait songé d'abord, dans le cas précédent, à une *coudure du cholédoque*, due à la traction exercée par la vésicule adhérente; et, de fait, ce mécanisme a été vérifié plusieurs fois. A la suite de la cholécystostomie, la vésicule étant fixée par sa face inférieure, trop près de son col, entraîne et distend le canal cystique, et, par lui, tiraille le cholédoque, le coude ou l'infléchit, au point d'en effacer plus ou moins complètement la lumière. Nous ne pouvons insister sur ces arrêts biliaires, de cause opératoire, que la libération de la vésicule fera seule cesser (2).

V

Ce premier groupe d'ictères chroniques, ces arrêts biliaires, dus à l'obstruction du cholédoque par des calculs, à sa compression par des kystes hydatiques du foie, à son étranglement par des adhérences, à sa coudure, représente, en somme, des affections curables, et qu'une intervention, faite à temps et bien faite, pourra guérir sans retour. L'avenir est tout autre, dans les *obstructions cancéreuses*.

Le néoplasme qui *comprime* ou qui *obstrue* peut affecter, du reste, des habitats différents et des origines multiples. Le plus souvent, il s'agit d'un cancer du pancréas et nous allons en donner plusieurs exemples; ailleurs, c'est une masse ganglionnaire, ayant pour point de départ un néoplasme parfois latent de l'estomac; ou bien encore un cancer du pylore (3) ou du duodénum [ampoule de Vater (4)];

(1) Kümmel (de Hambourg). *Deutsch. med. Wochens.*, 1897, nos 35, 36, 37. — L'observation citée se trouve p. 593.

(2) Voy. Robinson. *Amer. med. Soc. Bull.*, 18 avril 1896.

(3) Voy. Heydenreich. Soc. de méd. de Nancy, 27 mai 1896.

(4) Les faits de cancer primitif de l'ampoule de Vater sont loin d'être rares [Voy. Vincent (Georges). *Étude sur le cancer primitif de l'ampoule de Vater*, Th. 1896, nº 404]. Que l'extrémité terminale du cholédoque soit le point de départ du néoplasme ou qu'elle soit envahie se-

chez un de nos malades, dont nous reprendrons plus loin l'histoire, la laparotomie exploratrice nous fit découvrir un cancer du foie, et, plus tard, l'autopsie nous montra un gros ganglion, étroitement appliqué au cholédoque, qui semblait être l'unique agent de compression. Enfin, les voies biliaires et le cholédoque lui-même peuvent être le siège initial d'un épithélioma oblitérant : dans une observation fort intéressante de MM. Griffon et Dartigues (1), on trouva un rétrécissement cancéreux du cholédoque, à quelques millimètres du point où il se jette dans l'ampoule de Vater : « Le canal était enserré par un véritable manchon, haut de quelques millimètres, scléreux à la coupe, végétant du côté de la lumière du canal, qu'il obstrue à peu près complètement. L'ampoule de Vater est libre. » C'était un épithélioma cylindrique. Récemment, M. P. Claisse, dans une très intéressante communication à la Société médicale des hôpitaux, résumait l'histoire clinique et anatomo-pathologique de ces cancers primitifs des voies biliaires (2).

Il est aisé de comprendre que, pour un certain nombre de ces néoplasmes, un diagnostic précis soit, en quelque sorte, impossible : ces *petits cancers* du cholédoque, de l'ampoule de Vater, des ganglions du hile, échappent au palper le plus minutieux, et les épithéliomas de la tête du pancréas, profondément situés, et souvent rétractés, tassés sur eux-mêmes, ne se traduisent aussi, à l'exploration, que par des indices, en général, assez vagues. A un stade avancé, quand le néoplasme a grossi, qu'il s'est diffusé aux ganglions, aux organes voisins, l'état local est tout autre, et, du reste, la profonde cachexie du malade ne laisse plus de doutes. Mais plus tôt, et précisément à l'époque où un diagnostic précis aurait tant d'intérêt, nous ne devrons pas compter, en général, sur la *tumeur*, pour nous en fournir les éléments.

L'analyse soigneuse des antécédents nous donnera souvent de précieux repères : ainsi, les deux malades dont nous parlions au début, avaient un passé lithiasique des plus nets, les coliques avaient été fréquentes, bien caractérisées, la première remontait à de longues années ; l'ictère s'était montré à plusieurs reprises, au cours de ces accès douloureux, l'une de nos malades avait même retrouvé des calculs dans ses garde-robes. Mais il est banal de répéter aujourd'hui que le cancer et la lithiase s'associent volontiers, surtout à un âge relativement avancé. Insistez encore sur le début de cet ictère chronique que vous constatez : dans l'obstruction calculeuse, les accidents paraissent et se confirment d'ordinaire brusquement, à la suite d'une crise douloureuse plus intense que jamais ; leur évolution est plus lente et leur aggravation progressive, quand la compression du cholédoque relève d'un néoplasme, dont le développement, pour être souvent rapide, n'en procède pas moins par étapes. Enfin, si la tumeur échappe à l'examen physique, la recherche de la vésicule fournit au diagnostic un élément d'importance majeure.

M. Terrier nous a montré quelle est, en pareil cas, la valeur considérable du signe de Courvoisier : la vésicule biliaire est distendue, lors d'obstruction cancéreuse, elle est vide, rétractée, inaccessible au palper, lors d'obstruction calculeuse. A cette règle, quelques exceptions ont été publiées : elles sont trop rares, en vérité, pour en restreindre la grande portée clinique. M. Chappet (de Lyon) a relaté une de ces exceptions, qui, sous un certain rapport, confirmait la règle (1) : un homme de soixante-dix-neuf ans, profondément cachectique, présente les signes pathognomoniques de l'arrêt biliaire, ictère, selles décolorées ; on sent très nettement le fond de la vésicule à deux travers de doigt de l'ombilic. On conclut à une obstruction cancéreuse, on s'abtient de toute intervention, le malade succombe. A l'autopsie, on trouve un calcul ovoïde, de 4 centimètres, qui obstrue le canal cholédoque et l'extrémité du canal cystique : pas de tumeur. Or, la vésicule, qui mesurait 11 centimètres de long et 12 centimètres de circonférence, n'était remplie ni de bile ni de ce liquide clair qu'on y rencontre souvent : elle contenait un magma de consistance molle, de coloration jaunâtre ou brunâtre, qui semblait formée de cholestérine et de fibrine. En somme, il y avait là toutes les lésions d'une cholécystite chronique ancienne.

Ce qu'on ne saurait nier, c'est que, chez quelques malades, le palper sous-hépatique ne donne parfois que des renseignements incomplets ou d'interprétation discutable. Ne connaissons-nous pas cet appendice linguiforme du bord antérieur du foie qui descend au-devant de la vésicule, la recouvre ou la déborde, et qui peut alors la simuler ou la masquer ? L'épiploon, l'angle du côlon, le bord du foie, la vésicule elle-même, rapprochés et reliés par des adhérences anciennes, figurent parfois une sorte de gâteau épais, de consistance irrégulière, au milieu duquel il est bien malaisé de se reconnaître.

Aussi est-il sage de ne jamais subordonner l'intervention à la netteté des signes physiques. Dans cette chirurgie si intéressante, mais si difficile, par certains côtés, où les surprises sont, en réalité, si fréquentes, surprises malheureuses, mais souvent aussi, ne l'oublions pas, surprises heureuses, *les cas douteux doivent tous s'inscrire aux indications de la laparotomie exploratrice*. Sans doute, elle restera quelquefois simplement exploratrice, mais de temps en temps elle fera découvrir, malgré l'ambiguité du diagnostic, une lésion guérissable, et définitivement guérissable, et même dans les obstructions cancéreuses, elle permettra certaines interventions, palliatives il est vrai, mais dont nous aurions tort de priver nos malades.

Le type de ces interventions, c'est la *cholécystentérostomie*. Certes, les résultats qu'elle fournit alors ne sont pas de nature à nourrir beaucoup d'illusions, mais elle donne pourtant une survie plus ou moins longue, un état général meilleur, une notable atténuation des douleurs. Que peut-on attendre de plus en présence d'un cancer inopérable ?

## VI

Mais la cholécystentérostomie n'est bénigne et utile, que sous la double réserve qu'elle soit pratiquée *à temps* et *rapidement exécutée*. La première opération de ce genre que j'eus l'occasion de faire me donna, sous ce rapport, une leçon que je n'ai pas oubliée.

---

condairement, en pratique, le résultat est le même et les indications toutes semblables.

(1) Griffon et Dartigues. Épithélioma du cholédoque, Soc. anat., 20 nov. 1896.

(2) P. Claisse. Soc. méd. des hôpitaux, 5 nov. 1897, et *Presse méd.*, 6 nov. 1897, n° 92, p. CXXXIX. — M. Claisse distingue fort justement le cancer *juxta-duodénal*, qui s'accompagne de distension de la vésicule, et le cancer *juxta-hépatique*, qui siège au-dessus de l'abouchement du canal cystique, et laisse intact le fonctionnement de la vésicule : dans cette dernière éventualité, la laparotomie exploratrice permet seule le diagnostic avec l'obstruction calculeuse.

(1) Chappet. Calcul du cholédoque, dilatation de la vésicule, pas de cancer, *Lyon méd.*, 1896, t. LXXXIII, p. 484.

C'était à l'Hôtel-Dieu, en 1893. Un homme de quarante-cinq ans m'avait été montré en juillet, par M. le docteur Ferrand, avec tous les signes d'une occlusion du cholédoque : ictère généralisé datant de deux mois, selles décolorées, etc. Il n'y avait, dans son histoire, aucun indice de lithiase, pas de coliques, pas d'ictère. Peu familiarisé avec les opérations de ce genre, j'eus le tort de conseiller encore l'expectation et le traitement médical. Le malade me revint à la fin d'août, amaigri, d'un jaune bistré, dévoré de prurigo, taché de pétéchies aux jambes, crachant le sang, bref dans une situation lamentable. Le 4 septembre, je pratiquai la cholécystentérostomie : je trouvai une vésicule grosse comme le poing, distendue par une bile noirâtre, le canal cystique et le canal cholédoque très dilatés aussi, et nulle part de calcul; la masse intestinale était affaissée et rétractée, le duodénum n'avait guère que le volume du pouce, et l'opération fut laborieuse. Dans la journée, mon malade succombait au choc. A l'autopsie, le cholédoque, gros comme les deux pouces, était comprimé et oblitéré à son extrémité inférieure par un cancer de la tête du pancréas.

J'avais opéré trop tard, j'avais fait une opération trop longue.

Un cas plus récent montre bien que cette seconde condition — la simplicité et la rapidité de l'acte opératoire — est presque aussi importante que la première, et que, même à un stade avancé de l'affection, l'intervention peut être inoffensive.

Je veux parler d'un homme d'une cinquantaine d'années, qui nous fut envoyé en septembre 1895, du service de M. Fernet, avec un ictère chronique, dont l'évolution laissait trop peu de doutes sur l'existence d'un cancer. Il était fort amaigri, très cachectique; pourtant, comme il souffrait beaucoup, il nous parut humain de tenter une opération, qui ne devait avoir rien de brillant, mais qui, au moins, le soulagerait et rendrait moins pénible ses dernières semaines. Le 28 septembre je fis une laparotomie latérale, je tombai sur une grosse vésicule, j'explorai les canaux cystique et cholédoque eux-mêmes dilatés, sans rencontrer de calculs, et tout de suite j'abouchai le fond de la vésicule à la première anse grêle qui se présenta. Tout cela se fit très vite et ne demanda guère plus d'une demi-heure. Il n'y eut aucun incident post-opératoire et une réelle amélioration se produisit dans l'état du malade; il ne souffrait plus et il s'éteignit peu à peu, au bout de quelques semaines. A l'autopsie, on trouva le foie farci de noyaux cancéreux : un ganglion néoplasique, accolé au cholédoque, avait été l'agent de la compression.

Que ce fût là un très mauvais cas, je n'ai pas besoin de le faire ressortir. La situation semblait meilleure chez une femme de quarante ans que nous avons opérée au commencement de l'année dernière.

Grande, un peu amaigrie, mais encore vigoureuse, elle était entrée à l'hôpital Beaujon, dans le service de notre collègue M. Florand, pour un ictère chronique, avec décoloration des fèces, dont la pathogénie était bien difficile à établir. Elle avait eu antérieurement des coliques hépatiques, et le début des accidents actuels avait été brusque et marqué par de vives douleurs. De plus, le palper de la région hépatique, très pénible pour la malade, ne fournissait que des données peu utilisables; on ne sentait pas de vésicule distendue, mais, un peu plus bas, une masse diffuse, qui semblait accolée à la colonne vertébrale, et qui devint beaucoup plus nette sous l'éther. En somme, nous espérions trouver un calcul du cholédoque, tout en ayant de trop bonnes raisons pour craindre un cancer. Le 30 mars, je fis une laparotomie latérale : la vésicule était remplie d'une bile verdâtre, le canal cystique et le cholédoque étaient dilatés, pas de calcul. Vers la partie inférieure du pédicule hépatique, je sentis aisément une masse aplatie, de consistance irrégulière, collée au cholédoque, qu'elle enserrait plus bas; des noyaux plus petits, plus profonds, et moins faciles à délimiter, semblaient prolonger en haut la tumeur; en somme, le diagnostic de cancer de la tête du pancréas nous parut évident. Après avoir ponctionné la vésicule, qui contenait bien 300 grammes d'une bile épaisse, d'un vert foncé, j'agrandis l'orifice de ponction et je pratiquai, avec une anse grêle attirée hors de la plaie, une cholécystentérostomie. J'avais employé le bouton de Murphy dans l'opération précédente : ici, je réalisai l'anastomose par le procédé vraiment chirurgical, par deux rangs de sutures, et la réunion n'en fut que meilleure et plus rapidement menée.

Les suites opératoires furent excellentes : les selles reprirent leur coloration dès les premiers jours, l'ictère pâlit et, au bout d'un mois, il avait complètement disparu, les douleurs avaient cessé, l'appétit était redevenu très bon. La malade se croyait guérie, et, si je n'avais cru devoir dire au mari toute la vérité, il eût partagé, lui aussi, cette heureuse illusion. Ce retour apparent à la santé dura plusieurs mois; puis je vis revenir mon opérée, de nouveau pâlie, sans appétit, souffrant un peu, et surtout de jour en jour se sentant plus affaiblie; l'examen du ventre me montra que la tumeur avait grossi, qu'elle était devenue très accessible et très nette.

Quelques mois de survie, triste bénéfice. Hélas! la faute en est au cancer. A voir notre malade à sa sortie, et dans les premiers temps qui suivirent, il fallait bien convenir que nous avions eu raison de lui assurer ce répit, dont il est impossible, en réalité, de prévoir d'avance la durée. La malignité de ces cancers pancréatiques n'est-elle pas très variable, et, à côté des formes qui marchent vite et se généralisent en quelques mois, n'existe-t-il pas des variétés lentes, qui s'attardent et se prêtent à une résistance prolongée du malade? Ne savons-nous pas que certaines scléroses pancréatiques qui, au fond d'une plaie, simulent parfaitement le cancer, sont, en fait, de nature tout autre et de pronostic relativement bénin?

Mais encore une fois, pour que ces opérations palliatives, ces opérations de bienfaisance, pourrait-on dire, soient légitimes, il faut qu'elles ne soient pas meurtrières, et pour cela qu'elles soient simples et rapides. Aussi se gardera-t-on de recherches inutiles, et ne s'obstinera-t-on pas à aboucher la vésicule avec le duodénum. Que ce soit le meilleur type d'anastomose cholécysto-intestinale, c'est bien certain; mais, si le duodénum est difficile à découvrir ou à mobiliser, il vaudra beaucoup mieux prendre une anse grêle, haut située autant que possible, qui se laissera facilement adosser à la vésicule. C'est encore pour obéir aux mêmes nécessités qu'on a pratiqué, dans quelques observations encore rares, la cholécysto-gastrostomie. Un malade de M. Terrier (1) a survécu six mois avec une fistule cholécysto-gastrique, et l'afflux de la bile dans l'estomac ne parut apporter aucun trouble à la digestion stomacale. MM. Monod et Quénu ont publié des faits du même genre, mais dans lesquels la mort rapide de l'opéré ne permit pas d'étudier le fonctionnement ultérieur de la fistule. Il en fut de même chez une femme de trente-six ans, que j'opérai le 20 octobre 1896, dans un

(1) Terrier. *Rev. de chir.*, 1896, p. 161, et Soc. de chir., 1896, p. 565.

état de cachexie très avancée. Pourtant les accidents ne remontaient qu'à deux mois.

Il n'y avait pas d'antécédents néoplasiques dans sa famille. Mariée à vingt et un ans, elle avait eu deux enfants. En septembre 1896, elle avait fait une fausse couche, et à la suite elle avait souffert dans le ventre pendant quelque temps; puis elle avait été prise de désordres cérébraux, de nature mal définie, qui avaient nécessité un internement à l'asile Sainte-Anne. L'ictère avait paru depuis deux mois; les selles s'étaient décolorées, et des douleurs intenses s'étaient montrées dans la région du foie, irradiant aux reins, dans la poitrine, dans les épaules; l'amaigrissement avait été rapide et considérable, les règles étaient supprimées depuis six mois.

Cette évolution si rapide, sans coliques antérieures, et cet état général si précaire ne plaidaient que trop en faveur d'une obstruction cancéreuse; du reste, la vésicule était distendue.

Au cours de la laparotomie, je ne trouvai de calcul ni dans cette grosse vésicule, ni dans les canaux; mais le long du cholédoque, je sentis nettement en avant de lui et un peu en dedans, une grosse masse indurée, collée à la colonne vertébrale et adhérant de tous les côtés. Le duodénum était fixé à la face antérieure de cette tumeur. Après avoir ponctionné la vésicule, je pris le parti de l'aboucher avec la face antérieure de l'estomac, près du pylore : l'opération se fit sans difficulté, avec le bouton de Murphy de petit calibre.

Notre malade supporta bien l'intervention; il y eut quelques vomissements bilieux dans les deux premiers jours, puis il devint possible de lui faire prendre en quantité relativement abondante du lait, qu'elle digérait fort bien. Les selles avaient repris une teinte jaune. Ce fut au septième jour qu'elle s'éteignit, c'est le mot propre, sans secousse, sans souffrance. Elle aussi avait été opérée trop tard, et cette fois sans qu'il nous en incombât la moindre part de responsabilité; trop tard, bien que les accidents d'arrêt biliaire ne fussent confirmés que depuis deux mois.

Enfin, c'est encore sous la réserve d'être simple, que la *laparotomie exploratrice* reste inoffensive, et, malgré l'apparence, la formule n'est pas banale. L'exploration doit se faire très vite, et très vite aussi le chirurgien doit prendre son parti : il ouvrira le ventre avec la volonté formelle de faire le nécessaire, et rien que le nécessaire, et d'éviter toute recherche inutile, toute tentative illusoire d'extirpation, tout ce qui perd du temps et du sang.

Un homme de quarante ans nous était envoyé à la fin de 1895, avec un ictère chronique des mieux caractérisés, et une grosse vésicule. On sentait sous les fausses côtes une masse volumineuse, mais bosselée, dure, et qui laissait soupçonner tout autre chose qu'une simple distension vésiculaire. Le 24 décembre, je fis une laparotomie sus-ombilicale, et tout de suite je trouvai un cancer de la vésicule, très gros, très végétant, qui se diffusait le long du pédicule hépatique et qui adhérait partout; le foie était lui-même le siège de plusieurs noyaux néoplasiques. Bien entendu, je refermai le ventre, et le malade quittait l'hôpital le 6 janvier. L'intervention n'avait, certes, nullement aggravé sa situation, et nous croyons avoir agi sagement en ne cédant que devant la démonstration matérielle et brutale de notre impuissance.

Si j'insiste, c'est que la laparotomie ne sert pas toujours à la vérification pure et simple d'un diagnostic malheureusement trop fidèle; c'est qu'elle réserve des découvertes inattendues, et qu'elle seule ouvre parfois la voie, contre toute espérance, à des interventions curatrices, ou du moins bienfaisantes. Et c'est pour cela qu'il est bon de répéter qu'elle peut et doit être bénigne — si toutefois elle n'est pas consentie et pratiquée à la dernière extrémité, quand il n'y a plus rien à perdre, et comme une sorte de nécropsie avant l'heure. Si cette conviction passait dans l'esprit de tous les médecins, un bon nombre de malades y trouveraient leur salut.

La chirurgie du foie nous en fournirait maint exemple, en dehors même des ictères chroniques : je ne veux citer que deux faits, symétriques en quelque sorte :

Un homme d'une soixantaine d'années nous est adressé, il y a deux mois, avec une tumeur de l'hypocondre droit : ovoïde, lisse, régulière, se dessinant en relief sous la peau amaigrie, *cette tumeur occupe exactement la place de la vésicule biliaire, dont elle reproduit entièrement la forme;* elle est de consistance ferme, sans avoir la dureté du néoplasme, et au palper elle donne la sensation des vésicules bourrées de calculs et de paroi épaissie, des cholécystites calculeuses anciennes. Elle est douloureuse à la pression. La laparotomie latérale est pratiquée le 23 octobre : nous trouvons un gros noyau néoplasique, implanté sur le bord antérieur du foie, et, en dedans, la vésicule petite et affaissée. L'intervention est simplement exploratrice, et le malade sortit, au bout d'une vingtaine de jours, sans que le moindre incident fût survenu.

Fallait-il nous abstenir de l'exploration directe, fort inoffensive d'ailleurs? Notre second fait répondra.

Une femme de soixante-cinq ans, très amaigrie, se présente à nous en septembre 1896. Depuis six mois, elle porte dans l'hypocondre droit une tumeur qui grossit et la fait un peu souffrir. Cette tumeur a le volume du poing, elle est *bosselée*, de *consistance ligneuse*, en continuité manifeste, avec le bord antérieur du foie. Il n'y a jamais eu d'ictère, jamais de coliques hépatiques, même frustes, aucun signe de lithiase. N'avions-nous pas les meilleures raisons de conclure à un néoplasme malin du foie : l'âge, l'état général, l'évolution de la tumeur, ses caractères, tout nous imposait ce diagnostic. Très intelligente, la malade consentit sans peine à nous laisser faire une vérification opératoire. Le 22 septembre, je pratiquai une laparotomie médiane sus-ombilicale : je tombai sur une tumeur hémisphérique, blanchâtre, implantée sur la face convexe du foie, près du bord antérieur, sans rapport avec la vésicule; cette tumeur conservait, au palper direct, une consistance uniformément dure; je la ponctionnai, et à ma surprise, je vis sortir du trocart un liquide jaunâtre, légèrement trouble; j'incisai alors et j'ouvris une cavité contenant, avec une certaine quantité de liquide, des débris d'hydatides; j'avais affaire à un kyste hydatique ancien, de parois très épaissies et calcifiées par places. J'en excisai la plus grande partie, et je fixai le reste à la paroi abdominale. La malade guérit sans incident, et sortit du service dans un état excellent : elle ne souffrait plus, elle avait repris de l'appétit, et la certitude qu'elle n'avait pas de « cancer » et qu'elle était délivrée de sa tumeur lui avait donné un regain de vigueur et de courage.

Avions-nous bien fait de passer outre à toutes les probabilités, et d'*aller voir?*

Mais j'ai hâte de fermer cette parenthèse, et je voulais seulement chercher à montrer que, dans les faits de ce genre, la laparotomie ne saurait être tenue pour un pis-aller, pour une dernière ressource; qu'elle représente, au contraire, le parti le plus rationnel, le plus sage, le plus prudent, au vrai sens du mot. Cela est plus vrai encore dans les ictères chroniques, dont nous venons d'étudier les va-

riétés diverses. N'est-il pas utile de vulgariser les indications et les résultats de cette chirurgie biliaire? Pour complexe et difficile qu'elle soit souvent, elle rendra d'autant plus de services que, la connaissant mieux, on tardera moins à réclamer son concours.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 janvier 1898. — Présidence de M. DELENS.

### RAPPORTS

**Un cas de calculs creux du rein.** — M. TUFFIER fait un rapport sur une observation de M. Bégoin (de Bordeaux).

Il s'agit d'un malade, âgé de soixante-deux ans, qui était atteint de cystite et de pyélo-néphrite. Ce malade a succombé et, à l'autopsie, on a trouvé dans le rein deux calculs creux, dans lesquels il y avait de l'urine purulente.

L'incrustation a dû se faire sur les parois muqueuses du bassinet; puis l'urine a déposé des cristaux à la face interne de cette concrétion. Les parties les plus récentes de ces calculs étaient, en effet, à l'intérieur.

Il s'agissait de concrétions de phosphate de magnésie et de chaux. Les calculs avaient le volume d'un œuf. Dans l'urine, contenue dans la cavité des calculs, on a trouvé encore des coli-bacilles.

**Cas de fibro-sarcome du vagin.** — M. RICARD fait un rapport sur une observation de M. Huguet (d'Aumale).

Il s'agit d'un fibro-sarcome du vagin observé chez une petite malade de six ans. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule. Elle gênait la miction, provoquait des douleurs et faisait saillie entre les grandes lèvres. On énucléa la tumeur, le pédicule s'implantait sur la paroi vaginale à 3 centimètres au-dessous de la vulve.

La tumeur était un fibro-sarcome du vagin. Son extirpation a été faite au bistouri. La réunion s'est faite par première intention. Le thermocautère eût produit une eschare sans doute et une atrésie cicatricielle consécutive.

M. Huguet a fait les sutures vaginales à la soie. Il eût peut-être mieux valu employer le catgut.

Il s'agit sans doute dans ce cas d'une tumeur bénigne, malgré les quelques cellules embryonnaires qu'on a trouvées.

**Ulcère perforant du duodénum.** — M. J. SCHWARTZ fait un rapport sur des communications de MM. Rochard, Guinard, Sieur, Loison, ayant toutes trait à des cas d'ulcère du duodénum compliqué de perforation. Tous les malades sont morts. Trois avaient été opérés.

1° L'observation de M. Rochard concerne un homme de soixante ans. Le malade, à son entrée, présente un état de prostration extrême, avec douleurs abdominales. Pas de ballonnement; mais émission ni de gaz, ni de matières. Température 37°2. Tympanisme; hoquet. On fait le diagnostic d'occlusion intestinale. On fait la laparotomie, puis l'éviscération.

On trouve une péritonite généralisée suppurée ayant pour cause une perforation du duodénum. M. Guinard suture l'orifice duodénal. Le malade meurt deux heures après l'opération. A l'autopsie, on a pu confirmer le diagnostic de perforation d'un ulcère du duodénum.

2° M. Guinard a pu observer un cas absolument analogue.

Il s'agit d'un homme de trente ans, ayant eu une douleur brusque dans le ventre, après avoir souffert pendant longtemps de douleurs gastriques.

M. Guinard pense, en présence de l'état du malade, à la perforation d'un ulcère de l'estomac. Il fait une laparotomie et trouve une péritonite généralisée.

Il existait une perforation du duodénum laissant écouler de la bile en nature. M. Guinard ferme la perforation. Mais le malade meurt quatorze heures après l'opération.

A l'autopsie, M. Guinard a trouvé un ulcère duodénal ayant donné une péritonite par perforation.

3° M. Sieur a observé un cas analogue d'ulcère du duodénum. Cet ulcère s'est compliqué d'une perforation ; l'ulcère siégeait sur la paroi postérieure du duodénum.

Le malade, malgré l'opération hâtive, a succombé.

4° M. Loison enfin a communiqué aussi une observation de perforation d'un ulcère duodénal. On n'a pu opérer ce malade, son état général étant trop grave.

Le malade succomba. A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée par perforation d'un ulcère duodénal siégeant sur la face antérieure du duodénum.

Dans une thèse récente, M. Colin a réuni 264 cas d'ulcère du duodénum. En général, l'ulcère siège tout près du pylore; rarement à la partie terminale du duodénum.

L'ulcère du duodénum est presque toujours unique. Il siège d'ordinaire à la face antérieure du duodénum. L'ulcère est atonique, se gangrénant rarement, mais se réparant difficilement. Il est à tendance perforante (69 fois sur 100).

Quand il y a perforation, la péritonite généralisée septique est la règle. Les matières intestinales inondent le péritoine.

Ce qu'il y a de particulier, c'est que souvent les malades qui mourront de péritonite, par perforation, n'auront eu auparavant que peu de signes.

Au moment de la perforation, on note une douleur subite très aiguë, sous-costale, rapidement généralisée à tout le ventre. Quelquefois le malade ressent un craquement dans le ventre.

Au cours de la péritonite par perforation, dans l'ulcère duodénal, il y a discordance du pouls et de la température. Les vomissements sont relativement rares. A la percussion, on trouve de la sonorité au niveau de la région hépatique.

Au point de vue du diagnostic, on pense à l'occlusion intestinale plutôt qu'à une péritonite par perforation duodénale. On peut penser encore à une appendicite perforante.

En présence d'un ulcère perforant du duodénum, il faut opérer le plus rapidement possible. Si on tarde à opérer, l'infection est déjà trop avancée.

Les cas de guérison sont extrêmement rares dans l'ulcère perforant du duodénum. On ne connaît guère que le cas de Bunn. Il faut faire la laparotomie, nettoyer le péritoine, trouver la perforation et la fermer.

M. ROUTIER a observé un cas d'ulcère du duodénum méconnu. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, chez lequel on a fait le diagnostic d'occlusion intestinale (météorisme, pouls rapide, etc.). Les accidents avaient débuté brusquement par une douleur vive, au moment d'un effort. M. Routier fit la laparotomie et trouva du pus dans le petit bassin, mais ne put découvrir la cause de cette péritonite. M. Routier fit le drainage.

Le malade alla mieux pendant quelque temps; puis survinrent des phénomènes cardio-pulmonaires. Le malade mourut.

A l'autopsie, on ne trouva pas de péritonite généralisée, mais sous le péritoine, on trouva des fusées purulentes dans la fosse iliaque. De plus, il existait dans le foie un gros abcès ayant pour origine une perforation duodénale. Il semble donc que l'abcès sous-hépatique était d'existence déjà assez ancienne. Au moment de l'effort que fit le malade, l'abcès a dû se crever et envoyer des fusées purulentes sous le péritoine de la fosse iliaque.

M. HARTMANN a observé et opéré, il y a deux ans, un cas d'ulcère perforant du duodénum. Il fit une laparotomie sous-ombilicale. Il existait de la péritonite pré-épiploïque. Rien du côté des annexes, ni du côté de l'appendice, ni vers

le foie. Mais il trouva une perforation au niveau de la face antérieure du duodénum. N'ayant pas d'aiguille assez fine, M. Hartmann fit simplement le drainage sans suturer la perforation. La malade alla bien pendant quelque temps. Puis il se forma un petit abcès au-dessous, on fit une contre-ouverture, la malade alla de nouveau bien, puis, au bout de deux mois, finit par mourir.

A l'autopsie, on trouva un ulcère du duodénum, qui ne présentait pas trace de réparation. En même temps, il y avait du pus dans l'arrière-cavité des épiploons.

Dans l'ulcère perforant du duodénum, la péritonite se localise d'ordinaire assez bien en avant de l'épiploon. La péritonite se généralise moins que dans les perforations intestinales.

Il faut suturer la perforation duodénale dans tous les cas, si possible. Mais le diagnostic est très souvent difficile.

### PRÉSENTATIONS

**Radiographie.** — M. SCHWARTZ montre des épreuves radiographiques d'une aiguille implantée dans l'un des cartilages du genou.

**Luxation fémorale.** — M. MICHAUX présente des pièces de luxation fémorale dans le cours d'une ostéomyélite.

La séance est levée.

---

Séance du 12 janvier 1898. — Présidence de M. DELENS.

### RAPPORTS

**Fracture du fémur avec interposition fibreuse.** — M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation adressée par M. de Bovis (de Reims). Il s'agit, dans cette observation, d'une fracture du fémur au tiers inférieur avec interposition fibreuse. Il existait des signes nets permettant de reconnaître cette interposition, c'est-à-dire l'absence de transmission des vibrations d'un fragment à l'autre, l'absence de toute crépitation. Une fois ce diagnostic bien établi, M. de Bovis a ouvert la cuisse et remis les fragments en contact. La guérison a été obtenue.

**Corps étranger de l'utérus.** — M. PICQUÉ fait un second rapport sur une autre observation de M. de Bovis. Il s'agit, dans ce cas, d'une femme de soixante-seize ans, qui était atteinte de leucorrhée fétide. Le toucher vaginal révèle l'existence, dans le vagin, d'une tige métallique incrustée de sels calcaires. Cette femme raconte qu'on lui a mis un pessaire quinze ans auparavant et qu'elle n'a jamais retiré. Le col est effacé. Il est hors de doute que le pessaire a pénétré dans l'utérus et que sa tige seule ressort dans le vagin. M. de Bovis, après s'être assuré qu'il était impossible de le mobiliser, a recours à l'opération suivante. Il pratique l'ouverture du cul-de-sac antérieur comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, puis il fait l'hémisection antérieure du col et du corps de l'utérus. Grâce à cette ouverture, il peut facilement extraire le pessaire. Il ne fait pas de réunion. La malade a très bien guéri.

M. le rapporteur fait suivre la relation de cette observation de réflexions sur les corps étrangers pénétrant dans l'utérus et y séjournant un temps plus ou moins long.

M. BERGER, relativement à la première observation de M. de Bovis, à la fracture du fémur avec interposition de parties molles, fait remarquer que l'on s'est peut-être un peu hâté de recourir à une intervention chirurgicale. Sans doute, il est de l'avis du rapporteur sur l'utilité de faire un diagnostic précoce de l'interposition fibreuse ou ligamenteuse; mais avant d'en venir à l'opération, il faut faire l'extension avec l'appareil de Hennequin et, le plus souvent, les interpositions cèdent à cette extension de 4 à 5 kilos. On voit ces interpositions se désenclaver d'elles-mêmes.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE partage complètement l'avis de M. Berger. En pareil cas, on doit d'abord s'assurer de ce que peut donner l'extension avant toute intervention.

M. PICQUÉ fait observer que le malade de M. de Bovis est entré à l'hôpital le 29 août et qu'il n'a été opéré que le 10 septembre, après avoir subi une extension de 5 kilos. Les délais ont donc été ce qu'ils doivent être et les tentatives de traitement par l'extension suffisantes.

M. HENNEQUIN dit que l'absence de crépitation peut avoir une tout autre cause qu'une interposition fibreuse ou ligamenteuse. Une extension de 5 kilos suffisamment prolongée vient généralement à bout de ces interpositions, et ce n'est qu'après trois ou quatre mois d'essai de cette extension qu'on doit prendre le bistouri.

### LECTURE

**Luxation congénitale de la hanche.** — M. HAGOPOFF lit un travail sur la pathogénie et la luxation congénitale de la hanche. (Rapporteur : M. Kirmisson.)

### PRÉSENTATION

**Tumeur de la parotide.** — M. SCHWARTZ présente un malade qu'il a opéré il y a dix-sept ans d'une tumeur bénigne de la parotide. Il a dû ouvrir le canal de Sténon qui traversait la tumeur. L'opération terminée, il a suturé le bout supérieur du canal à la muqueuse de la joue. Il a fait une néostomie du canal salivaire et a ainsi évité la fistule.

M. REYNIER a fait la même opération pour corriger une fistule salivaire.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mesnet, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, décédé le 13 janvier, dans sa soixante-douzième année. Ses obsèques auront lieu le samedi 15 courant, à midi très précis, en l'église de la Madeleine. On se réunira à la maison mortuaire, rue Royale, nº 5.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 12 janvier.

Questions d'oral posées : Muqueuse de l'estomac ; — Formes cliniques et diagnostic de l'urémie.

MM. Poulain, 18 1/2 + 28 = 46 1/2. — Auffret, 14 + 27 = 41. — Le Sourd (Louis), 17 + 22 = 39. — Géraud, 18 + 20 = 38. — Balthazard, 14 + 23 = 37. — Ball, 9 + 19 = 28.

— M. le médecin de première classe de la marine Chastang (L.-E.-J.), du port de Rochefort, est mis à la disposition de la Société des œuvres de mer, à compter du 15 janvier 1898, pour embarquer sur le « Saint-Paul », navire-hôpital, à destination de l'Islande.

— Un sanatorium pour enfants scrofuleux et rachitiques est en création à Hendaye. L'Assistance publique affecte à cette construction un crédit de 700 000 francs.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 7. — MARDI 18 JANVIER 1898. 71e ANNÉE. MARDI 18 JANVIER 1898. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 17 janvier 1898.

Nous pouvons ajouter des documents nouveaux aux renseignements que nous avons publiés sur le fonctionnement de la Faculté de médecine de Paris pendant l'année 1896-1897.

Sur les 4837 étudiants en cours d'études, il y a 3 982 Français et 855 étrangers, soit une proportion de 21 étrangers pour 100 Français. Les 3 982 Français comptent 3 956 hommes et 26 femmes. Les 855 étrangers comprennent 718 hommes et 137 femmes.

La proportion des étrangers, pour les élèves nouveaux, s'est un peu modifiée. Sur les 724 étudiants qui sont entrés à la Faculté, il y a 680 Français et 44 étrangers, soit une proportion de 6 p. 100 seulement. Mais cette diminution doit être considérée comme momentanée, étant donné que le décret interdisant l'admission des étrangers à la Faculté de Paris vient d'être annulé.

Sur les 855 étrangers en cours d'études, la Russie, à elle seule, en fournit 273 : 146 hommes et 127 femmes (sur 137 étrangères). La Turquie vient ensuite avec 136 élèves; la Roumanie avec 104; la Grèce avec 42. L'Amérique du Sud envoie 47 étudiants; les Antilles 40; la Suisse 25; les États-Unis 19; l'Allemagne et le Portugal 14; l'Italie 12; l'Angleterre 10, etc.

Sur les 44 étrangers, actuellement inscrits à la Faculté, 6 se sont inscrits régulièrement; 5 étaient pourvus du baccalauréat ès lettres et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles; 1 était déjà officier de santé. Les 38 autres ont eu des dispenses ou des équivalences. 25 ont eu une dispense complète des baccalauréats et des certificats d'études, physiques, chimiques et naturelles. 10 ont eu la dispense du baccalauréat ès lettres et 3 ont eu des équivalences de leurs diplômes étrangers avec nos baccalauréats. C'est dire que, sur ces 44 étrangers inscrits, 38 n'avaient pas de baccalauréat.

Mais il est à noter que tous ces étudiants, qui jouissent des mêmes droits scolaires, n'auront point les mêmes diplômes que les étudiants français.

La création de deux diplômes, l'un purement universitaire, et l'autre professionnel, n'est pas restée à l'état de projet, et les étudiants étrangers non pourvus de baccalauréat, et reçus docteurs, n'auront plus le droit de pratiquer en France.

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Poursuivant leurs études sur la généralisation du bacille diphtéritique et sur les associations microbiennes dans la diphtérie, MM. Barbier et Tollemer apportent une confirmation nouvelle à leurs études anciennes : deux fois, ils ont trouvé le bacille dans les ganglions; une fois dans le sang avec inoculation positive; une fois dans la rate; une fois dans la protubérance. Si on réunit ces constatations à celles publiées antérieurement et qui portent sur 17 autopsies, on voit que, en résumé, le bacille a été retrouvé 7 fois dans les ganglions, 7 fois aussi dans le bulbe ou la protubérance.

L'action simultanée du bacille de Lœffler et du streptocoque a donné, chez le pigeon, inoculé sur la muqueuse buccale, une angine plus extensive; si l'on inocule les deux microbes sous la peau du ventre, on obtient une lésion locale toute différente; l'œdème est congestif avec exsudats hémorragiques et l'animal succombe plus vite que lorsqu'il est inoculé avec le bacille seul.

M. Hayem, à propos de la communication faite, dans la dernière séance, par MM. Caussade et Rénon, fait remarquer qu'une de leurs hypothèses est au moins discutable. On sait qu'il s'agissait d'un cas de cancer du pylore avec suppression complète de la fonction pylorique, ayant amené une atrophie de l'estomac; les auteurs admettaient un rapport de cause à effet précisément entre cette suppression des fonctions pyloriques et l'atrophie de l'estomac. Pour M. Hayem, la cause du retrait de la cavité gastrique siège au contraire dans les vomissements répétés, incoercibles, que présenta le malade.

M. Marinesco étudie l'origine du facial supérieur. Pour résoudre ce problème, le procédé le plus simple consiste à sectionner chez un chien, par exemple, la branche du facial qui anime les muscles frontal, orbiculaire et sourcilier, et à examiner, quinze à vingt jours après, le bulbe et la protubérance de l'animal, à l'aide de la méthode de Nissl. On constate, dès lors, une réaction à distance, très manifeste, dans la partie inférieure et moyenne du noyau du facial, tandis que le noyau du moteur oculaire externe est intact.

En résumé, il faut admettre trois régions dans le noyau du facial :

1° Une région inférieure où le noyau du facial est constitué par une masse compacte de cellules ayant le type des cellules des cornes antérieures;

2° Une région moyenne composée de trois noyaux secondaires : *a.* un noyau externe; *b.* un noyau moyen; *c.* un noyau interne. C'est principalement le groupe moyen qui réagit après la section du facial supérieur;

3° Enfin une région supérieure, où ces trois noyaux sont remplacés par un noyau unique.

MM. Achard et Castaigne publient une étude nouvelle sur la perméabilité rénale et sur la composition des urines au cours du mal de Bright et dans le rein cardiaque. Ils concluent que la perméabilité du rein doit être distinguée formellement de la quantité des urines, ce qui, d'ailleurs, n'entraîne pas forcément cette idée que la quantité des urines est en clinique une quantité négligeable; elle a, au contraire, une valeur pronostique considérable. Ce qui ressort seulement de ces études, c'est qu'il n'y a pas parité séméiologique entre la qualité et la quantité de la sécrétion rénale : la quantité dépendant plutôt des conditions circulatoires; la qualité étant plutôt en rapport avec l'état de la perméabilité.

M. E. Hirtz rapporte l'observation d'un cas d'arthropathies tabétiques, dans lequel les déformations osseuses sont bien nettes sur les épreuves radiographiques.

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Brouardel.**

## Expertises médico-légales (1).

(Leçon recueillie par M. Paul Reille.)

### I

### Expertise et rapport en matière criminelle

Il est facile à Paris de faire une autopsie médico-légale. On a des locaux installés pour ces opérations, on a tous les instruments nécessaires pour pratiquer l'ouverture des trois cavités : crânienne, thoracique et abdominale. A la campagne, il n'en va pas de même et souvent le médecin est mal aidé, mal éclairé, mal outillé; pour toutes ces raisons, il est parfois dans l'impossibilité de faire une autopsie complète, ce qui cependant est absolument indispensable. Quelques exemples vous feront comprendre les inconvénients d'une autopsie incomplète.

Après fortune faite, un charcutier se retire à Caen; certain jour, il part avec sa bonne pour aller pêcher la crevette sur une plage du voisinage; comme ils se livraient à cet exercice, deux femmes qui se trouvaient par hasard abritées derrière une roche virent l'homme plonger la tête de sa compagne sous l'eau et l'y maintenir de force. Le charcutier sort seul de la mer et rentre à son domicile, suivi à distance par les deux femmes; l'une reste à la porte, l'autre va prévenir le maire, qui fait arrêter le coupable. Un médecin est commis pour faire l'autopsie du cadavre que la mer, en se retirant, avait laissé sur la grève.

Celui-ci, qui peut-être n'avait jamais fait d'autopsie, se contente de regarder le cadavre. Un de ses confrères, présent à son examen, lui fait remarquer qu'il serait peut-être utile de noter l'état des poumons. Le médecin légiste entr'ouvre le thorax, sur le côté, et dit simplement que les poumons sont un peu congestionnés.

Je fus consulté un peu plus tard au sujet de cette femme pour examiner un lambeau de la peau du cou qui présentait des érosions pouvant être produites, pensait-on, soit par des coups d'ongles, soit par des morsures de crabes. Elles l'étaient en réalité par l'incrustation du gravier dans la peau du menton. Il était bien évident que le charcutier avait tué sa bonne, qui était en même temps sa maîtresse et qui se trouvait enceinte, comme on l'a su plus tard. Quand l'affaire vint devant le tribunal, l'avocat prit le médecin légiste à partie; celui-ci passa à l'audience un cruel moment; l'avocat s'éleva contre les conclusions du rapport et soutint que la femme était morte d'une attaque d'apoplexie.

Il était impossible de prouver le contraire, le crâne n'ayant pas été ouvert. Malgré cette faute du médecin légiste, ou plutôt à cause d'elle, l'inculpé ne fut condamné qu'à sept ans de réclusion.

Cette autopsie incomplète a donc fait bénéficier l'inculpé du doute que l'avocat a réussi à faire pénétrer dans l'esprit des jurés; il est probable que la condamnation eût été tout autre si l'examen du cerveau avait été fait.

Je ne saurais trop vous recommander de toujours ouvrir la boîte crânienne; car j'ai remarqué que, dans la moitié environ des rapports qui me sont communiqués, cette partie si importante de l'autopsie a été complètement négligée.

Autre exemple : Je suis commis par M. Guillot, juge d'instruction, pour examiner une femme trouvée morte dans sa chambre. Sur la table se trouvaient un certain nombre de récipients et de flacons remplis de liquides variés. Aussitôt on suppose que cette femme était morte à la suite de manœuvres abortives, les substances lui ayant été fournies, suivant les commérages, par son amant, étudiant en pharmacie. A la demande du juge d'instruction qui était présent à l'autopsie, nous commençons par retirer l'utérus qui était vide de tout produit. Voyant la fausseté de son hypothèse, le magistrat se retire et nous continuons l'autopsie. Après avoir lavé le visage couvert de spume sanguinolente desséchée, nous vîmes deux orifices de balles qui furent retrouvées dans le crâne; elles avaient été tirées à bout portant par son amant, qui l'avoua plus tard, dans une scène de jalousie.

Vous voyez donc qu'il ne faut pas se laisser entraîner par une idée préconçue; il faut faire l'autopsie, comme si l'on n'avait aucune donnée, comme si le cadavre était celui d'un inconnu trouvé mort sur la voie publique, car si l'on suit une idée, on fait malgré soi son enquête dans le sens où l'on est poussé par cette idée. Devergie disait (et il avait raison) : « Le médecin légiste doit fermer les oreilles et ouvrir les yeux. »

Enfin, je vous citerai un cas intéressant, rapporté par M. le docteur Socquet :

Une femme trompait son mari, avec un de ses amis. Le mari fut prévenu par lettre anonyme que sa femme et son amant devaient déjeuner au restaurant de la Tour d'Argent et qu'ils en sortiraient vers deux heures. Il se poste, et quand il aperçoit les coupables, il tire sur son ami trois coups de revolver à la tête; la mort fut immédiate.

L'autopsie révéla qu'aucune des trois balles n'avait pénétré dans le crâne, seulement M. Socquet découvrit

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.*

que l'amant était atteint d'une insuffisance aortique et d'une insuffisance mitrale et il conclut que la mort avait pu être occasionnée par l'émotion violente qu'avait ressentie cet homme.

Ce cas vous montrera bien, je l'espère, la nécessité qu'il y a à faire, dans tous les cas, l'autopsie d'un cadavre; le public trouve généralement qu'il est ridicule de faire une autopsie dans ces conditions; pour lui, on a tiré un coup de revolver, il y a blessure et mort, celle-ci doit nécessairement résulter du crime. Vous voyez qu'il n'en est pas toujours ainsi et, au point de vue des articles du Code à appliquer et, par conséquent, du châtiment, il y a des différences importantes.

Quand vous serez appelés à faire une autopsie, même s'il s'agit d'un cadavre déjà putréfié, je ne saurais trop vous recommander de ne jamais chercher à faire disparaître la mauvaise odeur en arrosant le cadavre avec des substances telles que l'acide phénique ou le thymol; car, si plus tard l'on était obligé de faire sur les viscères des analyses chimiques, vous pourriez être cause de graves erreurs ou de grandes difficultés.

Je me souviens qu'il y a quelques années, M. Ogier et moi fûmes appelés à examiner les viscères d'une personne que l'on supposait avoir succombé à un empoisonnement. L'analyse nous révéla la présence de charbon en nature, de soufre et d'autres substances aussi inattendues. Renseignements pris, le médecin qui avait fait l'autopsie, sous prétexte de désinfecter le cadavre, avait eu l'ingénieuse idée de recouvrir la table d'opération d'une mince couche de poudre de chasse et d'y mettre le feu. Il nous fut impossible, par la faute de ce médecin, de mener à bien l'examen pour lequel nous avions été commis.

### DU RAPPORT

L'autopsie est faite, comment devez-vous rédiger le *Rapport?* Je ne vous répéterai pas ici la formule de la pièce par laquelle vous êtes commis, je veux seulement vous faire quelques remarques, que je crois importantes.

Je vous recommande, d'abord, de transcrire votre commission en tête de votre rapport, de manière que si, au moment où vous déposerez sur vos conclusions, le président ou un avocat vous demande pour quelle raison vous n'avez pas fait telle ou telle recherche, vous puissiez lui dire que votre commission ne vous le commandait pas.

Quand vous exposerez les faits, je vous conseille d'employer les termes précis, de ne jamais mettre par exemple : « Deux jours après nous avons pratiqué l'autopsie; » mais bien : « Le... nous avons pratiqué l'autopsie. »

Si vous vous trouvez en face d'une blessure, n'écrivez pas dans votre rapport : « Il existe une grande plaie au niveau de telle région ; » mais : « Il existe une plaie de telle dimension. »

Si vous employez des termes comme : « grande plaie, » l'avocat de la défense ne manquera pas de dire, avec raison, que vous cherchez à impressionner le jury.

Dans votre rédaction, je vous recommande d'être exacts, cela va sans dire, et de suivre un ordre systématique.

Après le préambule et la copie de votre commission, vous écrirez le compte rendu de votre autopsie; ensuite viendront la discussion et les conclusions. Tout votre rapport doit être une pièce précise, sans phrases, ennuyeuse peut-être, mais sans hors-d'œuvre ou détail inutile; rappelez-vous ce que disait Lorain : « Les sottises que l'on dit se multiplient par le nombre des mots qu'on emploie pour les dire. »

Enfin, ne remettez jamais votre rapport au juge d'instruction sans avoir laissé passer quarante-huit heures entre la rédaction et le dépôt; prenez le temps de le relire, de retrancher tout ce qu'il y a de trop, de manière à fournir à la justice une pièce exacte au fond et sobre dans la forme.

### DES VISITES

Il y a un point sur lequel je veux particulièrement insister : méfiez-vous des simulateurs.

Quand c'est un mari qui accuse sa femme, une femme qui accuse son mari, tous les moyens leur semblent bons pour mettre le bon droit de leur côté.

Rollet (de Lyon) cite le fait d'une petite fille, qui fut présentée à un médecin par la mère, et qui prétendait que son père la rouait de coups. En effet, elle présentait sur tout le corps des traces d'ecchymoses très nettes. Le médecin, doutant de la véracité des assertions de la femme, prit un linge humide, avec lequel il enleva ces taches qui étaient parfaitement imitées.

Je vous recommande également de ne pas prendre pour des traces de coups des ecchymoses dues à une succion énergique de la peau.

Vous devez examiner le malade, mais vous n'avez pas le droit de l'obliger à se soumettre à des épreuves, qu'à tort ou à raison, il juge dangereuses pour sa santé.

Le Conseil de préfecture de la Seine, dans son audience du 14 mai 1889, a déclaré que les médecins experts n'avaient pas le droit de provoquer l'anesthésie chez un individu soumis à leur examen (1) :

Un ouvrier charpentier, V..., ayant été blessé par la chute d'une pierre tombée de l'église Saint-Eustache, avait formé, devant le Conseil de préfecture, contre la Ville de Paris et la Fabrique de l'église Saint-Eustache, une demande en dommages-intérêts.

Avant de faire droit, le Conseil avait ordonné une double expertise : l'une, pour constater les causes de l'accident, confiée à MM. Drevet, Salleron et Rabau, architectes; l'autre, pour déterminer l'importance de la blessure et le préjudice causé, confiée à MM. les docteurs Delaporte, Gombault et Voisin.

V... avait eu la clavicule droite brisée et il alléguait que cette blessure avait amené une paralysie du bras.

Les médecins experts, voulant se prémunir contre toute tentative de supercherie, manifestèrent l'intention de recourir à l'anesthésie. V... n'a pas voulu se soumettre à cette épreuve, attendu que les experts n'avaient pas mission d'y procéder et que, d'ailleurs, ils ne pouvaient pas lui assurer que l'expérience n'aurait aucune conséquence nuisible pour sa santé.

Le Conseil, après avoir entendu le rapport du conseiller Fabre, les plaidoiries de M. Coulet, avocat pour V..., et de M. Chauffard, avocat au conseil d'État, pour le conseil de fabrique de la paroisse de Saint-Eustache, ensemble les conclusions de M. Jonnart, commissaire du Gouvernement, a statué en ces termes :

Le Conseil :

Considérant que, si les experts chargés des constatations

(1) Journal *le Droit*, 17 mai 1889.

médicales dont il s'agit ont le droit de se livrer à toutes les recherches qui leur paraissent nécessaires, le sieur V... ne saurait cependant être contraint à se soumettre à des épreuves qu'à tort ou à raison il croit dangereuses pour sa vie ou sa santé.

Arrête :

Les experts sont invités à procéder, dans la huitaine, à l'examen médical du sieur V..., en se bornant aux constatations et évaluations prévues par l'arrêté du 13 novembre 1888.

Cet arrêté est absolument logique et juste ; il serait profondément inique d'arracher des aveux à une personne, après lui avoir enlevé la faculté de se défendre et je suis sûr que, si un tel fait était soumis à l'appréciation des tribunaux, le jugement rendu serait identique.

Quand vous serez commis pour une affaire quelconque, viol, attentat à la pudeur ou présomption d'avortement, il peut se faire que vous vous heurtiez à un refus de la part de la personne que vous avez à examiner. Aucun article du code n'impose à un inculpé l'obligation de se soumettre à un examen médical. Dans ce cas, je vous conseille de ne pas insister, de consigner le refus et de le faire connaître sans délai au juge. Celui-ci pourra faire remarquer à cette personne que, suivant les cas, le refus systématique opposé à cet examen est une présomption grave, un demi-aveu, qui pourra faire plus tard une fâcheuse impression sur le jury ; mais cette intervention n'est pas dans votre rôle.

Je vous donnerai un dernier conseil relatif au cas où vous serez commis pour examiner une petite fille. Vous ne devrez jamais pratiquer votre examen sans avoir prévenu la famille du moment de votre visite et sans que quelqu'un de ses membres soit présent; car si vous procédez seul, vous vous exposez à ce que l'enfant interprète mal les actes que vous êtes obligé d'accomplir. Les enfants mentent facilement et répètent volontiers la fable qu'on leur suggère. Il y a quelques années, je fus commis pour examiner une petite fille atteinte de vulvite et d'ophtalmie purulente, qui avait été transportée dans le service de M. Lannelongue, à l'hôpital Trousseau. On supposait qu'elle avait subi une tentative de viol. Je l'interrogeai ; elle me répondit tout ce que je voulus lui faire dire, et, notamment, je lui demandai si M. X... était bien l'auteur de l'attentat commis sur elle. Comme nom, j'avais choisi celui d'un des hommes les plus en vue à ce moment. Elle me répondit affirmativement et soutint qu'il était bien le coupable. Huit jours après, dans un nouvel examen, elle-même, sans provocation, me répéta le nom de cette personne.

Enfin, si vous avez à procéder à l'examen de jeunes enfants, évitez de le pratiquer chez vous, dans votre cabinet, ou chez leurs parents. Vous pouvez d'ordinaire trouver, au Palais de Justice, un endroit pour vous livrer à vos investigations.

Vous éviterez ainsi deux inconvénients : parfois ces enfants et leurs parents sont dans un état de saleté révoltant, couverts de vermine ; d'autre part, l'expérience montre que dans leur domicile, et même chez les médecins, les petites filles crient, se débattent quand on veut les examiner, mais que, menées dans un endroit spécial, il n'y a presque jamais de tentative de résistance.

(*A suivre.*)

## VARIÉTÉS

### Luys (1828-1897).

(Notice lue à la Société médicale des hôpitaux par M. Rendu, secrétaire général.)

Le nom de Luys, pour les jeunes médecins de la génération actuelle, évoque le souvenir d'expériences étranges, de doctrines hasardées sur l'influx nerveux et ses manifestations à distance, de théories bizarres sur les phénomènes psychiques, les sensations et les impressions inconscientes. Toutes ces études, qui confinent au spiritisme et qui semblent échapper jusqu'ici à toute analyse scientifique, sont mieux connues du public extra-médical que des médecins, et leur retentissement a fait trop oublier les très nombreux travaux qui avaient assuré antérieurement la réputation de Luys comme neuropathologiste.

Nous ne suivrons pas notre ancien collègue sur ce terrain encore inconnu et scabreux où il s'est aventuré, sans guide, avec l'ardeur de son tempérament et de ses convictions. Nous ne croyons pas le moment venu d'accepter, comme scientifiquement démontrés, des phénomènes qui nous échappent, dont la réalité n'est rien moins que certaine, et qui ne relèvent ni de l'observation, ni de l'expérimentation. Ce que nous voulons retenir, dans l'œuvre de Luys, ce n'est pas le côté conjectural et aventureux, mais les faits laborieusement étudiés, appuyés sur l'anatomie et vérifiés par la clinique. Ils sont assez nombreux pour assurer à leur auteur un légitime renom, et pour sauver sa mémoire de l'oubli.

C'était, en effet, un esprit éminemment original que notre collègue. Il fut un des mieux doués de sa génération. A trente-quatre ans, médecin des hôpitaux (1862), il avait orienté ses études vers la pathologie nerveuse, et avait conçu le dessein, quelque peu ambitieux, d'apporter dans ce domaine, incomplètement exploré, la rigueur scientifique et la précision de l'anatomiste.

A cette époque, l'histologie était à l'ordre du jour, et le microscope, en faisant voir de plus près l'intimité des lésions pathologiques, semblait destiné à donner la solution pathogénique de tous les accidents morbides. Luys fut de ceux qui embrassèrent avec le plus d'ardeur les nouvelles doctrines. Esprit précis et rigoureux, il était convaincu que la pathologie nerveuse resterait toujours obscure, tant qu'on ne connaîtrait pas à fond la structure histologique des centres nerveux; il aborda résolument cette tâche ardue. En sa qualité de médecin de la Salpêtrière, et quelques années plus tard successeur de Mitivié à la Maison de santé d'Ivry, qu'avait fondée le célèbre Esquirol, il était placé, mieux que personne, pour étudier le cerveau dans toutes ses manifestations morbides, ainsi que l'aliénation mentale dans ses variétés multiples. Pendant dix ans, il accumula patiemment les matériaux d'un immense travail, et commença cette belle collection de pièces anatomiques relatives aux maladies et aux malformations de l'encéphale, qu'il a généreusement léguée à la Faculté par une clause de son testament.

Une série de notes et de mémoires, la plupart insérés dans le *Journal de l'anatomie* de Robin, marquent les étapes successives de ses recherches. C'est d'abord la structure du bulbe, dans la classe des vertébrés, qui attire son attention: en 1859, il démontre l'existence des corps olivaires chez les mammifères, contrairement à l'opinion jusque-là accréditée.

Bientôt paraissent des notes sur la constitution de la cellule nerveuse ; en 1864, des recherches sur les noyaux gris du cervelet et les appareils de l'innervation cérébelleuse, et, l'année suivante, un travail d'ensemble sur le système nerveux cérébro-spinal, couronné par l'Académie des sciences.

Ce n'était là qu'un début. Plus tard, avec les perfectionnements de la technique histologique, Luys recommence ses recherches et les soumet à une revision incessante. En 1871, il imagine un appareil pour faire des coupes minces de la substance cérébrale et publie des procédés inédits pour décolorer le tissu nerveux imprégné d'acide chromique sans l'altérer : en même temps, afin d'assurer l'exactitude de ses dessins, il s'aide des ressources de la micro-photographie et invente un procédé graphique pour obtenir des calques de la substance cérébrale. Il peut ainsi mettre au jour, dans des conditions de précision inconnues jusqu'à lui, son iconographie photographique des centres nerveux, œuvre considérable, publiée en 1874, qui mérita les suffrages de l'Académie des sciences et fut honorée d'une subvention du ministre de l'Instruction publique. Aux soixante-dix planches photographiques qui constituaient la partie originale de l'ouvrage étaient annexés des schémas explicatifs où perçait déjà, à côté de l'observation sagace et des vues ingénieuses de l'auteur, sa tendance à la généralisation et à l'hypothèse. C'est ainsi que pour lui les couches optiques représentaient des noyaux sensitifs, répondant aux noyaux moteurs des corps striés. On sait que les découvertes récentes des neuropathologistes n'ont pas confirmé cette manière de voir.

A cette période féconde de la vie de Luys, se rattache son célèbre mémoire sur les actions réflexes cérébrales et son traité de la structure et des fonctions du cerveau (1876), où il condense et vulgarise les recherches contenues dans sa monographie des centres nerveux.

Entre temps, la clinique et l'anatomie pathologique des maladies nerveuses l'avaient attiré d'une manière toute spéciale. Dès 1861, en collaboration avec le docteur Bourdon, il avait fait connaître une des premières observations d'ataxie locomotrice suivie d'autopsie, il avait nettement démontré la sclérose des cordons postérieurs de la moelle. Douze ans plus tard, il revint sur cette question à propos d'un autre ataxique dont il étudia et photographia les pièces anatomiques. On lui doit également des recherches anatomo-pathologiques sur l'atrophie musculaire progressive confirmatives des idées de Duchenne (de Boulogne), sur les névrites périphériques avec contracture, enfin de nombreuses communications sur les maladies du bulbe : ce fut lui, notamment, qui décrivit, pour la première fois, les lésions du quatrième ventricule dans certaines formes de diabète.

Par ses fonctions de médecin de la Maison de santé d'Ivry, il était tout naturellement conduit à s'occuper des malformations cérébrales congénitales et acquises, des névroses et des vésanies. Il les étudia dans le même esprit, cherchant à mettre en parallèle la lésion et le trouble fonctionnel. Un des premiers, il signala les anomalies de certaines circonvolutions chez les sourds-muets ; il entrevit, chez les épileptiques, l'importance des altérations de la névroglie, et démontra, chez les paralytiques généraux, l'existence de l'encéphalite corticale et des dégénérescences cellulaires. Les belles photographies de l'écorce cérébrale qu'il a fait passer sous nos yeux, il y a trois ans, à la Société des hôpitaux, sont encore présentes à toutes les mémoires.

L'anatomie pathologique du cerveau n'a pas été l'objet exclusif des études de Luys : ses travaux sur le poumon ne sont pas moins recommandables. La tuberculose, envisagée dans son développement et son évolution histologique, l'avait tout d'abord captivé, et il en avait fait le sujet de sa thèse inaugurale. La participation du tissu conjonctif à la limitation des cavernes lui avait paru, à une époque où ces notions étaient à peine entrevues, un processus curatif que le médecin devait favoriser de tout son pouvoir. La sclérose pulmonaire qui accompagne la ditatation des bronches l'avait également frappé, et il en avait conclu que le processus initial était pulmonaire, et que la rétraction du tissu conjonctif jouait un rôle important dans le mécanisme des ectasies bronchiques. Dans deux mémoires successifs, il poursuivit des recherches comparatives sur le tissu scléreux en l'envisageant dans le foie chez les cirrhotiques et dans la rate chez les leucocythémiques.

Cette nombreuse série de travaux, dont je me borne à énumérer les principaux, témoigne, non seulement de l'activité incessante de notre collègue, mais de la tendance dominante de son esprit. Non seulement à cette période de sa vie, Luys n'était pas un idéologue, mais il professait un scepticisme absolu au sujet de toutes les théories médicales qui n'étaient pas basées sur l'anatomie pathologique. Je l'ai entendu, en 1877, m'exprimer avec force cette idée, à propos des premières recherches de Charcot sur l'hypnotisme et les suggestions provoquées chez les hystériques qu'il regardait alors comme des supercheries.

Ce furent pourtant ces recherches et le retentissement légitime qu'elles eurent dans le monde médical, qui changèrent diamétralemeut sa manière de voir. Après avoir été témoin, à la Salpêtrière, des curieux phénomènes de transfert de la sensibilité chez les hystériques et de la variabilité de leur état mental, il comprit qu'il y avait là tout un champ à explorer, et se jeta avec l'ardeur d'un néophyte dans cette nouvelle voie. On sait comment sa bonne foi fut surpise, et comment faillit sombrer sa réputation de savant dans ses expériences sur l'action des médicaments à distance, où les phénomènes les plus extraordinaires étaient reproduits par des sujets peu scrupuleux, soi-disant hypnotisés, qui se jouaient de la crédulité du maître.

Malgré cette éclipse de jugement, Luys a laissé un nom dans la psychiatrie, et ses travaux, comme médecin aliéniste, sont loin d'être sans valeur. Sa thèse d'agrégation sur les maladies héréditaires est restée comme un modèle du genre. Son *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, publié en 1881, a été couronné par l'Institut. Jusqu'à sa mort, il a dirigé avec talent deux revues importantes, l'*Encéphale* et les *Annales de psychiatrie* ; et bien que, dans ses dernières années, ses articles se ressentissent de ses préoccupations dominantes, on y retrouve encore l'observateur ingénieux et l'anatomiste exact.

Comme homme, Luys était la droiture et l'honnêteté même. D'une bonne foi absolue, il soupçonnait difficilement le mal et ne croyait que tardivement à la malignité humaine. Sa conversation était vive, spirituelle, émaillée de saillies et de bons mots. C'était un esprit cultivé et lettré, aimant le monde et les arts, un chef dévoué pour ses élèves et accueillant volontiers les travailleurs.

Dans ses dernières années, des chagrins de famille et l'altération très réelle de sa santé avaient assombri son caractère sans rien changer à son affabilité. Nul ne pressentait sa fin prochaine, quand, le 21 août dernier, on apprit qu'il avait succombé subitement à Divonne, où il était allé faire une cure hydrothérapique. Bien que la Société des hôpitaux n'ait pu, en raison des vacances, se faire représenter à ses obsèques, l'émotion que nous avons tous ressentie n'a pas été moins sincère, car Luys ne comptait parmi nous que des amis.

L'impression générale qui restera de lui est qu'à une certaine époque il fut un esprit d'avant-garde et un précurseur, qu'il contribua l'un des premiers à débrouiller la structure complexe des centres nerveux, et qu'en psychiatrie comme en anatomie pathologique, il fut un chercheur convaincu et persévérant. De pareils titres scientifiques compensent, et largement, certaines erreurs passagères de jugement.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 24 AU 29 JANVIER 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 24 JANVIER**, à une heure. — 2e examen (nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet et Hanriot.

2e examen (2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, Retterer et Sebileau ; — (2e série) : MM. Reynier, Rémy et Weiss.

3e examen (2e partie) : MM. Fournier, Brissaud et Letulle ; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Marchand et Tuffier ; — (2e série) : MM. Segond, Ricard et Lejars ; — (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine et Widal ; — M. Broca, suppléant.

**MARDI 25 JANVIER**, à une heure. — 2e examen (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Quénu et Chassevant ; — (2e série) : MM. Chantemesse, G. Ballet et André ; — (3e série) : MM. Rémy, Gley et Roger.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Panas, Campenon et Maygrier ; — (2e série) : MM. Berger, Bar et Nélaton ; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Le Dentu et Hartmann ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Hallopeau et Charrin ; — (2e série) : MM. Debové, Hutinel et Marfan ; — M. Marie, suppléant.

**MERCREDI 26 JANVIER**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Delbet et Sebileau.

2e examen (nouveau régime, 1re série) : MM. Gautier, Déjerine et Rémy ; — (2e série) : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

2e examen (2e partie) : MM. Blanchard, Hanriot et Weiss.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Reynier, Broca et Bonnaire ; — M. Widal, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Marchand, Lejars et Walther ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Gilles de La Tourette ; — M. Netter, suppléant.

**JEUDI 27 JANVIER**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Quénu et Hartmann.

2e examen (2e partie, 1re série) : MM. Chantemesse, Gley et Achard ; — (2e série) : MM. Raymond, Rémy et Charrin.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Guyon, Bar et Albarran ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Troisier et Ménétrier.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilbert et Thoinot ; — M. Nélaton, suppléant.

**VENDREDI 28 JANVIER**, à une heure. — 2e examen (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Rémy et Hanriot.

2e examen (2e partie, 1re série) : MM. Reynier, Retterer et André ; — (2e série) : MM. Blanchard, Brissaud et Weiss.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Netter et Thoinot ; — M. Sebileau, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Marchand et Broca ; — (2e série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Walther ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Gaucher et Gilles de La Tourette ; — M. Lejars, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

**SAMEDI 29 JANVIER**, à une heure. — 2e examen (2e partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Hallopeau et Chassevant ; — (2e série) : MM. Pouchet, Gley et Achard ; — (3e série) : MM. Quénu, Rémy et André ; — M. Thiéry, suppléant.

5e examen (2e partie, 1re série), *Charité* : MM. Cornil, Raymond et Roger ; — (2e série) : MM. Debove, Gilbert et Ménétrier ; — M. Troisier, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Campenon, Bar et Maygrier ; — M. Ballet, suppléant.

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 26 JANVIER**, à une heure. — M. MEILLON. Contribution à l'étude des paralysies du larynx d'origine centrale ; — M. LESCUDÉ. Pneumonie par contusion (MM. Fournier, président ; Pinard, Segond et Varnier). — M. JACOB. Rapports de la menstruation et de l'allaitement (MM. Pinard, président ; Fournier, Segond et Varnier). — M. DESFOSSES. De la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique (MM. Tillaux, président ; Terrier, Tuffier et Ricard). — M. DELLAC. Sur une complication rare de fracture des côtes (MM. Terrier, président ; Tillaux, Tuffier et Ricard).

**JEUDI 27 JANVIER**, à une heure. — M. DEYBER. État actuel de la question de l'amœboïsme nerveux (MM. Mathias-Duval, président ; Dieulafoy, Marie et Retterer). — M. SIRON. Intervention précoce dans les péritonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire (MM. Dieulafoy, président ; Mathias-Duval, Marie et Retterer). — M. PLANCHON. Présentation de l'épaule. Étude étiologique (MM. Le Dentu, président ; Berger, Maygrier et Terrier). — M. BRULIN. Bassin à forme double oblique ovalaire chez les rachitiques (MM. Berger, président ; Le Dentu, Maygrier et Thiéry).

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Séance du 14 janvier.

Questions d'oral posées : Artères de la main ; — Arthrites blennorragiques.

MM. Guillain, 19 1/2 + 27 = 46 1/2. — Loubet 16 + 25 = 41. — Esmonet, 14 + 27 = 41. — Pedebidou, 13 + 24 = 37. — Costin, 13 + 23 = 36. — Dambrin, 13 + 22 = 35. — Bertrand, 12 + 22 = 34. — Detôt, 13 + 20 = 33. Demerson, 11 + 21 = 32.

— Les élèves de l'école du service de santé de la marine, dont les noms suivent, sont nommés médecins auxiliaires de deuxième classe :

MM. Le Corre, affecté à Lorient ; — Petit, Mias et Michel, affectés à Toulon ; — Bellet, affecté à Rochefort.

— M. le médecin principal Gayet, embarqué sur le *Bouvines*, est désigné, en qualité de médecin de division, à faire partie de l'état-major général de M. le contre-amiral de Penfentenyo de Kervéréguin, nommé au commandement d'une division de l'escadre du Nord.

— M. le médecin de première classe Laugier, résident à l'hôpital maritime de Brest, est désigné pour remplacer M. le médecin de première classe Bourguignon dans les fonctions de secrétaire du Conseil supérieur de la marine, à Paris.

M. le docteur Bourguignon est affecté au port de Toulon.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours du clinicat de chirurgie s'est terminé par les nominations suivantes :

M. le docteur Georges Gayet est nommé chef de clinique chirurgicale ; M. le docteur Deydier est nommé chef de clinique adjoint.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Prédhomme (de Lille) ; Termonia (de Seraing) ; Paul Vallin (de Lille), ancien interne des hôpitaux de Paris ; Weber, ancien médecin-major de première classe, qui avait fait toute sa carrière en Algérie. Il était un des survivants du *Borysthène*, qui fit naufrage dans la traversée de Marseille à Alger ; le professeur Zakharine (de Moscou).

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Dieulafoy, qui semble devenir de plus en plus le promoteur des interventions chirurgicales dans les affections dites médicales, a appelé l'attention de l'Académie sur une série de faits dans lesquels, selon lui, le médecin ne saurait mieux faire que d'appeler à son aide le chirurgien. Il s'agit de ces cas d'ulcères de l'estomac, ou plus exactement de simples exulcérations de la muqueuse gastrique, donnant lieu à des hématémèses d'une telle abondance qu'elles mettent la vie des malades en danger. M. Dieulafoy a rapporté sept observations dans lesquelles l'autopsie, la plupart du temps, a permis de constater qu'il s'agissait de petites exulcérations de la muqueuse, à peine visibles, mais ayant entamé la paroi d'une artériole, d'où ces hématémèses foudroyantes, mortelles. Un malade est ainsi amené à l'hôpital exsangue, moribond. Que fait le médecin? Il ne saurait mieux faire, au dire de M. Dieulafoy, que d'appeler immédiatement un chirurgien, et que de faire ouvrir le ventre et l'estomac de ce malade pour suturer l'exulcération et lier le vaisseau qui est le point de départ de l'hémorragie. Dans un de ces cas, M. Dieulafoy s'est contenté d'appliquer le traitement médical classique, et le malade est mort. Dans l'autre, il a forcé la main du chirurgien hésitant et a fait ouvrir l'estomac, et le malade a guéri. Il se croit donc en droit de conclure qu'en présence d'une ou de plusieurs hématémèses représentant une perte de sang de près ou de plus d'un litre, il est indiqué de recourir d'emblée à l'intervention chirurgicale.

Comme on le pense bien, cette proposition quelque peu hardie de M. Dieulafoy n'a pas passé sans quelques protestations ou quelques réserves. C'est d'abord M. Hayem, qui a fait remarquer que souvent ces hématémèses disparaissent spontanément; qu'en outre, avant d'en venir à l'ouverture du ventre et de l'estomac, on a d'autres moyens à sa disposition, tels que la transfusion du sang, les injections de sérum artificiel. C'est ensuite M. Lancereaux, qui a rappelé que souvent ces hémorragies étaient liées à des altérations du foie et qu'il fallait bien s'assurer de l'état de cet organe avant d'intervenir chirurgicalement.

Au cours de la description magistrale qu'a faite M. Dieulafoy de ces exulcérations de la muqueuse gastrique, il a soulevé la question d'étiologie, si peu connue d'ailleurs, et il a cité la syphilis comme cause possible. M. Fournier, à ce propos, a rapporté deux faits très intéressants dans lesquels, en effet, la syphilis était bien la cause des ulcères et des hématémèses. Le traitement spécifique, dans ces deux cas, a donné des résultats merveilleux.

Après cette courte discussion sur le travail de M. Dieulafoy, la parole a été donnée à M. le professeur Winternitz (de Vienne) pour la lecture d'un travail sur l'emploi des agents physiques, c'est-à-dire de la sudation, de l'eau froide et de l'exercice musculaire, dans le traitement de l'obésité. M. Doyen a ensuite présenté deux appareils de son invention, dont l'un a pour but de faciliter le traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode sanglante. Enfin, M. Galezowski a eu la parole pour une courte communication sur une étude de la température de l'œil.

Au début de la séance, M. le président a annoncé la mort de M. Mesnet et retracé, en termes émus, la vie et les travaux de ce regretté collègue. Puis il a donné la parole à M. Motet pour la lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Mesnet.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL

### Expertises médico-légales (1).

(Leçon recueillie par M. Paul REILLE.)

II

CONDUITE DU MÉDECIN LÉGISTE A L'AUDIENCE

Quand un médecin légiste est appelé à déposer devant la justice pour la première fois, il se rend au Palais en proie à une préoccupation des plus vives. Il songe à la forme qu'il donnera à sa déposition, il se remémore les faits, de manière à ne rien oublier; il arrive; on l'enferme dans la salle des témoins, à charge ou à décharge, gens de condition différente de la sienne le plus souvent, qui, dans certains cas, peuvent le prendre à partie ou lui poser des questions indiscrètes et désagréables.

Lasègue avait vivement protesté contre cette manière d'agir envers un médecin légiste; un jour, à Versailles,

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 58.

ayant à déposer au sujet d'une tentative d'assassinat commise dans une maison de tolérance, il se trouva, dans la salle des témoins, seul homme, en contact pendant trois heures avec toutes les pensionnaires de l'établissement convoquées comme témoins.

Quand l'expert est appelé par son rang à déposer, il pénètre dans la salle d'audience et se prépare à faire sa déposition; mais au moment où il va commencer, le président l'arrête et lui dit : « Levez la main droite et prêtez serment. » Le serment prêté, il ouvre la bouche pour déposer, mais il est de nouveau arrêté, pour décliner ses nom, prénoms, domicile et pour dire qu'il n'est pas au service de l'inculpé et que celui-ci n'est pas au sien.

Enfin le président prononce la formule habituelle : « Dites ce que vous savez. »

J'appelle votre attention sur la manière dont vous devez faire votre déposition ; il ne faut pas oublier que vous vous adressez à des personnes incompétentes, magistrats, avocats ou jurés. Nous allons prendre pour exemple un cas d'infanticide par strangulation.

Il faut bien vous garder de réciter votre rapport, en suivant l'ordre dans lequel vous avez exposé les lésions.

Dans le rapport, vous notez d'abord l'aspect extérieur, vous notez la présence ou l'absence d'érosions autour de la bouche, du nez, sur le cou; vous dites ensuite dans quel état vous avez trouvé les organes, le cerveau, les poumons; vous signalez la présence d'ecchymoses sous-pleurales, de spume bronchique, etc.; quand vous parlez des intestins, vous notez la présence ou l'absence du méconium; quand vous arrivez au squelette, vous relevez la présence des points d'ossification, etc.

Les jurés ne comprendront pas, au milieu de cette quantité de faits, ce qui est important et ce qui ne l'est pas; il leur sera impossible de grouper les lésions et de saisir quels liens les rattachent aux conclusions. Il faut suivre un ordre inverse à celui que vous avez pris dans le rapport, commencer par les conclusions et prouver que cette conclusion est exacte, parce qu'un certain nombre de faits vous ont permis de l'établir.

Ainsi vous direz :

L'enfant était parvenu au terme de la grossesse, parce qu'il présentait tels et tels signes. Il a respiré, parce que l'aspect extérieur, le poids des poumons, la docimasie pulmonaire vous l'ont révélé, etc.

Chaque fois que vous entamerez un chapitre nouveau, je vous conseille de prévenir votre auditoire que vous abordez un autre point, de manière à ne faire naître aucune confusion dans l'esprit des jurés.

Votre déposition doit être simple. Dans le cours de votre exposé, il est préférable que vous évitiez d'employer des termes scientifiques, ou, si vous êtes obligé d'en faire usage, il faut immédiatement les expliquer; il ne faut pas oublier que certains termes n'ont pas, au point de vue juridique, la même signification qu'en médecine : ainsi le mot *avortement* en médecine signifie expulsion du fœtus avant terme, tandis que, pour le juré, il n'y a avortement que s'il y a eu manœuvres criminelles, autrement, c'est une *fausse couche*.

Enfin, je vous recommande énergiquement de déposer avec impartialité, sans aucune passion; il faut qu'aucun mot, aucune intonation, aucun geste, ne puisse faire pressentir au jury votre jugement sur la culpabilité ou l'innocence de l'accusé.

Cette partie de votre déposition est faite, face aux jurés; ayant terminé, vous vous retournez vers le président. Celui-ci d'ordinaire reprend votre déposition, la résume, et peut vous poser diverses questions auxquelles vous répondez.

Quand le médecin légiste développe ses conclusions, il sait où il va, ce qu'il doit dire, ce qu'il veut dire; mais il n'en est plus de même quand on lui pose une question sur un fait qui a surgi au cours de l'instruction et dont il n'a pas eu connaissance. Dans ce cas, je n'ai pas besoin de vous dire qu'il ne doit formuler son opinion qu'avec la plus grande prudence.

Vous avez ensuite à répondre aux questions que vous pose l'avocat général ou l'avocat de l'inculpé. Dans les deux cas, je vous conseille de répondre juste ce qu'il faut, mais sans jamais aller au bout des affirmations possibles, en restant toujours dans une extrême réserve.

Toutes ces précautions ne vous mettront pas à l'abri des surprises d'audience : ainsi l'avocat, qui ne connaît que bien superficiellement la science médicale, peut parfois poser une question imprudente, capable de causer préjudice à son client. C'est ce qui arriva dans une affaire où avait été commis M. Vibert.

Un médecin était accusé d'avoir pratiqué un avortement; deux de ses confrères, exerçant dans la même ville, inclinaient vers la culpabilité. Le juge d'instruction demanda à M. Vibert de se joindre à ces confrères; celui-ci fut d'avis que le fait n'était pas démontré et les trois médecins légistes rédigèrent un rapport, concluant qu'il n'existait aucune preuve médico-légale d'avortement. Tout le monde croyait l'affaire classée, quand elle fut appelée devant les assises.

Depuis le début de l'audience, l'impression générale était en faveur de l'acquittement, quand le défenseur pensa que la preuve certaine de l'innocence de son client était surtout dans ce fait que l'expulsion du fœtus s'était faite neuf jours après la soi-disant tentative d'avortement; il demanda à M. Vibert si ce laps de neuf jours n'excluait pas la tentative d'avortement. M. Vibert dut répondre que l'expulsion du ftœus se faisait parfois après une semaine; n'est-ce pas d'ailleurs le terme assigné par les sages-femmes aux fausses couches qui succèdent aux chutes? M. Vibert put ajouter, mais inutilement, qu'il n'y a aucune conclusion à tirer du nombre de jours écoulés, que trop de facteurs entrent en jeu et qu'on ne peut assigner à l'expulsion du fœtus une date absolument fixe. L'impression d'audience était trop forte pour que ces restrictions eussent une influence : le médecin fut condamné.

Vous voyez donc qu'il faut se tenir sur une grande réserve et garder tout son sang-froid. Même si les questions des avocats sont posées avec un ton un peu agressif, répondez toujours, soit au président, soit aux avocats, avec la même déférence. Si l'avocat s'emporte, restez calme; c'est un peu le rôle de l'avocat de chercher à intimider, de manière à produire une diversion favorable à son client; l'avocat n'a pas que des innocents à défendre, il doit atténuer la faute des coupables. Un jour, Lachaud arriva en retard à l'audience des assises, parce qu'il était aller plaider en province. A son arrivée, je le rencontrai dans un couloir et en passant il me dit : « Mon cher ami, je viens de faire acquitter trois coquins; j'avais une belle peur de les rencontrer dans le train qui me ramenait à Paris. »

La défense peut citer un médecin pour combattre les conclusions de votre rapport. Dans la discussion, je vous conseille d'être excessivement modéré, de ne pas pronon-

cer de paroles aigres-douces; il faut que la modération soit de votre côté; le jury sera toujours impressionné par celui qui aura gardé son sang-froid et qui n'aura montré aucune passion. De plus, si vous vous emportez, vous pouvez dire ce que vous vouliez taire, être entraîné par votre pensée, laisser percevoir votre opinion sur l'affaire, et l'accusation ou la défense ne manquera pas d'en faire son profit.

Depuis quelques années, l'art a été introduit dans les expertises; il est peu de dossiers où maintenant ne figurent quelques épreuves photographiques représentant les lésions du cadavre. Cette pratique est excellente, car une bonne photographie est un témoin irrécusable, présentant brutalement les faits tels qu'ils étaient. Cependant, je trouve que reproduire par l'aquarelle, comme on l'a fait dans un procès récent, des lésions, des marques de coups ou des traces de brûlures est une mauvaise méthode : l'artiste peint les lésions comme il les voit, mais son dessin n'aura jamais la valeur irréfutable d'une photographie.

Enfin, je vous dirai un mot des pièces à conviction. Sur la table destinée à les recevoir, on voit s'empiler les choses les plus hétéroclites : des vieux vêtements, des armes, des pièces anatomiques, toutes choses plus ou moins intéressantes, qui, souvent, répandent une odeur repoussante. Si le président vous parle avant l'audience (cela ne m'est jamais arrivé) des pièces à conviction qui devront être présentées au jury, je vous conseille de le prier de ne faire venir que les pièces strictement nécessaires. Je me souviens que lors de l'affaire Meunier, à la suite de l'explosion du restaurant Véry, le président des assises fit apporter une quantité de pièces à conviction; il ne m'en avait pas parlé et je fus très étonné de trouver là, à côté de lames de parquet, de débris de comptoir, de flacons brisés, de vêtements déchiquetés, la jambe de Véry et diverses pièces anatomiques. La presse profita de cette occasion pour mener une campagne contre les experts qui, disaient les journalistes, faisaient aux assises un étalage de boucherie pour impressionner le jury; nous, experts, nous n'y étions pour rien. Nous n'avons pas répondu; que voulez-vous? ce sont les bénéfices du métier, ce sont même les seuls qu'on soit certain de recueillir. (*A suivre.*)

## TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRIQUES

Par M. Chaput,
Chirurgien des hôpitaux.

J'ai opéré cinq malades atteints d'ulcères gastriques. Le premier, porteur d'une tumeur à l'épigastre, avait été considéré comme cancéreux. La gastro-entérostomie fut suivie de mort, par reflux des matières dans le duodénum (éperon). A l'autopsie, on trouva un abcès reposant sur le pancréas, et ouvert dans l'estomac.

Le deuxième malade présentait des signes d'ulcères avec tumeur épigastrique. Gastro-entérostomie avec entéro-anastomose, guérison parfaite suivie deux ans.

Dans le troisième cas, la malade souffre depuis quatorze ans d'un ulcère; elle porte une tumeur à l'épigastre, et présente des vomissements, des douleurs violentes, une fièvre intense. Opération d'urgence. Gastro-entérostomie sans entéro-anastomose. Les vomissements persistent; le troisième jour je fais une entéro-anastomose complémentaire, guérison.

Le quatrième malade a été considéré par un spécialiste éminent comme atteint d'ulcère gastrique. L'analyse du suc gastrique était en faveur de ce diagnostic. Le malade présentait quelques mois plus tard une tumeur épigastrique très nette. Gastro-entérostomie avec entéro-anastomose, guérison. Mort peu après de cachexie cancéreuse. Il s'agit probablement d'un ulcère ayant subi la dégénérescence cancéreuse.

Le dernier malade présentait seulement des signes de sténose pylorique. Je trouvai une petite tumeur pylorique pour laquelle je fis la pylorectomie. Le malade est parfaitement guéri depuis deux ans et digère tous les aliments. L'examen histologique a révélé une hypertrophie musculaire considérable du pylore avec une ulcération pylorique présentant sur un bord un petit noyau cancéreux.

Il résulte de ces observations que la tumeur épigastrique n'est nullement caractéristique du cancer. On peut croire à un cancer quand il s'agit d'indurations inflammatoires ou de tumeurs bénignes, et diagnostiquer une affection bénigne quand il existe un cancer plus ou moins développé.

L'analyse du suc gastrique n'entraîne pas la conviction, car l'anachlorhydrie manque souvent dans les cancers au début. Chez un de mes malades, deux examens peu espacés ont été contradictoires.

Pour ce qui est de la technique de la gastro-entérostomie, je préfère le procédé rétro-colique postérieur qui place l'anastomose dans un endroit déclive et évite la compression du côlon transverse.

J'ai obtenu de beaux résultats avec mon bouton anastomotique; 6 cas m'ont fourni 5 guérisons et 1 mort de congestion pulmonaire. Il me paraît indispensable de pratiquer systématiquement l'entéro-anastomose complémentaire, pour éviter le circulus vitiosus qui reconnaît pour cause la formation de l'éperon.

Ce dernier ne se produit qu'avec un mésentère court; c'est pour cela qu'il n'est pas absolument constant.

En réunissant toutes mes gastro-entérostomies qui sont au nombre de 12, je trouve 7 cas sans entéro-anastomose, avec 4 morts par vomissements incoercibles (circulus).

Cinq opérations avec entéro-anastomose m'ont donné quatre guérisons et une mort de congestion pulmonaire sans vomissements, ni péritonite.

## TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

SANS MODIFICATIONS DU RÉGIME

Par M. Winternitz (de Vienne).

Les traitements mis en usage contre l'obésité (eaux minérales purgatives, régimes d'amaigrissement) font incontestablement maigrir les obèses, mais la cure une fois terminée, ces malades, en général gourmands, recommencent bientôt à reprendre, avec leurs habitudes alimentaires, la graisse qu'ils avaient perdue. Quant au traitement thyroïdien, on ne peut dire qu'il est sans dangers.

Par conséquent, la meilleure méthode de traitement de l'obésité serait, évidemment, celle qui aboutirait au résultat désiré sans exiger un changement de régime.

Une telle méthode ne peut consister qu'en ceci : activer la fonction physiologique de la combustion de la graisse.

Tout le monde est d'accord sur ce point que la combustion de la graisse est liée à la fonction des muscles striés et lisses, vu que les déchets produits par contractions musculaires proviennent surtout des matières non azotées. Il va

donc de soi qu'en suractivant cette fonction des muscles, on parviendrait à l'amaigrissement, surtout par la décomposition physiologique de la graisse.

Mais il y a à cela un certain danger; on veut, en effet, on doit vouloir brûler de la graisse et conserver les substances albuminoïdes. Or, comme, pendant l'oxydation de la graisse par les contractions musculaires, une partie seulement de cette graisse est transformée en force contractile, tandis que neuf parties sont converties en chaleur animale, on élèverait, par la contraction forcée des muscles, la température du corps jusqu'à la hauteur d'une fièvre assez forte. Ainsi, dans une expérience que le hasard m'a fournie, j'ai vu, chez un coureur de profession, la température, qui était de 37 degrés avant la course, arriver à 41 degrés après cette course de trois quarts d'heure. Il est vrai que cet homme ne transpirait pas.

Dans des conditions de ce genre, la suractivité de la fonction musculaire produit non seulement l'oxydation de la graisse, mais aussi, comme dans tout état fébrile, celle des albuminoïdes, qu'on doit éviter. Eh bien, on l'éviterait si l'on réussissait à empêcher l'élévation de la température pendant l'exercice musculaire.

Ce résultat peut être obtenu en diminuant la température du corps avant la mise en œuvre de la fonction calorigénétique des muscles, fonction qui résulte d'une combustion de graisse pendant l'exercice musculaire.

Or, si on refroidit le corps avant la mise en contraction des muscles, la chaleur produite dans ces conditions ne pourra élever la température du corps au-dessus de la normale, à la condition, toutefois, que l'élévation de température tienne seulement à une production réelle de chaleur et non à une diminution du rayonnement.

Les pratiques hydriatiques, combinées à la sudation bien comprise, permettent d'obtenir ces résultats. La sudation doit précéder la douche ou le bain froids. Outre qu'elle augmente l'albumine du sang, elle a le même résultat sur la composition du sang que la diminution des liquides obtenue par la méthode d'Œrtel. J'ai vu souvent, après une seule opération hydriatique, suivie d'une bonne réaction, le poids du corps diminuer de 700 à 800 grammes, et tout cela sans affaiblir le malade, en le fortifiant même, et sans l'exposer à des privations diététiques.

Pour ce qui est de la méthode à employer, j'insiste sur ce point que la chose principale n'est pas le procédé opératoire, mais la manière de doser l'influence thermique et mécanique, ce qui permet d'appliquer la méthode à toutes les catégories d'obèses : anémiques, hyperhémiques, cardiaques, diathésiques. Les sudations, par exemple, peuvent être produites sur tout le corps ou sur une partie du corps seulement. Elles peuvent être combinées avec différentes applications de l'eau froide, celle, par exemple, qui consiste à placer des tuyaux réfrigérants sur le cœur, ce qui diminue la fréquence et fortifie les contractions de l'organe.

Pour ce qui est de la sudation préliminaire, on la provoque par les emmaillottements secs ou humides, par l'emploi des étuves ou des bains électriques. Ce dernier procédé peu connu a l'avantage de faire transpirer avec une température ambiante de 27 degrés seulement, et en cinq à sept minutes. La transpiration est profuse, sans grande excitation du cœur; elle est produite par une cause encore mal définie.

Après la sudation, on applique l'eau froide de différentes manières : bains, douches, lotions, bains de piscine, etc., selon la quantité de chaleur que l'on veut soustraire. La réaction, ensuite, est obtenue soit par une marche un peu forcée, soit, s'il s'agit de cardiaques, par la gymnastique active ou passive.

Par ces procédés, j'ai obtenu des diminutions de poids considérables, jusqu'à 45 livres en quelques semaines, sans modifier le régime, en conservant les forces et le bon état général. Je suis persuadé que c'est la seule vraie méthode physiologique d'amaigrissement.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 janvier 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### COMMUNICATION

**De l'intervention chirurgicale dans les ulcères de l'estomac.** — M. Dieulafoy fait sur ce sujet la communication suivante : Le 13 novembre 1895, entra dans son service un homme exsangue, pâle, ayant les extrémités froides, et qui avait vomi, disait-il, plus de deux litres de sang. Le diagnostic porté fut *ulcus simplex* de l'estomac, cette maladie si bien décrite par Cruveilhier. Ce malade eut successivement quatre hématémèses et il avait perdu plus de quatre litres de sang en quelques heures. On continua chez ce malade le traitement médical qui avait été commencé, c'est-à-dire la glace sur la région de l'estomac, l'ergotine, le lait, etc. Malgré tous les soins qui lui furent donnés, ce malade succomba et l'on s'attendait bien à trouver à l'autopsie le gros ulcère de Cruveilhier. On ne trouva tout d'abord aucune ulcération. Ce ne fut qu'après avoir lavé la muqueuse de l'estomac qu'on finit par découvrir une petite exulcération de la muqueuse du cardia. Cette muqueuse était exulcérée, ou mieux abrasée, sur une étendue d'une pièce de 5 francs; l'ulcération était tout à fait superficielle. Mais à ce niveau se trouvait une artériole sous laquelle on pouvait à peine introduire une épingle. La paroi de cette artériole se trouvait comprise dans la partie abrasée, c'est par là que s'étaient faites ces hémorragies stomacales qui avaient entraîné la mort du malade. M. Dieulafoy se fit alors cette réflexion que, si on avait ouvert l'estomac de ce malade et si on avait suturé la partie ulcérée et le vaisseau qu'elle contenait, on lui aurait peut-être sauvé la vie. Il se promit de se rappeler ce fait à l'occasion.

Le 13 octobre 1897, entrait dans son service un jeune homme pâle, exsangue, qui raconta qu'en pleine rue il avait été pris de vertiges et qu'il avait vomi une quantité considérable de sang. Il eut ainsi trois hématémèses consécutives. Il était tellement exsangue que son sang ne contenait plus que 1 200 000 globules rouges. Se rappelant le fait précédent, M. Dieulafoy fut tout d'abord décidé à lui faire ouvrir le ventre. Puis il fut pris de quelques hésitations, se rappelant qu'après tout on voyait parfois ces malades guérir spontanément. Il fit donc mettre de la glace sur le ventre, donna du lait glacé, de l'ergotine. Pendant huit jours il n'y eut pas de nouvelles hématémèses, mais le malade rejetait le lait. Un matin, il eut de nouveau une terrible hématémèse et, en arrivant, M. Dieulafoy le trouva mourant. Il fit aussitôt chercher M. Cazin, chef de clinique de M. Duplay, et lui demanda d'ouvrir le ventre de ce malade. M. Cazin, après avoir vu ce malade, demanda qu'on le remontât. M. Dieulafoy insista pour qu'il l'opérât séance tenante. M. Cazin ouvrit l'abdomen, attira l'estomac au dehors et, n'y trouvant absolument rien d'anormal, hésitait encore à l'ouvrir. M. Dieulafoy l'y poussa, et il fit sur l'estomac une ouverture de 11 centimètres. On ne trouva rien, pas de liquides, pas de sang, pas d'ulcérations. Enfin, à force de recherches et en nettoyant avec précaution la sur-

face de la muqueuse, on finit par découvrir un point où il se faisait une petite hémorragie en nappe. M. Cazin ferma ce point par trois points de suture, referma l'estomac et referma le ventre. Depuis, ce malade n'a plus eu un seul vomissement, une seule hématémèse. Depuis vingt jours il était complètement guéri et son sang contenait plus de 2000000, puis plus de 3000000 de globules rouges. Ce malade est resté gras, bien portant et le teint fleuri.

Voici deux cas identiques dans lesquels il s'agit d'exulcérations absolument superficielles de la muqueuse gastrique, donnant lieu à des hématémèses extrêmement abondantes. L'un de ces malades meurt sans avoir été opéré, l'autre est opéré et guérit.

M. Michaux reçoit dans son service une jeune femme ayant eu des hématémèses formidables et sur le point de succomber. Il ouvre le ventre, puis l'estomac, et, ne trouvant rien, s'empresse de refermer l'un et l'autre. Après l'opération, cette malade eut encore du mélæna, puis elle mourut. A l'autopsie, on trouva la même exulcération superficielle que dans les deux cas précédents.

Il y a deux ans, M. Gilbert reçoit, à Beaujon, un malade qui venait d'avoir une hématémèse formidable. A peine arrivé, ce malade meurt. L'interne chargé de l'autopsie revient en disant qu'il n'a trouvé aucune ulcération dans l'estomac. M. Gilbert vient à son tour examiner lui-même la pièce, et il trouve une exulcération comme une pièce de 50 centimes.

M. Gilbert, à propos de ce malade, s'était fait le même raisonnement que M. Dieulafoy et, lorsqu'il fut en présence d'un nouveau cas semblable, il appela aussitôt M. Hartmann pour le prier d'opérer. M. Hartmann opère et, ne trouvant rien, il fait une gastro-entérostomie. Le malade meurt. A l'autopsie, on trouve la même exulcération superficielle que dans les cas précédents.

M. Georges Luys a présenté récemment à la Société anatomique des pièces provenant d'un malade qui avait succombé à des hémorragies par l'estomac, on voit sur la muqueuse de cet estomac la même exulcération.

Enfin, MM. Lépine et Brette ont décrit la même lésion sur la muqueuse de l'estomac d'un malade qui avait également succombé à des hématémèses.

Voilà donc sept observations identiques, dans lesquelles il s'agit de malades ayant perdu des litres de sang par l'estomac et chez lesquels on ne trouve qu'une petite exulcération superficielle de la muqueuse gastrique. Quelle est l'origine de ces ulcérations? Est-ce la tuberculose, la fièvre typhoïde, la syphilis, l'alcoolisme? Les ulcérations tuberculeuses de l'estomac sont bien rares. Elles existent cependant et présentent d'ailleurs un aspect caractéristique tout différent de celui des exulcérations dont il s'agit. Quant aux ulcérations de la fièvre typhoïde, elles sont bien rares aussi dans l'estomac; cependant MM. Millard et Chauffard en ont rapporté des exemples. Il y a bien aussi des ulcérations urémiques. Mais des sept malades dont il s'agit pas un seul n'était brightique. Deux étaient alcooliques. Quant aux cinq autres, ils ne présentaient rien de particulier dans leurs antécédents. Quelle est donc l'origine de ces exulcérations? M. Dieulafoy n'en sait rien, pas plus que Cruveilhier ne savait l'origine de l'ulcère simple de l'estomac qu'il a si bien décrit. M. Dieulafoy propose donc d'appeler cette lésion du nom d'exulcération simple de l'estomac.

Cette exulcération ne serait-elle pas le début, le point de départ de l'ulcère confirmé de Cruveilhier? Il y a tout lieu de le croire, surtout d'après une observation de M. Bazy, dans laquelle il s'agit d'un homme mort d'hématémèse et dans l'estomac duquel on trouva l'ulcère classique de Cruveilhier et de chaque côté, à droite et à gauche, une petite exulcération dans lesquelles se trouvait une ouverture latérale d'une artériole.

Que résulte-t-il de tous ces faits. C'est que, lorsqu'une exulcération, si superficielle qu'elle soit, rencontre une de ces artérioles, elle peut devenir le point de départ d'hémorragies foudroyantes et mortelles, sans avoir d'ailleurs présenté aucune symptomatologie spéciale.

M. Dieulafoy arrive à la question du traitement. En présence de ces hématémèses, les médecins se trouvent désarmés le plus souvent. Or, faut-il ouvrir le ventre dans ces cas? Quand faut-il l'ouvrir? Telles sont les questions que M. Dieulafoy pose à l'Académie. Quant à lui, il croit devoir les résoudre ainsi : quand il n'y a que de petites hématémèses, répétées, mais chaque fois peu abondantes, il ne faut pas recourir à l'intervention chirurgicale et appliquer le traitement médical. Quand, au contraire, le malade perd d'un seul coup un demi-litre, un litre ou un litre et demi de sang, alors il faut opérer. Mais il faut bien que le chirurgien sache qu'en pareil cas, il peut être obligé d'y regarder de très près et à plusieurs fois souvent avant de trouver l'exulcération tout à fait superficielle qui peut être le point de départ de ces hémorragies formidables.

M. Dieulafoy termine sa communication par les conclusions suivantes :

« 1° Outre l'ulcus simplex, cause fréquente d'hématémèse, on peut trouver à l'estomac une perte de substance très superficielle et assez étendue, que je propose d'appeler exulceratio simplex;

2° L'exulceratio simplex me paraît provoquer des hématémèses aussi terribles, peut-être même plus terribles que la plupart des hématémèses de l'ulcus simplex;

3° La perte de substance de l'exulceratio simplex ne dépasse pas en profondeur la tunique muqueuse, y compris sa muscularis mucosæ. L'hématémèse foudroyante et parfois mortelle qui en est la conséquence vient de l'ulcération d'une des artères qui rampent sous la muscularis mucosæ;

4° Cliniquement, l'exulceratio simplex peut évoluer avec les signes classiques de l'ulcus simplex de Cruveilhier, dont elle n'est sans doute que le stade initial : mais, le plus souvent, elle s'installe sournoisement, et même d'une façon absolument latente, ne révélant sa présence que par des hémorragies quasi foudroyantes;

5° L'intervention chirurgicale est le traitement de choix des hématémèses consécutives à l'ulceratio simplex. L'abondance de l'hématémèse, plus encore que la répétition des hématémèses, est une indication formelle de l'opération;

6° L'opérateur ne devra pas oublier qu'un estomac peut présenter, au premier abord, les apparences d'un estomac sain, bien que l'ulceratio simplex ait entamé quelque part sa muqueuse. D'où le précepte d'examiner minutieusement la muqueuse stomacale et de contrôler au besoin, à l'aide d'une loupe, la présence de l'exulceratio simplex, à laquelle s'associent parfois des taches d'apparence ecchymotique qui servent de points de repère;

7° A moins d'indications spéciales, on se contentera, au cas d'exulceratio simplex, de pratiquer la suture du territoire saignant, en empiétant un peu sur les parties voisines. Les succès opératoires seront plus certains et plus nombreux au cas d'exulceratio simplex qu'au cas d'ulcus en pleine évolution, car la limitation de la lésion favorise singulièrement l'intervention chirurgicale. »

M. HAYEM a été très étonné d'entendre dire à M. Dieulafoy que le médecin se trouvait désarmé en présence de ces hématémèses très abondantes, symptomatiques d'ulcérations de l'estomac. On sait tout d'abord que, chez beaucoup de malades, ces hématémèses finissent par disparaître d'elles-mêmes et ne se reproduisent plus jamais. Si elles menacent parfois la vie des malades, on a d'autres ressources que l'ouverture de l'abdomen, la transfusion du sang, par exemple, qui, dans deux cas particulièrement, a permis à M. Hayem de ressusciter des malades qui se mou-

raient de ces hémorragies. Il y a aussi les injections sous-cutanées de solutions chlorurées sodiques ou de sérum artificiel. M. Hayem estime qu'il faut mettre ces moyens en œuvre avant d'ouvrir l'estomac.

M. LANCEREAUX fait observer qu'on voit souvent ces hématémèses se produire dans des cas d'altérations graves du foie. Il faut donc bien examiner cet organe avant de décider l'ouverture de l'estomac, qui est une intervention grave. Il faut donc tenir grand compte de l'examen du foie dans le diagnostic. La répétition, plutôt que l'abondance des hémorragies, est un signe important en faveur d'une lésion artérielle.

M. DIEULAFOY répond à M. Lancereaux que, dans la note qu'il a remise pour le Bulletin, le diagnostic est étudié tout au long et, en particulier, en ce qui regarde les lésions du foie auxquelles vient de faire allusion M. Lancereaux.

M. FOURNIER reconnaît, avec M. Dieulafoy, que ce que nous connaissons le moins dans cette question, c'est l'étiologie. On s'accorde assez généralement sur la symptomatologie, mais on sait peu de choses de l'étiologie. M. Dieulafoy a cité la syphilis comme une des causes possibles de ces ulcérations. On a peut-être tort de ne pas assez souvent penser à la syphilis dans ces cas. Or on voit des ulcères simples de l'estomac guérir très bien sous l'influence du traitement spécifique de la syphilis. M. Fournier en cite deux exemples : dans le premier cas, il s'agissait d'une célèbre chanteuse de café-concert, qu'il y a vingt-cinq ans M. Fournier a soignée pour une éruption syphilitique du dos. Elle a parfaitement guéri. Seize ans après, cette malade revient trouver M. Fournier; elle était exsangue, moribonde. Elle venait de vomir une pleine cuvette de sang. Il y avait trois mois qu'elle prenait du lait, sans aucun succès. M. Fournier lui prescrivit l'iodure de potassium. Ce fut un véritable coup de théâtre. Tous ces accidents disparurent. Plusieurs années après, étant en tournée artistique en Italie, cette femme fut reprise de nouveau d'hématémèse. On lui défendit de prendre de l'iodure. Elle revint à Paris retrouver M. Fournier qui la guérit de nouveau avec l'iodure de potassium. M. Fournier cite également l'exemple d'un jeune homme russe qu'il avait traité de la syphilis et qui fut pris de vomissements de sang. Il lui prescrivit de l'iodure de potassium et le guérit. Trois ou quatre ans après, ce malade lui revint avec une éruption syphilitique du dos. Puis il fut repris de nouveau de symptômes d'ulcères de l'estomac et guérit de nouveau avec l'iodure de potassium. Ces deux faits se confirment l'un l'autre et ils prouvent qu'il faut faire une place à la syphilis dans l'étiologie de l'ulcère de l'estomac.

M. CORNIL, à l'appui de ce que vient de dire M. Fournier, rappelle que, dans le manuel d'histologie qu'il a fait en collaboration avec M. Ranvier, il a décrit les gommes syphilitiques de l'estomac. Elles sont très rares. Il y a aussi des gommes syphilitiques dans l'intestin. On les rencontre aussi très rarement. Les faits de M. Fournier sont donc tout à fait certains au point de vue de l'anatomie pathologique.

### LECTURE

**Du traitement des obésités par les agents physiques.** — M. WINTERNITZ (de Vienne) fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 67.)

### PRÉSENTATIONS

M. DOYEN présente deux appareils : un écarteur sous-pubien et un appareil destiné à la réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche.

**Température de l'œil.** — M. GALEZOWSKI fait une communication sur la température moyenne de l'œil. Les physiciens, Gavarret, M. Gariel, n'ont rien publié sur ce sujet. M. Galezowski s'est livré à cette étude et il a pu facilement prendre les températures de l'œil à l'aide d'un instrument spécial de son invention auquel il donne le nom d'ophtalmo-thermomètre. Cet appareil peut rester dans l'œil trois minutes sans le moindre inconvénient. M. Galezowski a pu ainsi déterminer les températures moyennes de l'œil qui varient de 34 à 37 degrés.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Séance du 17 janvier.

Questions d'oral posées : Rapports de la glande parotide ; — Paralysies diphtériques.

MM. Léo, 15 + 27 = 42. — Blandin, 15 + 25 = 40. — Guibal, 17 + 20 = 37. — Weill (G.), 18 + 19 = 37. — Le Sourd (F.), 14 + 23 = 37. — Nollet, 14 + 21 = 35. — Goubeau, 12 + 20 = 32. — Salomon, 13 + 18 = 31. — Lortat-Jacob, 12 + 17 = 29.

— Par décrets, en date des 5 et 15 janvier 1898, et par arrêtés en date des mêmes jours, la décoration du Mérite agricole a été conférée aux docteurs dont les noms suivent :

1° *Grade d'officier* : M. le docteur Marcellin, à Sausses.

2° *Grade de chevalier* : MM. les docteurs Doléris, propriétaire à Lembeye ; Thomas, à Billom ; Charrin, propriétaire-viticulteur à Tupin-Semons.

— Par décret, en date du 16 janvier 1898, le régime d'études médicales institué par le décret du 31 juillet 1893 sera seul en vigueur à dater du 1er octobre 1903.

Des dispositions spéciales, qui seront ultérieurement arrêtées, détermineront la situation, au point de vue des épreuves qui leur resteraient à subir à la date précitée, des étudiants ayant accompli leur scolarité d'après le régime institué par le décret du 20 juin 1878.

— Par décision ministérielle, en date du 15 janvier 1898, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Donion, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Castres ; — Baudoin, pour l'hôpital militaire de Perpignan.

M. le médecin aide-major de première classe Lafforgue, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Costa, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied ; — Conte, pour le 7e du génie ; — Rabuson, pour le 138e d'infanterie ; — David, pour le 162e d'infanterie et l'hôpital annexe de Longwy.

— Par décision ministérielle, en date du 29 janvier 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin auxiliaire de deuxième classe* : MM. les élèves de l'École de médecine de santé, docteurs en médecine, Gaimard et Joly, affectés à Toulon.

— Liste de départ pour les colonies, au 15 janvier 1898, de MM. les médecins du service des troupes de la marine :

*Médecins principaux* : 1 MM. Siciliano, 2 Cauvet, 3 Trabaud, 4 Thémoin, 5 Négadelle, 6 Alix (P.-M.), 7 Prat, 8 Kermorvant, 9 Curet.

*Médecins de première classe* : 1 MM. Branellec, 2 Reboul, 3 Fortour, 4 Arami.

*Médecins de deuxième classe* : 1 MM. Delabaude, 2 Chagnolleau, 3 Regnault, 4 Portes, 5 Reygondaud, 6 Ruelle, 7 Roudié, 8 Parin, 9 Pourtal.

— Un congé de deux mois, à solde entière, est accordé à M. le médecin de première classe Bourit, du port de Toulon, pour suivre les cours de bactériologie à l'Institut Pasteur.

— Le samedi 22 janvier courant doit avoir lieu au Cercle militaire le banquet annuel des officiers d'administration du cadre auxiliaire du service des hôpitaux militaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ch. Astié (de Paris); Contesse (de Lons-le-Saunier), décédé à l'âge de quatre-vingt-quatre ans; et Maquet, interne à l'hôpital civil d'Alger.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. Bazy continuera à l'hôpital Saint-Louis, les mardis et samedis, à neuf heures et demie, les consultations qu'il faisait à l'hôpital Tenon sur les maladies des voies urinaires. Il fera, les mêmes jours, les opérations qui se rapportent à ces maladies.

— *Hôpital Trousseau.* — M. Kirmisson, professeur agrégé, commencera ses leçons cliniques, le mardi 25 janvier 1898, à dix heures, et les continuera les mardis et samedis à la même heure.

— Le jeudi 20 janvier, à cinq heures, M. le docteur Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine, fera à l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts, une conférence sur : « Comment j'ai été conduit à l'étude de l'hypnotisme. — La métallothérapie et les expériences de la Pitié. » Cette conférence sera accompagnée de projections à la lumière oxydrique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Des infections maternelles; de leur influence sur la santé du fœtus (1).

Par le docteur P.-A. LOP,
Ancien chef de clinique obstétricale à Marseille.
Médaille d'or de l'Académie.

I

De toutes les époques qui se partagent l'existence de l'homme, une des plus importantes est celle de sa formation. A peine le germe a-t-il reçu le principe vital qui lui permettra de se développer jusqu'au terme de sa naissance, que déjà mille causes morbides diverses tendent à l'en déposséder. Son existence, en quelque sorte parasitaire, est réduite à un nombre restreint de phénomènes vitaux; son isolement dans le liquide amniotique, la protection qu'il reçoit des parties voisines, sont autant de causes qui permettent de croire qu'il est à l'abri des affections morbides qui atteignent la mère, mais, uni comme il l'est par des liens intimes, il est exposé à subir l'influence de toutes les causes morbides qui viennent impressionner l'organisme maternel.

Voici comment nous envisageons la question : un enfant est conçu par des parents sains, le germe n'est entaché d'aucune tare héréditaire paternelle, à un moment donné de la grossesse, la mère est atteinte par une infection aiguë ou chronique; cette infection sera-t-elle transmise au fœtus ou sera-t-elle simplement susceptible d'entraver son développement?

La transmission de la mère à l'enfant n'est pas un fait constant, elle se fait dans des conditions qui ne sont pas encore bien déterminées : lésions du placenta (Malvoz), bactéries sécrétantes des toxines en abondance, envahissant l'organisme sans altérations placentaires. Mais si la contamination directe par l'infection de la mère constitue une rareté, son action indirecte sur la santé du fœtus est, au contraire, la règle.

En clinique humaine, la transmission des infections aiguës de la mère au fœtus est connue depuis longtemps déjà. Les expériences anciennes de Magendie, de Flourens et Claude Bernard, les travaux de Pasteur sur les maladies des vers à soie ont été, en quelque sorte, le point de départ des différentes recherches entreprises de nos jours sur le passage des bactéries infectantes de la mère au fœtus. Les études de Pasteur, en particulier, sont demeurées un modèle pour l'étude de l'hérédité infectieuse et parasitaire.

En 1835, Flourens (1) nourrit une chienne pendant les quarante-cinq derniers jours de la gestation, avec des aliments mêlés à la garance, il détermine ainsi une coloration rouge des os chez les cinq petits qu'elle met bas.

La plupart des médecins qui ont accouché des ouvrières des manufactures de tabac ont remarqué que les eaux de l'amnios exhalaient l'odeur de cette plante.

En 1859, un médecin administra du mercure à une femme, atteinte d'entérite pendant sa grossesse; cette malade présente une stomatite intense et avorte : on trouve chez le fœtus la même lésion buccale que chez la mère.

Magendie injecte du camphre dans les veines d'une chienne pleine, on constate l'odeur de cette substance dans le sang du fœtus. Mayer injecte à son tour du cyanure de potassium dans la trachée d'une lapine pleine et retrouve ce poison dans le placenta, le cordon et les autres organes fœtaux.

Claude Bernard (2) a démontré que, lorsqu'on administre de la belladone chez une femelle pleine, on observe, chez le fœtus, comme chez la mère, les symptômes propres à l'intoxication par cette plante.

Les accoucheurs ont cherché, en soumettant la mère à un régime débilitant, à diminuer le volume de l'enfant, dans le cas de rétrécissement du bassin (3).

En 1891, Chauveau, analysant (4), dans un remarquable discours, la question de la transmission héréditaire de l'immunité, plaçait dans la bouche d'une femme les paroles suivantes :

« Tu partages mon sang et ma vie, peut-elle dire à l'en-

(1) Cette Revue était déjà remise à l'imprimerie quand nous avons eu connaissance de l'excellente monographie de M. Marfan sur les *Infections congénitales*.

(1) FLOURENS. Acad. des sc., juin 1835.
(2) CL. BERNARD. *Rev. des cours scientif.*, 1865.
(3) Cong. pour l'avanc. des sc., Alger 1891.
(4) CHAUVEAU. *Gaz. méd. de Paris*, 1860.

fant qu'elle porte dans son sein. Je te donne ma vigueur et ma beauté, les qualités qui ornent mon cœur et mon intelligence; tu as, de plus, à attendre de moi la santé, si ton père veut bien respecter la mienne. Des maladies qui s'abattront sur moi tu tireras parfois un principe de résistance aux effets de la contagion à laquelle tu seras exposé plus tard, quand tu jouiras de la vie propre. Pour t'assurer cette préservation, je pourrai même courir au-devant du mal et rechercher volontairement l'inoculation infectieuse qui te procurera, par mon intermédiaire, le précieux bénéfice de cette immunité. »

Comment un état morbide infectieux peut-il arriver à retentir sur le fœtus?

Grâce aux progrès incessants de la bactériologie et aux nombreux travaux de Pasteur et de son école, l'on sait, aujourd'hui, d'une façon à peu près précise, par quel mécanisme intime se fait le passage des éléments infectieux de la mère au fœtus. Arloing, Cornevin et Thomas démontrèrent les premiers que le microbe du charbon symptomatique peut passer de la mère au fœtus.

En 1883, Straus et Chambrelent démontrèrent le même fait pour le choléra des poules et le charbon bactérien. A ce propos, Straus et Chambrelent ajoutent que, contrairement à ce que l'on croyait, le placenta ne constitue pas un « filtre parfait », une barrière infranchissable. Quelque temps après cette communication, M. Chambrelent soutenait, dans sa thèse inaugurale, que les éléments figurés du sang filtraient, à travers le placenta, aussi bien pour le charbon bactérien, que pour toute autre maladie infectieuse.

Widal et Chantemesse, Neuchauts (de Berlin) ont inoculé le bacille d'Éberth à des femelles pleines et l'ont toujours retrouvé à l'état de pureté dans le placenta et les organes du fœtus.

Klotz, pour la scarlatine, a publié des faits analogues.

En 1888, M. Malvoz est venu montrer que « les micro-organismes ne franchissent la barrière placentaire pour atteindre l'embryon que dans le cas où le placenta présente des altérations histologiques, des villosités choriales, lésions généralement dues à l'action pathogène des éléments parasitaires eux-mêmes ».

Quel que soit l'agent pathogène de l'infection maternelle, qu'il y ait ou non lésions placentaires, il suivra toujours la même voie pour atteindre le fœtus, c'est-à-dire la voie vasculaire.

Si cet état morbide maternel ne se manifeste pas directement sur le fœtus, il n'en influera pas moins sur son organisme, en empruntant toujours la voie sanguine. Il modifiera, en ralentissant ou en altérant même, les échanges vitaux entre la mère et son enfant, au point de troubler son évolution, d'altérer sa santé, et quelquefois même d'amener sa mort.

## II

Avant de commencer l'étude détaillée des *états infectieux chroniques* que l'on peut observer chez la femme enceinte et de savoir comment ils agissent sur le fœtus, nous dirons ici, pour ne pas avoir à y revenir par la suite, comment, selon nous, il faut envisager l'influence de ces maladies.

1° Influence indirecte. — Par là, nous entendons ceci : que toute maladie, quelle qu'elle soit, est susceptible de retentir sur le fœtus de plusieurs manières : 1° en troublant son évolution (avortement ou accouchement prématuré); 2° en amenant la mort; 3° en empêchant le développement normal de ses organes; 4° en l'affaiblissant, diminuant ainsi sa résistance organique.

2° Influence directe. — Cette influence a, à nos yeux, une importance capitale. Toute la question est de savoir si les différentes maladies que nous étudierons peuvent amener chez le fœtus un état pathologique identique à celui de la mère. Pour Demelin (1), le contage direct, pour les infections autres que la syphilis, ne serait possible que dans des conditions spéciales.

Pour Demelin et Ausset, la loi, émise par Malvoz, de la lésion placentaire comme première étape de l'infection fœtale, serait encore à démontrer.

Secheyron (2), au travail duquel nous renvoyons le lecteur, a reproduit une partie des expériences de Ausset, qui nie l'hérédité directe, surtout en ce qui touche la tuberculose.

Bolognesi (3) admet comme principe l'hérédo-prédisposition et l'hérédo-contage comme une exception *rarissime*.

A propos de la tuberculose, nous reviendrons sur les différentes expériences faites par Bolognesi et autres sur la transmission directe du bacille de Koch, de la mère au fœtus.

Les états pathologiques pendant la grossesse ont aussi une action indéniable, à plus longue distance, sur l'évolution du fœtus, alors qu'il est issu du sein de sa mère, nous voulons parler de leur influence sur le développement des nouveau-nés pendant les premières semaines de la vie extra-utérine.

Gley (4), Charrin et Nobécourt (5), Artault [de Vevey (6)] ont démontré, par une série d'expériences, que des animaux, issus de parents ayant subi l'influence de bactéries ou de toxines, avaient une croissance retardante. Le poids de ces animaux, au lieu d'être semblable à celui des témoins, c'est-à-dire de 900 à 1500 grammes, n'était, à six ou huit mois, que de 5 à 600 grammes. De plus, ces animaux, malgré une alimentation des plus substantielles, restaient constamment chétifs et malingres. Charrin et Nobécourt ont pu faire, à la Maternité, les mêmes constatations sur des enfants nés de mères infectées pendant leur grossesse. Ces enfants, bien que pourvus d'une bonne nourrice, ne présentaient pas la courbe ascendante de poids offerte par les nourrissons nés de mères saines. Certains même ont quitté la Maternité avec un poids moindre que celui qu'ils avaient à la naissance. D'après M. Charrin, ce retard dans la croissance serait attribuable à une azoturie qui existerait presque constamment chez les enfants de mères ayant été malades pendant leur grossesse.

## III

**Infections chroniques.** — I. Syphilis. — Pour que le fœtus soit intéressé par la vérole maternelle, il faut considérer deux cas :

*a*. La mère est infectée avant la conception ;

*b*. L'infection est postérieure à la conception.

---

(1) Demelin. *Infections intra-utérines*, Toulouse 1890.
(2) Secheyron. *Semaine gynécol.*, 1896.
(3) Bolognesi. Soc. obst. et gynécol., 1896.
(4) Gley. Soc. de biol., 1890-91, 1892, 1893.
(5) Charrin et Nobécourt. *Arch. de physiol.*, 1896.
(6) Artault (de Vevey). Soc. de biol., 1895.

Au dire de Ricord, si l'infection a lieu dans les trois derniers mois de la grossesse, « il n'est pas sûr que la transmission soit possible. » Kassowitz (1) n'admet pas qu'une femme, atteinte de syphilis après la conception, puisse transmettre la maladie à son produit. Pour M. le professeur Fournier il n'y a pas de doute à cet égard : quel que soit le moment de la grossesse auquel la femme contracte la syphilis, ou qu'elle soit déjà en puissance de sa vérole au moment où elle devient enceinte, le fœtus sera toujours atteint par l'infection de sa mère, qui l'empêchera d'arriver au terme de son évolution, ou bien le fera naître à terme, mais débile, chétif, incomplet, sans que, cependant, il présente de symptômes objectifs.

Il est probable qu'aujourd'hui le médecin distingué de Vienne, qui a pu apprécier la valeur des travaux de Fournier, a dû revenir sur son opinion. Quant à Ricord, moins affirmatif que Kassowitz à l'égard de cette hypothèse déjà ancienne, son grand esprit clinique et sa connaissance approfondie de la syphilis avaient dû la lui faire rejeter longtemps avant sa mort. Maudron (2) admet que, quelle que soit l'époque de la grossesse, au moment où la femme contracte la vérole, la transmission au fœtus est inévitable ; telle était aussi l'opinion de Bouchut et d'autres syphiligraphes.

Quand la mère a été infectée avant sa grossesse, il n'existe pas de divergence d'opinion entre les différents auteurs qui se sont occupés de la question.

Le fœtus est-il infecté par sa mère à toutes les périodes de la syphilis? Pour ce qui est de la première et de la deuxième période, l'accord est parfait; relativement à la période tertiaire, le doute est encore permis. Barensprung et Kassowitz nient la possibilité de la transmission à cette période. Diday, sans être affirmatif, la croit possible. Ricord pense que les accidents tertiaires ne se transmettent par l'hérédité qu'en déterminant dans l'organisme fœtal des lésions sans caractère spécifique. Pour Bassereau, la mère communique au fœtus les accidents mêmes de la période à laquelle elle se trouve au moment de sa grossesse. Cullerier a vu des femmes dans la période tertiaire, mettre au monde des enfants qui présentaient de la roséole et des plaques muqueuses. Comme on le voit, les avis sont partagés.

Cliniquement, la vérole de la mère retentit sur le fœtus de plusieurs manières :

1° Par l'expulsion prématurée (avortement ou accouchement). Dans cette expulsion, le fœtus peut naître vivant ou mort, habituellement il est mort-né ou meurt quelques heures après sa naissance. Il peut présenter ou non des lésions spécifiques.

2° La grossesse n'est pas interrompue, mais l'enfant meurt *in utero, tout en continuant à y séjourner jusqu'au terme de l'accouchement.*

3° Le fœtus est assez fort pour supporter son infection sans succomber, mais il souffre et sa nutrition en est troublée. L'auscultation obstétricale permet quelquefois, en pareil cas, de constater une altération qualitative et quantitative des bruits du cœur.

4° Le fœtus arrive à terme, mais dans les conditions suivantes :

*a*. Mort (macéré ou non).

*b*. Vivant (faiblesse congénitale).

*c*. Présentant des lésions spécifiques du côté de la peau, des muqueuses, du squelette et des viscères.

Nous ne nous attarderons pas à décrire tous ces accidents qui sont biens connus, et qui ont été étudiés par Diday, Lancereaux, Charpentier, Bouchut, d'Astros, Hutinel.

5° Enfin, la santé du fœtus peut être altérée, non plus seulement par l'infection intime de ses tissus, mais par des lésions du placenta ou de ses enveloppes, organes indispensables à sa vitalité et à sa santé.

A la vérité, on a rarement, dans la pratique courante, l'occasion d'observer des fœtus présentant, au moment même de leur naissance, des lésions bien nettes de syphilis. Ce n'est habituellement que quelques jours, et souvent même quelques semaines après la naissance, qu'apparaissent les symptômes de la syphilis congénitale.

II. Tuberculose. — La question de l'influence de la tuberculose maternelle doit être envisagée à deux points de vue différents :

1. Dans la tuberculose aiguë ;
2. Dans la tuberculose chronique.

Dans la première hypothèse (tuberculose aiguë), l'évolution de la maladie est habituellement trop rapide, la présence du bacille de Koch trop inconstante, pour que la mère puisse contaminer son fœtus. C'est du moins ce que permettent de croire les rares observations de tuberculose fœtale qui ont été observées chez des femmes atteintes de phtisie chronique, il est cependant de toute évidence que le fœtus souffre, mais il souffre dans la phymie comme dans toute autre maladie aiguë fébrile. La granulie trouble presque fatalement la grossesse, on est alors en présence de deux cas :

*a*. Ou bien le fœtus mourra avant sa mère, sans qu'on sache au juste pourquoi.

*b*. Ou bien encore son évolution pourra être troublée de deux manières : dans la première, il est expulsé prématurément, et alors il est fatalement voué à la mort; dans la seconde, il naît à terme, mort, ou en état de faiblesse congénitale.

Dans la tuberculose chronique, la question est beaucoup plus importante, il ne s'agit pas seulement de la mort ou de la vie du fœtus, il s'agit de savoir aussi quelle sera l'influence de la tuberculose maternelle, et, par influence, nous entendons ici la transmission de l'infection tuberculeuse.

L'infection tuberculeuse du fœtus par sa mère a soulevé de grandes discussions qui sont loin d'être apaisées. On peut diviser en deux camps ceux qui ont pris part à cette grave question : les uns, Nocard, Leyden, Sanchez-Toledo, Heller, Vignal, Bernheim, Bolognesi rejettent la transmission directe de la mère au fœtus; les autres, en tête desquels se trouvent Landouzy, H. Martin et avec eux Birch-Hirschfeld, Koubassof, Malvoz (de Liège), Aviragnet, Doléris, admettent, avec preuves à l'appui, que dans nombre de cas, la tuberculose maternelle est capable de se transmettre au fœtus.

Koubassof (1) dit être arrivé à pouvoir constater le passage du bacille de Koch, de la mère au fœtus.

MM. Landouzy et H. Martin (2) n'admettent pas de doute à cet égard, et, dans une première série d'expériences, qu'il

(1) Kassowitz. *Die Verebung der Syphilis*, 1875.
(2) Maudron. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1856.

(1) Koubassof. Acad. des sc., 1891.
(2) Landouzy et H. Martin. *Revue de méd.*, 1883.

serait trop long de rapporter ici, ces auteurs ont démontré la possibilité de l'infection du fœtus par sa mère.

En 1891, le professeur Landouzy reprend ce même sujet et montre l'identité de ses expériences entreprises avec H. Martin, comparées avec celles de Birch-Hirschfeld.

C'est surtout en médecine vétérinaire que ces faits ont bien été observés. Les deux cas rapportés par Malvoz ont trait à des vaches pleines atteintes de tuberculose viscérale.

Cette infection du fœtus par sa mère ne nous paraît pas du tout surprenante, après ce que nous ont appris les travaux de Straus et Chambrelent, c'est-à-dire la filtration parfaite des éléments bactériens à travers le placenta.

Les observations de tuberculose congénitale rapportées jusqu'à ce jour sont au nombre d'une vingtaine. Nous ne citerons que les plus importantes :

Charrin (1) : Tuberculose généralisée chez un fœtus de sept mois et demi. Berth (2) : Cavernes tuberculeuses du poumon droit ; bacilles de Koch chez un enfant de neuf jours. Landouzy et H. Martin (3) : Fœtus de sept mois né de mère tuberculeuse, inoculation à un cobaye d'un fragment de tissu fœtal microscopiquement sain; mort de l'animal par tuberculose généralisée, quatre mois après ; fœtus de cinq mois, né dans les mêmes conditions que le précédent ; inoculation, à des cobayes, du placenta, du poumon, du foie ; mort en quarante-deux jours de tuberculose viscérale généralisée. Hoppe (4) : Tuberculose des ganglions bronchiques chez un fœtus à terme, mère tuberculeuse. Jacob (5) : Fœtus de sept mois, mère tuberculeuse; poumons du fœtus farcis de granulations miliaires à bacilles de Koch. Sabouraud (6) : Fœtus à terme, mère tuberculeuse, granulations tuberculeuses, avec bacilles dans le foie et dans la rate. Aviragnet (7) : Fœtus de sept mois, mère tuberculeuse ; inoculations, à des cobayes, de morceaux du placenta et du poumon, morts par tuberculose généralisée. Birch-Hirschfeld (1891) : Fœtus né de mère tuberculeuse ; inoculation à un lapin de fragments du foie, de la rate et des reins du fœtus, mort du lapin quatre mois après ; tuberculose généralisée. Csokor (8) communique un cas de tuberculose congénitale chez un veau provenant d'une vache morte de tuberculose. Les organes de ce veau étaient farcis de tubercules, riches en cellules géantes et en bacilles de Koch. MM. Malvoz et Brouvier, avec le foie et les poumons provenant d'un veau de huit mois, trouvés dans la matrice d'une vache atteinte de tuberculose généralisée, ont fait une série de recherches microscopiques, sur les organes appartenant au veau, et ils ont trouvé, dans les ganglions du hile du foie et du poumon, de petits foyers caséeux, renfermant une quantité énorme de bacilles. Doléris et Bourges (9) : Tuberculose aiguë de la mère ; infection intra-utérine du fœtus, vérifiée par l'inoculation.

MM. Bar et Renon (10), pour arriver à démontrer le passage du bacille de Koch, de la mère au fœtus, ont recueilli, dans des récipients stérilisés, une certaine quantité de sang, s'écoulant par le bout placentaire de la veine ombilicale, et ils l'ont immédiatement injecté, sous la peau de l'abdomen, à des cobayes : dans trois cas où les mères étaient peu atteintes, le résultat a été nul. Dans deux autres cas, le résultat fut positif, un des animaux ayant succombé, on trouva les poumons et les viscères abdominaux farcis de tubercules, la pulpe splénique de ce cobaye, inoculée à deux autres de ses congénères, détermine une tuberculose généralisée.

M. Ausset, en broyant les organes du fœtus en entier, est arrivé à déceler la présence du bacille de Koch, que les cultures et inoculations ordinaires n'avaient pas révélée. Les expériences de cet auteur portent sur trois séries d'inoculations qui ont donné 77 résultats négatifs, pour 43 positifs.

Ici prennent fin les observations et travaux prouvant la transmission directe de la tuberculose au fœtus. Il nous reste à faire connaître les recherches infirmant le passage du bacille de Koch, de la mère à l'enfant.

Bolognesi, en 1894 et 1895, a recueilli 13 observations de femmes tuberculeuses. Il a pu examiner le placenta de toutes et les organes des fœtus, dans quelques cas. De ses recherches, M. Bolognesi est amené à mettre en doute l'hérédo-contage et à regarder l'hérédo-prédisposition comme la règle.

Les observations de tuberculose congénitale que nous rapportons constituent, croyons-nous, les seuls cas d'hérédo-contage, consignés dans la science, et prouvent que l'infection tuberculeuse fœtale est un fait aujourd'hui à peu près acquis.

L'influence de la tuberculose maternelle sur le produit de la conception, bien que ne reposant que sur ces quelques observations, montre combien il est important de réserver le pronostic d'un enfant né d'une mère tuberculeuse, le médecin devant toujours penser à la possibilité d'une infection intra-utérine, qui pourra ne se manifester que longtemps après la naissance.

La tuberculose maternelle peut exercer son influence sur le fœtus par une série de symptômes qui n'ont qu'un rapport très éloigné avec l'infection bacillaire. L'enfant qui vient au monde, dans de semblables conditions, offre un poids et des dimensions souvent bien au-dessous de la normale, il présente un aspect chétif, malingre, vieillot, offrant, en un mot, le facies athrepsique qu'il est habituel d'observer chez des enfants plus âgés.

Pour expliquer l'hérédo-prédisposition de Bolognesi, il faut bien admettre le passage du bacille dans l'organisme fœtal, bacille dont la présence ne se révélera qu'à l'occasion d'une des nombreuses causes qui font éclater la tuberculose chez ceux qui n'y sont, en apparence, pas prédisposés. Si ce passage du bacille n'a pas lieu, le fœtus d'une femme tuberculeuse contracterait alors la prédisposition tuberculeuse, par le passage des produits solubles découverts par Arloing et démontrés par Courmont, produits dont la filtration à travers le placenta se ferait plus aisément que celle du bacille de Koch. Ainsi envisagée, l'hérédo-prédisposition ferait place à un hérédo-contage, difficile à démontrer expérimentalement, mais que la clinique réaliserait malheureusement trop souvent.

III. Impaludisme. — L'existence du paludisme chronique, antérieur à la conception, ou contracté pendant la grossesse, a une influence des plus marquées sur la santé du fœtus.

(1) Charrin. *Lyon méd.*, 1875.
(2) Berth. *Boll. Soc. med. di Bologne*, 1885.
(3) Landouzy et H. Martin. *Rev. de méd.*, 1891.
(4) Hoppe. Soc. méd. de Vienne, 1892.
(5) Jacob. Cong. p. tub., 1891.
(6) Sabouraud. Soc. de biol., 1891.
(7) Aviragnet. Th. de Paris, 1892.
(8) Csokor. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1889.
(9) Doléris et Bourges. Cong. internat. obst., Genève 1896.
(10) Bar et Renon. Soc. de biol., 1896.

La plupart des médecins qui exercent, soit dans nos climats (Sologne, Camargue), soit dans les pays chauds, ont constaté, de tout temps, que les femmes paludéennes avaient, en général, une très mauvaise grossesse, qu'elles avortaient très fréquemment; souvent même, ils ont pu voir des mères, atteintes de paludisme chronique, donner naissance à un enfant présentant une coloration de la peau et une intumescence splénique analogues à celles que la cachexie palustre détermine chez les adultes.

La transmission de l'infection malarique de la mère au fœtus paraît des plus probables. Pitres-Aubenais a vu deux paludéennes mettre au monde des enfants ayant une grosse rate; les enfants eurent, dans la suite, des fièvres tierces, survenant aux mêmes heures que chez leurs mères. Taylor, Playfair ont rapporté des exemples semblables.

Bien avant ces auteurs, Jacquemier avait rapporté l'observation de plusieurs femmes, ayant eu des fièvres intermittentes, pendant leur grossesse; l'une d'elles, avant et pendant chaque paroxysme fébrile, sentait son enfant s'agiter violemment. Bouchut a publié jadis une observation analogue.

Les cas de paludisme congénital, consignés dans la littérature médicale, sont assez nombreux [Blachez (1), Verneuil (2), Bohn (Comptes rendus de l'épidémie de Kœnigsberg)] pour ne pouvoir être rapportés ici. Ils mettent hors de doute la transmissibilité des agents pathogènes de la malaria de la mère au fœtus.

## IV

**Maladies aiguës.** — Les infections aiguës qui peuvent venir troubler le cours de la grossesse ont une influence incontestable sur la santé du fœtus. Cette influence est beaucoup mieux connue que celle des maladies chroniques. Toutes retentissent à leur manière : les unes font souffrir le fœtus, amènent son expulsion prématurée et déterminent même sa mort; les autres, tout en agissant de la même façon, ajoutent encore un élément de gravité de plus à leur action, par ce fait bien connu de leur transmission au fœtus. Telles sont, en particulier, les fièvres éruptives et certaines autres infections que nous ferons connaître.

Nous commencerons par étudier les *fièvres éruptives*, bien que leur action très connue ait été l'objet de nombreux travaux, nous croyons néanmoins devoir leur donner le pas sur les autres maladies aiguës.

Parmi toutes les maladies éruptives, la *variole* est une de celles qui compromet le plus souvent la santé et la vie du contenu intra-utérin. Signalée par Chaigneau, cette influence grave de la variole sur le fœtus a été constatée 27 fois par Serres, sur un nombre très restreint de femmes enceintes. Plus tard, Hervieux, Jobard, Lothar-Mayer, Cazeaux, Barthelemy, Chambrelent et Lop ont tour à tour insisté sur la gravité qu'offre la variole maternelle sur le santé du fœtus.

Cette fièvre éruptive ne se contente pas seulement de chasser prématurément le fœtus du sein de sa mère, de le faire souffrir dans son développement, mais elle peut aussi se manifester elle-même sur son organisme (variole congénitale) [Blot, San-Gregorio, Charcot, Chantreuil, Margoulieff, Chambrelent].

(1) Blachez. *Rev. mensuelle*, 1890.
(2) Verneuil. *Rev. de méd.*, 1882.

A côté de la variole, nous plaçons la *vaccine*, qui n'est, en somme, qu'une infection atténuée et dont l'action sur l'organisme fœtal est, dans un certain nombre de cas, aujourd'hui devenus nombreux, des plus positives. Nous ne citerons, que pour mémoire, les expériences de Burkardt (de Bâle), de Bollinger, de Rickett et Koloff, de Cornelius Kollak, qui ont pratiqué la vaccination ou la revaccination de femmes enceintes et de femelles pleines et qui ont presque constamment trouvé les fœtus réfractaires à l'inoculation vaccinale. Nous-même, à la Maternité de Marseille, nous avons vacciné 82 femmes grosses entre la trente-quatrième et la trente-sixième semaine. Parmi ces 82 femmes, 70 ont été vaccinées avec succès; chez ces 70 femmes, 55 fois la vaccine, répétée au moins *deux fois*, a constamment échoué chez les enfants. Nous pouvons ajouter à ces observations 10 autres observations personnelles d'immunisation *post-variolique*.

Ce sont là des faits identiques à ceux observés par Gley et Charrin (1) dans l'*infection pyo-cyanique*, par Ackermann pour la *clavelée*, par Tizzoni et Catani (2), et Erlich (3) pour le *tétanos et la rage*.

Aussitôt après la variole, vient la *scarlatine*, dont la présence, chez la femme enceinte, constitue un élément de la plus haute gravité, aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Comme la précédente, la scarlatine peut aussi atteindre le fœtus, assombrissant ainsi le pronostic de sa santé, déjà très compromise par la maladie de sa mère. C'est à Voisin (4) que l'on doit la première étude sur la scarlatine dans la grossesse.

Il faut cependant arriver jusqu'en 1891, pour trouver un travail complet à cet égard, nous voulons parler de l'ouvrage de Tornery et Durand (5), où cette question est traitée d'une façon magistrale.

Sans être aussi fréquente que dans l'état puerpéral, la scarlatine n'en reste pas moins une affection assez commune et grave de la femme enceinte. Apparaissant pendant le cours de la grossesse, elle produit, tantôt un accouchement prématuré, tantôt, au contraire, tout en n'interrompant pas la gestation, elle fait souffrir et quelquefois tue le fœtus, par l'intensité des phénomènes généraux; d'autres fois, enfin, comme la variole, elle apparaît chez le fœtus, qui peut venir au monde, soit en pleine période d'évolution ou de desquamation.

Fabrice de Hilden (6) paraît être le premier qui ait signalé la *rougeole* survenant dans le cours de la grossesse, si nous en croyons le passage suivant, emprunté à Gautier (de Genève) : « La femme d'un conseiller de la République de Berne, étant arrivée à la moitié du neuvième mois de sa grossesse, fut atteinte d'une fièvre intense et maligne; peu après, la rougeole apparut. Au quatrième jour de la maladie, les douleurs surviennent, un enfant vient au monde, tout le corps couvert de taches de rougeole. »

Ledel a observé « une femme qui accouche dans les derniers moments de sa grossesse, au milieu d'une éruption

(1) Charrin et Gley. *Arch. de physiol.*, 1893.
(2) Tizzoni et Catani. *Deutsch. med. Wochens.*, 1892, nº 18, p. 394.
(3) Erlich. *Zeits. Hyg. in infections Krankheiten*, Bd. XII, p. 183-203.
(4) Voisin. *Dissertation inaugurale*, Paris 1806.
(5) Tornery et Durand. *La rougeole et la scarlatine dans la grossesse et les suites de couches*, Paris 1891.
(6) Fabrice de Hilden. *Ann. de gynécol.*, t. XI.

de rougeole, l'enfant vient au monde couvert de taches rouges ».

Guersant et Blache (1) citent ce passage de Vogel et Rosen qui disent « avoir observé la rougeole chez des nouveaux-nés; nous avons eu aussi l'occasion de la voir chez un enfant qui l'apporta en naissant, l'ayant gagnée dans le sein de sa mère ». Rillet et Barthez (2) rapportent quelques cas de rougeole congénitale. Bourgeois (3) a vu « des enfants naître avec la maladie rubéoleuse ». Vogel, Guersant en ont observé aussi un cas.

Thomas (4) s'exprime ainsi sur la rougeole au cours de la grossesse : « La grossesse ne préserve point de la rougeole; cette maladie, comme beaucoup d'autres de même nature, semble abréger le temps de la gestation. La plupart des auteurs ont cité la possibilité d'un pareil fait (rougeole du fœtus), mais sans en rapporter d'exemples. »

Clarus (5) dit avoir observé sur le fœtus d'une femme, morte en pleine rougeole, une éruption rubéolique très nette. Michaëlsen en rapporte deux autres cas. Hedric a observé une femme enceinte qui, au quatrième jour de son exanthème rubéolique, accoucha d'une fille qui présentait en outre d'une éruption morbilleuse un catarrhe occulo-naso-bronchique. J. Franck et Gitannet ont, paraît-il, observé des cas semblables.

Parmi les pyrexies exanthématiques, nous rangerons volontiers l'*érysipèle*, que l'on observe fréquemment chez la femme enceinte, et qui peut amener chez le fœtus des accidents de même nature.

Chambrelent et Sabrazès (6) ont établi, dans l'expérience suivante, le passage du microbe de l'érysipèle (microcoque de Fehleisen) de la mère au fœtus :

« Une lapine, arrivée au terme de la gestation, est inoculée dans la veine auriculaire avec une culture récente de streptocoques, cinq jours après l'animal devenait malade et succombait. Du sang et du frottis de divers organes furent pris sur la mère et sur l'embryon et ensemencés. Or, tous ces produits, qu'ils vinssent de la mère ou de l'embryon, donnèrent des cultures pures de streptocoques. »

*Autres mnladies aiguës : Infection pneumococcique.* — L'état rudimentaire du poumon chez le fœtus, l'absence de cet organe semblerait devoir le mettre à l'abri de toute inflammation. Il n'en est rien. Cruveilhier a pu observer, à la Maternité, des enfants mort-nés, dont le poumon présentait les lésions caractéristiques de la pneumonie. Bourgeois (7), Grisolle, Ricau (8), Coli (9), Wallich (10), Flatte (11) et Barthélemy (12) se sont occupés, tour à tour, de cette importante question, tous sont unanimes à reconnaître l'influence de cette maladie sur la grossesse et sur son produit.

Bien avant l'époque où la pneumonie fut nettement reconnue comme une maladie microbienne, les accoucheurs avaient déjà observé la mort des nouveau-nés de mères pneumoniques. Cette mort, alors attribuée à l'hyperthermie ou aux altérations subies par le sang, a été rattachée, avec raison, depuis la connaissance de la transmission intra-placentaire des maladies, à l'infection du fœtus par sa mère, infection qui peut déterminer, non seulement une inflammation du tissu pulmonaire fœtal, mais encore celle de certains organes ou séreuses qui sembleraient être, de par leur situation anatomique, à l'abri de la maladie de la mère.

Le fœtus d'une pneumonique peut naître non viable ou débile. Quand il naît mort, l'autopsie ne donne souvent aucun résultat et l'examen bactériologique montre que la mort est attribuable à la septicémie congénitale.

Si l'enfant vient vivant, on peut voir apparaître une pneumonie accompagnée souvent de pleurésie purulente. Tels sont les faits observés par Flatte, Peter, Wallich et Lop. D'après Marfan (1), une femme enceinte, atteinte de pneumococcie sans pneumonie, peut probablement infecter son fœtus, tout aussi bien que si elle était atteinte de pneumonie.

*Fièvre typhoïde.* — Dubois (2) rappelle dans son mémoire : « Qu'un grand nombre d'observateurs prétendent que le fœtus peut être atteint de fièvre, dans le sein de sa mère : ils donnent pour preuve que l'on a vu des femmes, affectées de fièvres de différentes natures, mettre au monde des enfants faibles et d'une pâleur semblable à celle des fébricitants; que, lorsque la mère a de la fièvre, les mouvements fœtaux sont plus faibles et plus lents. »

Charcellay (3) a publié les observations de deux enfants de quelques jours, mis au monde par des mères typhoïdiques, chez lesquels il a trouvé l'altération des plaques de Peyer et la tuméfaction des glandes de Brunner.

Manzini (4) a rapporté un cas de fièvre typhoïde, transmis par la mère à son fœtus. Weiss, en 1862, a signalé un cas analogue.

Chantemesse et Widal (5) ont trouvé des bacilles d'Éberth dans le placenta d'une typhique.

Reher (6) a trouvé, dans les organes d'un fœtus de six mois, provenant d'une mère atteinte de fièvre typhoïde, les lésions intestinales propres à cette maladie.

La présence du bacille d'Éberth n'étant pas toujours constante dans les organes du fœtus, Éberth donne pour raison qu'il se développe, chez le fœtus mort-né, un organisme peut-être morphologiquement identique à son bacille, ne présentant pas les mêmes réactions bactériologiques, mais donnant lieu néanmoins aux mêmes altérations anatomiques. Cet auteur (7) a pu cultiver son bacille avec du sang provenant des organes d'un fœtus né d'une mère typhoïdique. Ces *cultures*, comparées avec une *culture de bacilles typhiques*, démontrent l'*identité complète* des formes.

Cette même constatation a été faite par Frænkel et de Kiderlen (8), puis par Widal, dans des cultures faites avec le sang des différents organes d'un fœtus né dans de semblables conditions.

(1) Guersant et Blache. *Dict. en 30 vol.*
(2) Rillet et Barthez. *Traité des maladies des enfants.*
(3) Bourgeois. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1861.
(4) Thomas. *Therapie von Ziemssen.*
(5) Clarus. Soc. méd. de Leipzig.
(6) Chambrelent et Sabrazès. Soc. anat. de Bordeaux, 1893.
(7) Bourgeois. Loc. cit.
(8) Ricau. Th. de Paris, 1874.
(9) Coli. *Revista clinica*, Bologne 1885.
(10) Wallich. Th. de Paris, 1889.
(11) Flatte. Th. de Paris, 1892.
(12) Barthelemy. Th. de Toulouse, 1892.

(1) Marfan. *Rev. prat. d'obst. et de pédiatrie*, oct. 1896.
(2) Dubois. Acad. de méd.
(3) Charcellay. *Arch. gén. de méd.*, 1841.
(4) Manzini. Acad. des sc., 1841.
(5) Chantemesse et Widal. Soc. méd. des hôpit., 1887.
(6) Reher. *Arch. f. exper. pathol.*, 1885.
(7) Eberth. *Der syph. organ der fœtus uber Fortschriss der medicine*, 1er mars 1891.
(8) Frænkel et Kiderlen. *Wortschriss der medicin*, 1889.

Weiss (1) a vu un fœtus atteint de dothiénentérie dans le sein de sa mère.

Legry (de Paris) et Ernt (d'Iéna) ont observé chacun un cas semblable.

Freund et Lévy (2) recueillent, avec toutes les précautions voulues, du sang du cordon ombilical provenant d'un fœtus né à cinq mois d'une mère ayant la fièvre typhoïde; on trouve le bacille d'Éberth dans le sang ainsi recueilli, dans la pulpe splénique et le placenta.

G. Etienne (3) rapporte l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de dothiénentérie, et qui avorte dans le cours de sa maladie; le fœtus a vécu deux heures. Etienne recueille du sang dans le ventricule droit, dans le foie et dans la rate, pratique des cultures sur gélose et constate l'existence de petits bâtonnets; les cultures sur gélatine et pomme de terre sont restées stériles.

Le professeur agrégé Chambrelent (4) [de Bordeaux] est revenu, tout récemment, dans une très intéressante leçon clinique, sur le passage du bacille d'Éberth de la mère au fœtus.

Ayant eu l'occasion d'observer une dothiénentérie, contrôlée par le séro-diagnostic, chez une femme grosse de huit mois, qui accoucha spontanément d'un enfant vivant, cinq jours après le début de la fièvre, M. Chambrelent procéda à l'examen du sang du petit nouveau-né, dont l'état de santé était loin d'être brillant, puisqu'il fut placé à la couveuse; il n'en avait pas moins perdu 210 grammes de son poids initial. L'ensemencement de deux tubes de cultures fut fait l'un, avec une goutte de sang, prise au bras, l'autre, avec de la sérosité, prise dans une phlyctène, provenant d'une brûlure accidentelle, faite à l'enfant. Vingt-quatre heures après, le tube qui contenait de sang présentait nettement la réaction de Widal; dans le second tube, celui de la sérosité, la réaction avait apparu, mais moins nettement que par le sang.

Ce contrôle du passage du bacille d'Éberth par la méthode de Widal est établi d'une façon indubitable dans ce cas; d'ailleurs, les symptômes, offerts par la suite par cet enfant, sont venus démontrer qu'il faisait aussi de l'infection typhique. M. R. de Saint-Philippe (5) a communiqué ces détails à la Société obstétricale. Les symptômes, observés chez ce petit malade, symptômes qu'il n'hésite pas à rattacher à la fièvre typhoïde, sont : collapsus, ictère, foie volumineux, catarrhe broncho-pulmonaire, ulcération et sphacèle d'une brûlure.

Cette observation de M. Chambrelent est à rapprocher des faits communiqués par Widal et Sicard (6), qui ont constaté le pouvoir agglutinant du sang chez des petits lapins nés de lapines inoculées avec du bacille d'Éberth.

Mais, d'autre part, Charrier et Appert (7), recherchant la réaction de Widal dans les humeurs d'un embryon de trois mois, expulsé par une femme atteinte de fièvre typhoïde bénigne, n'ont pas constaté cette propriété agglutinante de l'organisme fœtal, tandis qu'ils ont trouvé la présence de cette propriété dans le placenta.

On peut conclure, des faits rapportés par ces derniers expérimentateurs et par Etienne (de Nancy), que le passage du bacille d'Éberth, à travers le placenta, n'est pas toujours constant, mais que la fièvre typhoïde maternelle n'en a pas moins une action des plus incontestables et que, bien souvent, si le fœtus succombe à l'infection de sa mère, alors que cette dernière survit, c'est que, ainsi que le fait remarquer Etienne, l'infection typhique est, en quelque sorte, localisée chez la mère, alors qu'elle se traduit par une septicémie généralisée d'emblée chez le fœtus.

(1) Weiss. *Prakt. Ærtz.*, 1881.
(2) Freund et Lévy. *Berlin. klin. Wochens.*, 1895.
(3) G. Étienne. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1897.
(4) Chambrelent. De la fièvre typhoïde pendant la grossesse; séro-diagnostic chez le nouveau-né, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1897.
(5) R. de Saint-Philippe. Soc. d'obst. et de gynécol. de Bordeaux, 1896.
(6) Widal et Sicard. Soc. de biol., 1896.
(7) Charrier et Appert. Soc. de biol., 26 déc. 1896.

Certaines infections, comme la *diphtérie*, la *rage*, le *tétanos*, ont une action indirecte certaine sur la santé du fœtus, leur transmission constitue une rareté. Une observation de diphtérie congénitale a été publiée, en 1896, par Polawktoff (1). Archambaud (2), qui a observé un cas de *tétanos* pendant la grossesse, admet que la toxine tétanique traverse le placenta, ainsi que cela a été d'ailleurs démontré expérimentalement, aussi conseille-t-il d'injecter le sérum antitétanique à la mère, sérum qui aura une double influence, sauver la mère et empêcher le développement du tétanos chez l'enfant. Quant au *charbon bactérien*, l'on sait, depuis les mémorables recherches du regretté professeur Straus et de Chambrelent (3), que sa transmission, de la mère au fœtus, a été fréquemment observée dans l'espèce animale. Perroncito, Koubassof, Malvoz, qui ont répété les expériences de Straus, ont pu, comme lui, contrôler ce passage de la bactéridie charbonneuse.

La conclusion à poser des faits que nous venons d'exposer, est que tout état pathologique, et par là nous entendons une infection nettement connue, au moins dans ses manifestations cliniques, survenant pendant la grossesse, a une influence des plus nettes, mais aussi des plus variables, sur la santé du produit de la conception. Cette variabilité dépend de la nature de la maladie qui envahit l'organisme maternel, de la qualité et de la quantité des substances toxiques qui passeront à travers le placenta. Si la maladie est peu intense, de courte durée, il se peut que le fœtus sorte indemne de cette crise, mais si l'infection maternelle est tenace, très virulente, à bactéries sécrétant des toxines en abondance, il est à peu près certain que le fœtus sera infecté, qu'il succombera *in utero*, ou viendra au monde tout imprégné des germes morbides, transmis par sa mère, germes qui pourront, comme pour la tuberculose, ne révéler leur présence que dans un avenir très éloigné.

En terminant, nous rappellerons l'action indéniable des infections maternelles sur l'évolution de la croissance chez des enfants nés sains en apparence. Les expériences et recherches cliniques de Charrin et Nobécourt, citées plus haut, démontrent, d'une façon très nette, cette influence fâcheuse de la maladie maternelle sur l'évolution ultérieure du fœtus.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 janvier 1898. — Présidence de M. Delens.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES DU DUODÉNUM

M. **Tuffier** dit que les ulcères peuvent se manifester pour la première fois par des symptômes de perforation

(1) Polawktoff. *Dietskaja médizana*, n° 3, 1896.
(2) Archambaud. Th. de Paris, 1896.
(3) Straus et Chambrelent. *Arch. de phys. norm. et pathol.*, 1882, t. I, p. 436-475.

qui permettent de reconnaître l'ulcère ou de penser à une appendicite. Les premiers ne peuvent faire hésiter le chirurgien, c'est la laparotomie qu'il faut faire. Les seconds peuvent demander une discussion. Il a eu l'occasion d'en voir un cas. Un garçon épicier vint le lendemain d'une douleur vive éprouvée dans le ventre en soulevant un sac de café. Il présentait, quand on l'examinait, tous les symptômes d'une appendicite qui peut attendre. Dans la journée, le pouls s'accéléra et on fit venir le chirurgien de garde. M. Sebileau fit une incision au-dessus de l'arcade et vit sortir un liquide séro-purulent; on fit le drainage. Le malade était mort le lendemain. A l'autopsie existait une perforation de la première portion du duodénum. L'ulcère existait à côté de la perforation et amincissait la paroi duodénale. Il aurait fallu, pour le supprimer, faire une résection allant du pylore à la deuxième portion.

Ce fait démontre la difficulté énorme du diagnostic et la difficulté aussi de l'indication chirurgicale, puisque l'ulcère est le plus souvent latent jusqu'au jour néfaste de sa perforation.

**M. MICHAUX** rapporte l'observation d'un jeune homme qui est amené à l'hôpital présentant tous les signes d'une péritonite généralisée. Il était d'abord entré dans le service de M. Œttinger, où les deux internes avaient diagnostiqué des coliques hépatiques, puis un peu plus tard des accidents du côté du rein. Les phénomènes furent donc insidieux au début et évoluèrent lentement. Le cinquième jour, la scène changea brusquement et l'état s'aggrava. Il n'y avait donc plus de doute, il s'agissait d'une péritonite généralisée qu'on crut d'origine appendiculaire. C'est à ce moment que le malade entra dans le service de M. Michaux, qui l'opéra et trouva, en effet, un épanchement séro-purulent abondant, des adhérences et la péritonite absolument généralisée. Il se porta du côté du cæcum, chercha l'appendice et ne le trouva pas. Il n'insista pas, fit un grand lavage à l'eau salée chaude, ferma le ventre et draina. On fit, par le drain, plusieurs lavages consécutifs. Le malade succomba, et à l'autopsie, on trouva une petite ulcération du duodénum absolument semblable à celle que vient de décrire M. Tuffier.

M. Michaux relate une autre observation analogue à celle-ci.

### RAPPORTS

**Divers cas de chirurgie.** — **M. WALTHER** fait un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Latouche (d'Autun). Ce sont d'abord trois observations de fractures de la clavicule, avec déplacement considérable des fragments, traitées toutes trois par la suture avec des résultats excellents. Ce sont ensuite trois observations de pseudo-étranglement herniaire. Il s'agissait de trois malades atteints de hernies et qui présentaient des accidents aigus très graves nécessitant une intervention urgente. Dans un cas, il existait une péritonite tuberculeuse à marche aiguë; dans le second cas, d'une péritonite de cause inconnue; dans le troisième cas, d'un myxo-sarcome devenu le point de départ d'une péritonite grave.

M. Latouche adresse aussi une observation de hernie étranglée consécutive à la ponction d'un kyste du cordon sur un enfant de trente-trois jours. Il fit la kélotomie, trouva en effet une anse d'intestin qui avait pénétré et s'était étranglée dans la poche vagino-péritonéale vidée par la ponction.

M. Latouche relate aussi deux cas d'intoxication par l'acide picrique appliqué au traitement des brûlures. Il s'agissait de deux enfants, l'un de quatre ans, l'autre de onze ans, qui avaient été gravement brûlés aux jambes et aux bras. M. Latouche les pansa avec de l'eau stérilisée saturée d'acide picrique. Ces deux enfants souffrirent beaucoup après ce premier pansement. Au cinquième jour, le pansement fut renouvelé et provoqua les mêmes douleurs. M. Latouche substitua alors la pommade à 10 p. 100 à la solution. L'effet en fut déplorable. Les petits malades eurent des douleurs atroces; le plus jeune présenta même des accidents graves, des vomissements, des urines noires. Il n'y eut cependant pas d'albumine dans les urines; mais on y trouva la présence de l'acide picrique en grande quantité. M. le rapporteur n'a pas observé d'intoxication par l'acide picrique aussi grave que celle que rapporte M. Latouche, mais il a eu fréquemment l'occasion de constater que ce pansement était souvent fort douloureux.

Enfin, une dernière note de M. Latouche a trait à un mal de Pott lombaire, chez une jeune fille de vingt-sept ans, qu'il a redressé par la méthode de Calot. Cette jeune fille, à la suite de ce redressement, a eu de la paraplégie et de la paralysie de la vessie qui ont duré une huitaine de jours.

### DISCUSSION

**M. BERGER** a eu l'occasion, dans deux cas, de constater qu'en effet le pansement par l'acide picrique était extrêmement douloureux chez les enfants. Il n'a jamais constaté de phénomènes d'intoxication par l'acide picrique, mais il a constaté ces douleurs à plusieurs reprises et il a abandonné l'acide picrique pour le traumatol.

**M. TUFFIER** a vu des accidents d'érythème et d'eczéma succéder à l'application de l'acide picrique. Il a constaté, en outre, plusieurs fois, des douleurs très vives provoquées par son application. Aussi a-t-il renoncé définitivement à l'emploi de l'acide picrique pour le pansement fermé aseptique.

**M. BRUN** reconnaît que l'acide picrique a des inconvénients et offre même de grands dangers chez les enfants. Il rapporte l'observation d'un enfant de dix-huit mois qui avait eu les jambes brûlées; on avait aussitôt trempé ces deux jambes dans un bain d'acide picrique. Dès le second jour, cet enfant était abattu, ne dormait pas. Toute la peau était devenue jaune, ses conjonctives étaient également jaunies, et cet enfant a fini par succomber avec des vomissements et de la diarrhée. Il y avait eu là une véritable intoxication. Un des internes de M. Brun fit des expériences sur des souris blanches, et ces souris sont toutes ainsi passées du blanc au jaune.

**M. FÉLIZET** s'associe pleinement aux réflexions faites par MM. Tuffier et Brun sur les inconvénients et les dangers de l'acide picrique chez les enfants.

**M. MICHAUX** n'a pas constaté d'accidents chez les adultes et, contrairement à M. Tuffier, il a trouvé qu'on obtenait de meilleurs résultats avec l'acide picrique qu'avec les autres modes de pansement.

**M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** appuie ce que viennent de dire MM. Berger et Tuffier. Il a constaté chez les adultes des accidents sérieux et souvent des douleurs intolérables à la suite de l'application de l'acide picrique. Il cite, entre autres, deux cas dans lesquels ce mode de pansement a déterminé des douleurs atroces et des accidents graves de délire. La suppression de l'acide picrique, auquel il a substitué l'emploi de la vaseline contenant des essences, a amené la suppression de tous les accidents et hâté singulièrement le rétablissement des blessés.

**M. REYNIER**, comme M. Michaux, n'a pas vu d'accidents survenir chez les adultes. Il est vrai que parfois l'application de l'acide picrique est suivie de douleurs assez vives, mais qui, généralement, ne durent pas. Les différences constatées doivent donc tenir à la différence d'âge, les chirurgiens d'enfants ayant constaté des accidents plus ou moins graves, tandis que les chirurgiens d'adultes n'ont observé généralement que quelques douleurs. Il est certain que l'acide picrique donne de bons résultats dans les brûlures du deuxième degré. Il soulage instantanément dans ces cas. Peut-être n'en

est-il pas de même dans les brûlures profondes et c'est dans ces cas qu'il ferait provoquer des douleurs vives. Le traitement par l'acide picrique est donc peut-être contre-indiqué dans les cas de brûlures profondes.

M. POTHERAT n'a jamais observé d'accidents chez l'adulte avec la solution à 5 p. 100, mais il n'a pas remarqué que les malades souffrissent moins avec l'acide picrique qu'avec les autres modes de pansement. Il n'en est pas de même chez les enfants. La solution à 5 p. 100 est elle-même très mal supportée. M. Potherat a dû y renoncer à cause des douleurs qu'elle provoque chez les enfants. Dans un cas, il a même constaté des phénomènes d'intoxication générale.

M. RECLUS a, malgré lui, constaté les mauvais effets de l'acide picrique dans les services où des internes l'ont largement employé. Il n'a pas constaté d'accidents graves, mais il n'a pas remarqué que la guérison fût plus rapide qu'avec la pommade polyantiseptique qu'il emploie et qui lui donne de bons résultats tout en permettant les pansements rares.

M. HARTMANN emploie de préférence la gaze iodoformée et l'ouate qu'il laisse en place trois semaines à un mois, dans les cas de brûlures graves. Ses internes, comme ceux de M. Reclus, ayant voulu employer l'acide picrique, il a fait panser des malades brûlés des deux côtés, par l'acide picrique sur un côté et par la gaze iodoformée et l'ouate sur l'autre côté. Ce dernier guérissait plus vite.

M. WALTHER fait observer qu'il y a deux questions en discussion, une question d'âge et une question de tolérance individuelle. Il paraît démontré que, chez les enfants, l'acide picrique détermine de telles douleurs et parfois de tels accidents d'intoxication qu'il faut renoncer à son emploi chez eux. Chez l'adulte, la question est plus complexe; il n'y a pas lieu de proscrire absolument l'emploi de l'acide picrique chez lui. Il est certain que, dans certains cas, il a donné de bons résultats. Chez d'autres, il a déterminé des douleurs; c'est une affaire de tolérance individuelle.

### PRÉSENTATIONS

**Perforation de l'estomac.** — M. GUINARD présente une jeune femme qui a été victime d'un accident de voiture à Bourges. Après cet accident, elle a eu des vomissements violacés et des selles sanguinolentes. Se trouvant plus souffrante le lendemain, elle veut quitter Bourges, prend le train et arrive à Paris. M. Guinard la voit cinq jours après l'accident, le facies péritonitique, la partie supérieure du ventre empâtée et douloureuse. Il fait immédiatement une laparotomie sus-ombilicale, trouve une sorte d'abcès sous-phrénique, un litre de matières stomacales, de liquide louche. Après quelques recherches, il découvre une perforation sur la petite courbure de l'estomac. Il recouvre cette perforation avec la paroi supérieure du duodénum et referme le ventre. Quinze jours après, cette malade était complètement guérie.

**Radiographie d'un calcul vésical.** — M. BRUN présente la radiographie d'un calcul vésical chez un enfant. L'épreuve, faite par M. Poupinel, est très belle.

**Calcul du rein.** — M. MICHAUX présente un gros calcul qu'il a extrait du rein d'un malade.

La séance est levée.

---

## ACADÉMIE DES SCIENCES

### Prix proposés pour les années 1898, 1899, 1900 et 1901.

*Médecine et chirurgie.*

PRIX MONTYON. — Conformément au testament de M. Auget de Montyon, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'*art de guérir*.

L'Académie juge nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des *découvertes et inventions* propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie.

Les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée.*

Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée; dans tous les cas, la Commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné.

Conformément à l'ordonnance du 23 août 1829, outre les prix annoncés ci-dessus, il sera aussi décerné, s'il y a lieu, des prix aux meilleurs résultats des recherches entreprises sur des questions proposées par l'Académie, conformément aux vues du fondateur.

Les ouvrages ou mémoires présentés au concours devront être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin de chaque année.

PRIX BARBIER. — Ce prix, d'une valeur de 2000 francs, sera décerné à « celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la *Botanique* ayant rapport à l'art de guérir ».

L'Académie décernera ce prix, s'il y a lieu, dans sa séance publique de 1898.

PRIX BRÉANT. — M. Bréant a légué à l'Académie des sciences une somme de 100 000 francs pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau ».

Prévoyant que le prix de 100 000 francs ne sera pas décerné tout de suite, le fondateur a voulu, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'*intérêt du capital* fût donné à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, ou enfin que ce prix pût être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne.

Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de 100 000 francs, il faudra : « *Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas;* »

Ou : « *Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse cesser l'épidémie;* »

Ou enfin : « *Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole.* »

2° Pour obtenir le *prix annuel* représenté par l'intérêt du capital il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le *prix annuel* pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

PRIX GODARD. — M. le docteur Godard a légué à l'Académie des sciences « le capital d'une rente de 1000 francs, 3 p. 100. Ce prix annuel, d'une valeur de 1000 francs, sera donné au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où, une année, le prix ne serait pas donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante ».

PRIX SERRES. — Ce *prix triennal* « *sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine* », sera décerné en 1899, au meilleur ouvrage qu'elle aura reçu sur cette importante question.

Le prix est de 7 500 francs.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1899.

Prix Chaussier. — Ce prix sera décerné tous les quatre ans au meilleur livre ou mémoire qui aura paru pendant ce temps, et fait avancer la médecine, soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique.

L'Académie décernera ce prix, de la valeur de 10 000 fr., dans la séance annuelle de 1899, au meilleur ouvrage paru dans les quatre années qui auront précédé son jugement.

Les ouvrages ou mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1899.

Prix Parkin. — Ce prix triennal est destiné à récompenser des recherches sur les sujets suivants :

« 1° Sur les effets curatifs du carbone sous ses diverses formes et plus particulièrement sous la forme gazeuse ou gaz acide carbonique, dans le choléra, les différentes formes de fièvre et autres maladies ;

2° Sur les effets de l'action volcanique dans la production de maladies épidémiques dans le monde animal et le monde végétal, et dans celle des ouragans et des perturbations atmosphériques anormales. »

Le testateur stipule :

« 1° Que les recherches devront être écrites en français, en allemand ou en italien ;

2° Que l'auteur du meilleur travail publiera ses recherches à ses propres frais et en présentera un exemplaire à l'Académie dans les trois mois qui suivront l'attribution du prix ;

3° Chaque troisième et sixième année le prix sera décerné à un travail relatif au premier desdits sujets, et chaque neuvième année à un travail sur le dernier desdits sujets. »

L'Académie ayant décerné pour la première fois ce prix dans sa séance publique de 1897, en continuera l'attribution, pour se conformer au vœu du testateur, en l'année 1900.

Le prix est de 3 400 francs.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1900.

Prix Bellion, fondé par Mlle Foehr. — Ce prix annuel sera décerné aux savants « *qui auront écrit des ouvrages ou fait des découvertes surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine* ».

Le prix est de 1 400 francs.

Les ouvrages devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin de chaque année.

Prix Mège. — Le docteur Jean-Baptiste Mège a légué à l'Académie « 10 000 *francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son essai sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours.*

L'Académie des sciences pourra disposer en encouragement des intérêts de cette somme jusqu'à ce qu'elle pense devoir décerner le prix ».

L'Académie des sciences décernera le prix Mège, s'il y a lieu, dans sa séance publique annuelle de 1898.

Les ouvrages devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin.

Prix Dusgate. — Ce prix sera décerné, s'il y a lieu, en 1900, à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Prix Lallemand. — Ce prix annuel, d'une valeur de 1 800 fr., est destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception du mot ».

Les travaux destinés au concours devront être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin de chaque année.

Prix du baron Larrey. — Ce prix sera décerné annuellement à un médecin ou à un chirurgien des armées de terre ou de mer pour le meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

Le prix est de 1 000 francs.

Les ouvrages devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin de chaque année.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours d'agrégation* (*médecine et médecine légale*). — Ont été déclarés admissibles : 1° Paris : MM. Avirагnet, Barbier, Dupré, Méry, de Grandmaison, Péron, Renault, Tessier, Thiroloix et Vaquez. — 2° Province : MM. Beylac, Cabanne, Carrière, Courmont, Daumic, Deléarde, Frenkel, Hobbs, Lamacq, Lyonnet, Nicolas, Papillon, Pairot, Patier, Pic, Raymond, Roux et Vire.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 19 janvier.

Questions d'oral posées : Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne ; — Signes, diagnostic et traitement des fractures bimalléolaires.

MM. Neveu, 18 + 22 = 40. — Bosvieux, 17 + 20 = 37. — Chevrey, 11 + 22 = 33. — Saint-Cène, 10 + 23 = 33. — Guénard, 11 + 21 = 32. — Crouzon, 9 + 23 = 32. — Pauly, 5 + 19 = 24.

— M. le docteur Renault prend le service de M. Mauriac, à l'hôpital Ricord, aux lieu et place de M. le docteur Queyrat.

— La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu mercredi prochain 26 janvier 1898.

— Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Debaussaux, directeur du service de santé du 15e corps d'armée, est placé, à dater du 21 janvier 1898, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— Par décision ministérielle, en date du 19 janvier 1898, M. Chavasse, médecin principal de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Perpignan, est nommé professeur de diagnostic chirurgical spécial à l'École d'application du service de santé militaire.

— M. le médecin de première classe Robert (Constant), médecin-major au 2e régiment d'artillerie de marine à Cherbourg, est réintégré, sur sa demande, dans le service général des officiers de son grade, et affecté à Cherbourg.

— M. le médecin de première classe Arami, médecin-major au 3e régiment d'infanterie de marine, à Rochefort, est autorisé à permuter avec M. le médecin de première classe Villette, médecin-major au 13e régiment d'infanterie de marine à Madagascar. Cette permutation aura son effet à compter du 14 février 1898.

— MM. les médecins de deuxième classe Souls (F.), du port de Toulon, embarqué sur le *Gabès*, et Chartres, en service à terre à Cherbourg, sont autorisés à permuter.

— Des prolongations de convalescence de trois mois, à solde entière, sont accordées à MM. le médecin de première classe Fruitet, pour Paris et Serdinya (Pyrénées-Orientales), et le médecin de deuxième classe Henric, pour Rennes.

— Les anciens élèves de M. le professeur Tarnier désirent lui élever, à Paris, un monument qui perpétuera sa mémoire. Ils ont, à cet effet, provoqué la formation d'un comité composé de délégués pris parmi les membres de l'Université, les anciens élèves et amis de M. Tarnier, les élus du département de la Côte-d'Or, les membres du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, les sociétés savantes dont M. Tarnier faisait partie, etc.

Les souscriptions sont reçues à Paris : chez M. Fontana, notaire, 10, rue Royale ; Collin, 6, rue de l'École-de-Médecine ; Masson, 120, boulevard Saint-Germain ; G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

— M. le docteur Weissgerber, âgé de trente ans, né à Markirch (Alsace), vient d'être engagé comme médecin attaché à la cour du sultan du Maroc. Comme début, il devra suivre l'armée marocaine dans une campagne contre les Arabes.

— M. Guadet, administrateur du bureau de bienfaisance du VI[e] arrondissement de Paris, est nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. Pignon, décédé.

— L'hôpital militaire de Stuttgard vient d'être entièrement détruit par un incendie. Les malades ont pu être sauvés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jousseaume-Latour (de Château-Thierry).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Carnaval de Nice de 1898.* — A l'occasion du Carnaval de Nice, la Compagnie mettra en marche un train de plaisir de Paris à Nice avec séjour facultatif à Marseille. Ce train prendra des voyageurs à Lyon.

Aller : départ de Paris le 16 février à 2 h. 25 soir; de Lyon, à minuit 45.

Retour : départ de Nice le 23 février, à 11 h. 50 matin.

Prix du voyage (aller et retour) : de Paris, **90** francs en 2[e] classe; **60** francs en 3[e] classe; — de Lyon, **50** francs en 2[e] classe; **30** francs en 3[e] classe.

Les billets pour ce train de plaisir seront délivrés à Paris et à Lyon, à dater du 1[er] février.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches publiées par la Compagnie.



Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 24 janvier 1898.

8971 candidats ont subi des examens en 1896-1897, soit 16 de plus que l'année précédente.

En 1895-1896, sur 8955 épreuves, il y avait eu 1319 ajournements; en 1896-1897, il y en a eu 1404, soit 16 épreuves en plus et 85 ajournements en plus. Ce sont donc, avec une très légère nuance vers la sévérité, les mêmes proportions que nous retrouverons et qui sont les suivantes.

Ancien régime :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1er examen | | | 40,57 | p. 100. |
| 2e examen | 1re partie | pratique | 15,95 | — |
| | | orale | 31,04 | — |
| | 2e partie | | 20,64 | — |
| 3e examen | 1re partie | pratique | 11,02 | — |
| | | orale | 18,74 | — |
| | 2e partie | | 15,77 | — |
| 4e examen | | | 16,53 | — |
| 5e examen | 1re partie | chirurgicale | 9,45 | — |
| | | obstétricale | 6,51 | — |
| | 2e partie | | 7,99 | — |
| Thèse | | | 0,15 | — |

Le nouveau régime ne fait que commencer, il a donné les résultats suivants :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1er examen de doctorat | pratique | 7,75 | — |
| | oral | 36,36 | — |

On sait que, dans ce nouveau régime, les étudiants sont interrogés à l'examen oral du premier examen, uniquement sur l'anatomie et par les trois juges. La proportion des refus est plus forte de 5 p. 100 sur celle de l'ancien régime d'études.

Mettant de côté les examens des officiers de santé, sages-femmes et chirurgiens dentistes, on trouve que les 8762 examens de candidats au doctorat ont donné les notes suivantes :

1272 ajournements.
2937 passablement satisfait.
2388 satisfait.
1392 bien satisfait.
470 très bien satisfait.
103 extrêmement satisfait.

Il faut retrancher, de ces 103 extrêmement satisfait, 68 accordés à la soutenance de thèse ; il n'y a donc que 35 candidats seulement, sur ces 8000, qui ont pu obtenir cette note flatteuse.

La moyenne totale des ajournements, pour les examens, sauf pour la thèse, est donc de 16 p. 100.

On remarquera que la proportion est beaucoup plus forte dans les premiers examens, où elle atteint 36 à 37 p. 100 ; elle est plus forte encore en Sorbonne pour le certificat P. C. N. qui remplace l'ancien baccalauréat. Elles atteindraient, dit-on, 50 p. 100.

C'est avec raison, suivant nous, qu'on met quelque barrière à l'entrée de nos études médicales, aujourd'hui si encombrées. Mieux vaut que les élèves insuffisants soient arrêtés dès le début, au lieu de l'être plus tard, au milieu de leurs études médicales, après plusieurs années perdues.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Poursuivant la série de ses recherches, M. Barbier apporte une contribution nouvelle à la clinique et à la bactériologie de la diphtérie.

Les idées sont neuves, originales, déroutantes parfois, mais toujours intéressantes, dignes d'être méditées, puisqu'elles reposent sur un examen clinique et bactériologique de 224 observations. On sait que, par l'expérience, on peut réaliser des formes pures de diphtérie qui, en réalité, sont peu fréquentes chez l'homme ; ce qui tient sans doute à ce que les muqueuses sur lesquelles l'infection évolue sont déjà infectées ; ce qui tient encore à ce que la diphtérie est peu inoculable à l'homme et qu'il lui faut des conditions complexes de terrain pour se développer. Cette influence de l'inflammation préalable des muqueuses est bien connue ; l'histoire des diphtéries secondaires dans la rougeole, dans la scarlatine, etc., en est une preuve classique.

La diphtérie grave chez l'homme se caractérise cliniquement, moins par la fausse membrane, son siège, son étendue, ses localisations multiples, que par les phénomènes de voisinage et les signes d'intoxication ou d'infection : muqueuse pâle, absence de sécrétions muco-purulentes, absence d'adénopathie. Sous l'influence du sérum,

cette forme guérit *toujours* en deux ou trois jours, quelles que soient l'étendue et les localisations des fausses membranes.

L'apparition, dans le cours de la maladie évoluant vers la guérison, d'accidents inflammatoires : otite, inflammation de la gorge, etc., constitue un groupe de transition, diphtérie non modifiée avec complications.

Les diphtéries modifiées ou associées sont caractérisées par l'adjonction effective de microbes septiques pathogènes et, dans ce groupe, on peut faire deux classes distinctes : *a.* diphtéries modifiées avec petits accidents septiques ou associées bénignes; *b.* diphtéries modifiées avec grands accidents septiques ou associées graves. Dans ce dernier cas, la mortalité peut atteindre 69 p. 100.

MM. Richardière, Tollemer et Ullmann apportent quatre observations nouvelles qui viennent confirmer le fait, avancé par M. Barbier, de l'existence du bacille diphtérique dans le sang et dans les centres nerveux bulbo-protubérantiels.

MM. Lepage et F. Bezançon communiquent une observation de méningite suppurée localisée, due au micrococcus tetragenes, qui vient à l'appui des faits déjà publiés où est affirmée la nature, non plus saprophytique banale, mais nettement pathogène de ce micro-organisme. Le micrococcus tetragenes doit donc prendre rang parmi les agents des diverses septicopyémies mortelles pour l'homme. Dans le cas actuel, la méningite a été observée chez une femme de trente-deux ans, autrefois syphilitique; elle a débuté au sixième mois de sa grossesse. A l'autopsie, la plaque de méningite suppurée occupait toute la partie inférieure de la région rolandique et la partie postérieure de la région sylvienne droite.

M. Gilbert Ballet a rencontré des lésions médullaires particulières dans la maladie de Parkinson. Outre les altérations connues : oblitération du canal central par prolifération de l'épendyme, péri-artérite et foyers circonscrits de sclérose péri-artérielle, atrophie avec surcharge pigmentaire des cellules, il existerait une fragilité particulière du protoplasma des cellules des cornes antérieures, et aussi, quoiqu'à un moindre degré, des cellules des cornes postérieures. Cette fragilité se révèle par les innombrables ruptures de prolongements, rencontrés à la région cervicale comme à la région lombaire. Est-ce là la lésion vraie de la paralysie agitante? Il n'est pas permis de l'affirmer encore.

MM. Achard et Weil ont observé un malade dont le diabète a été découvert à l'occasion de l'épreuve de la glycosurie alimentaire. L'épreuve du bleu de méthylène montra que la perméabilité des reins était normale au moment de l'entrée du malade à l'hôpital. Puis, au bout de six semaines, survint une attaque d'hémorragie cérébrale. L'albumine apparut alors dans l'urine et le bleu fit constater un retard notable de l'élimination. A ce moment même, le sucre urinaire avait diminué, alors que le sang en contenait une quantité considérable, et l'on peut admettre que c'est précisément l'imperméabilité rénale qui a été la cause de l'accumulation du sucre dans le sang et de la diminution de la glycosurie. Et l'on sait d'ailleurs que la glycosurie alimentaire, provoquée chez les sujets non diabétiques, peut être entravée par l'imperméabilité rénale.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

### Expertises médico-légales (1).

(Leçon recueillie par M. Paul REILLE.)

### III

#### CERTIFICATS

Pendant votre carrière vous serez journellement sollicités de délivrer des certificats. Je ne puis trop insister auprès de vous sur la responsabilité que vous prendrez ainsi, parfois presque à votre insu, et sur les conséquences que la facilité avec laquelle les médecins les accordent a pour eux et pour toute la corporation.

Un certificat est presque un acte médico-légal. C'est sur lui que s'engageront souvent les procès. Ne mettez jamais dans leur rédaction que ce que vous avez vu, constaté vous-même ; n'ajoutez pas ce qui vous est raconté par la personne qui le demande, ou, si vous le faites, ayez soin de dire : « M. X... me déclare que... » Mais ne substituez pas votre affirmation à la sienne, ne vous faites pas son porte-parole. Vous ne rédigerez jamais un certificat avec trop de prudence et de réserve. En thèse générale, ne l'écrivez pas en présence du demandeur, je dirais presque sous sa dictée. Prenez des notes et rédigez-le dans votre cabinet, seul, libre de la première impression.

1° *Quels certificats doivent être libellés sur papier timbré?* — Je ne saurais sur ce point vous donner de meilleures indications que celles qui ont été données au corps médical par le Syndicat des médecins de la Seine. Je lui emprunte donc l'article rédigé par lui (2) :

Nous croyons faire œuvre utile à nos confrères en dressant le tableau des certificats qui sont soumis ou non aux droits du timbre.

En thèse générale, la loi du 13 brumaire an VII dit que « tous actes et écritures soit publics, soit privés, devant et pouvant faire titre ou être produits pour obligation, décharge, justification, demande ou défense » sont assujettis aux droits du timbre. Il faut en excepter, cependant, d'après l'art. 16 de la même loi, « les certificats d'indigence et les actes de police générale et de vindicte publique ».

En raison des difficultés d'interprétation de ce texte, le ministre des finances prit, le 10 mars 1874, une décision ayant trait spécialement aux certificats médicaux, et fixa nettement les dispositions de la loi de brumaire. C'est alors que la Société locale de prévoyance et de secours mutuels de Melun publia la liste des certificats soumis ou non à la formalité du timbre.

Nous reproduisons, d'après M. Dechambre et d'après M. Lutaud, cette liste, à laquelle nous faisons quelques additions conformes aux récentes décisions ministérielles ou préfectorales :

*Certificats exempts du timbre.*

Certificat de vaccine.

Certificat de naissance ou de décès. (Décision du 11 février 1878.)

Certificat ou rapport médical pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition du maire, du juge de paix, du juge d'instruction, du procureur de la République, du commissaire de police.

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 65.

(2) *Bulletin officiel du Syndicat des médecins de la Seine*, 15 nov. 1896, p. 273.

Certificat sur réquisition du maire, pour constater le décès d'une personne trouvée sur la voie publique par suite de maladie, d'accident, de meurtre ou de suicide. Il importe peu que les certificats soient provoqués par un particulier, si le particulier s'est muni au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et délits. (Décision du 10 mars 1874.)

Certificat aux nourrices pour obtenir un nourrisson (des Enfants-Assistés). (Décision du 25 février 1841.)

Certificat pour les aliénés sur l'état d'un malade, à condition qu'il ait un caractère purement administratif et ne doive servir que dans l'intérieur de l'asile. (Décision du 17 novembre 1864.)

Certificat de maladie ou d'infirmité, pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillesse.

Certificat d'infirmités, pour secours annuels du département en cas d'indigence.

Certificat de maladie, pour obtenir une indemnité pour traitement médical des administrations ou des sociétés de secours mutuels (instituteurs, ponts et chaussées, sociétés de patronage, etc.), à la condition que le certificat du médecin soit rédigé à la suite d'un certificat d'indigence.

Certificat de maladie, pour justifier l'absence d'un enfant à l'école. (Loi du 28 mars 1882.)

Certificat de vaccine pour les enfants indigents, admis dans les ateliers ou fabriques. (Décision du 31 janvier 1877.)

Certificat de revaccination des enfants des écoles primaires, quand cette mesure a été prescrite par l'autorité d'une manière générale et réglementaire. (Décision du 23 avril 1889.)

Certificat constatant l'aptitude physique des nourrices. (Loi du 23 décembre 1874, Règlement du 27 février 1877, et Décision du 9 mai 1885.)

Certificat de maladie des membres de sociétés de secours mutuels. (Décision du 29 janvier 1874.)

Certificat délivré par les médecins inspecteurs des écoles, pour la réintégration à l'école des enfants relevant de maladies contagieuses. (Arrêté préfectoral du 27 octobre 1894.)

Certificat d'aptitude physique, délivré par les médecins inspecteurs des écoles, pour l'admission des enfants dans les établissements industriels. (Loi du 2 novembre 1892.)

*Certificats soumis au timbre.*

Certificat pour les aliénés, délivré à des particuliers ou employé dans un intérêt privé. (Décision du 17 novembre 1864.)

Certificat de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie.

Certificat de décès pour les Compagnies d'assurances sur la vie.

Certificat de maladie ou d'infirmités, à l'époque de la revision.

Certificat de maladie, dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou de la revision.

Certificat pour obtenir une prolongation de congé ou de convalescence (militaire ou civil).

Certificat de maladie, délivré à un militaire ou à un ecclésiastique, pour obtenir une saison aux eaux thermales.

Certificat d'infirmités, pour obtenir une retraite avant l'âge voulu (prêtres, instituteurs, employés des postes, employés des ponts et chaussées, etc.).

Certificat d'aptitude, pour obtenir l'admission dans certaines écoles ou administrations de l'État.

Certificat de maladie, pour être dispensé de faire acte de présence en cas d'arbitrage, de juré ou de témoignage devant les tribunaux.

Certificat demandé par une veuve d'employé, à l'effet d'obtenir une pension de l'administration.

Certificat de blessures ou d'infirmités contractées par un employé et pouvant lui donner droit à une pension.

Malgré cette énumération forcément incomplète, il est à craindre que nous ne commettions encore des erreurs par suite d'une mauvaise interprétation des décisions ministérielles et que nous ne soyons l'objet de poursuites de la part du fisc. Nous conseillons donc, en cas de doute, soit de délivrer le certificat sur papier timbré, soit d'indiquer la mention de la destination sur le certificat de papier non timbré, soit de rédiger le certificat sous forme de consultation : « M... est atteint de..... Je l'engage à..., etc. »

(*A suivre.*)

---

## TRAITEMENT DE LA DILATATION DES BRONCHES

### CHEZ LES ENFANTS

Par le docteur Sotiroff.

La bronchectasie survenant surtout à la suite de la broncho-pneumonie, quand on se trouve en présence d'un enfant atteint de cette dernière, et surtout pendant la convalescence, il faut s'efforcer par une bonne hygiène, par les révulsifs (vésicatoires, pointes de feu), les expectorants (kermès), les balsamiques (térébenthine, tolu, goudron, thymol), de hâter la guérison.

Une fois la dilatation des bronches reconnue, on s'occupera de calmer la toux, modifier et tarir les sécrétions bronchiques, faciliter l'élimination des toxines résorbées au niveau des bronches.

Chez les enfants assez âgés et assez vigoureux on peut employer les vomitifs à dose modérée, une ou deux fois par semaine, suivant les indications : ipéca, tartre stibié, sulfate de cuivre. On calmera la toux par les balsamiques (baume de copahu et de tolu, acide benzoïque, benzoate de soude, benjoin, térébenthine). On a vanté encore la créosote à la dose de 5 ou 10 centigrammes ; des inhalations d'acide phénique à 2 p. 100 ; la teinture d'eucalyptus globulus de 1 à 3 grammes par jour.

Quand l'expectoration est fétide, on peut faire disparaître la fétidité par l'application de nombreuses pointes de feu au niveau de la région malade, suivant le conseil de M. Dieulafoy. Dans le même but, G. Stewart (*Rev. des sc. méd.*, 1893, p. 499) se sert avec succès du mélange suivant :

| | | |
|---|---|---|
| Menthol | 10 | grammes |
| Gaïacol | 2 | — |
| Huile d'olive | 88 | — |

Il fait deux injections intratrachéales, par jour, de 4 grammes environ par injection.

On peut employer encore les inhalations et pulvérisations d'eaux sulfureuses et arsenicales.

L'air pur et sec de la campagne est d'une utilité incontestable. Les cas de bronchectasie seront encore avantageusement traités par les eaux du Mont-Dore, d'Eaux-Bonnes, d'Enghien, etc.

On doit veiller à ce que ces malades ne se refroidissent pas et leur éviter les chances de nouvelles contagions.

*Traitement chirurgical.* — M. Dieulafoy émet l'opinion suivante : quand on pense au pronostic presque fatal qui accompagne la bronchectasie, on se dit que c'est encore dans la chirurgie qu'est l'avenir du traitement rationnel des dilatations bronchiques.

M. Rendu indique les règles suivantes pour l'intervention chirurgicale :

1° Quand la médication interne et les inhalations antiseptiques sont impuissantes à corriger la fétidité de l'expectoration, que l'état général devient mauvais, et qu'il y a des symptômes évidents de septicémie.

2° Quand la bronchectasie est limitée à un seul poumon vers le lobe inférieur et en rapport avec des adhérences pleurales, lorsque les signes sthétoscopiques indiquent la présence d'une cavité volumineuse se vidant et se remplissant alternativement.

3° Quand il n'existe ni tuberculose ni gangrène évidente du poumon. Ce dernier point est parfois difficile à établir.

L'opération est contre-indiquée quand le poumon du côté opposé est très emphysémateux, et aussi quand la dilatation bronchique est bilatérale, ce qui se rencontre fréquemment.

Suivant M. Marfan, l'intervention chirurgicale est indiquée quand le cas remplit les trois conditions suivantes : 1° il y a une dilatation ampullaire, qu'on peut supposer unique ; 2° le contenu de cette dilatation est putride ; 3° la ponction exploratrice a montré le siège précis de la dilatation.

Dans la plupart des cas, cependant, la pneumotomie n'a pas donné de guérison. C'est que la percussion, l'auscultation et même la ponction exploratrice sont des moyens insuffisants pour le diagnostic certain d'une excavation dans le cas de bronchectasie chez les enfants. Avant de se décider à intervenir chirurgicalement dans un cas de dilatation des bronches, il faut faire l'examen du thorax par la radioscopie. Ce dernier moyen d'exploration sera des plus utiles dans le cas de corps étranger dans les voies respiratoires, car il permettrait de savoir si le corps étranger est encore dans les bronches et sa position exacte.

---

## SUR UNE ARTHRITE TUBERCULEUSE HÉMORRAGIQUE

### CAUSÉE CHEZ L'HOMME PAR UN STREPTO-BACILLE DIFFÉRENT DU BACILLE DE KOCH

Par MM. les docteurs Paul Courmont et Louis Tixier.

Conclusions. — 1° Nous avons observé chez l'homme un cas de tuberculose articulaire atypique caractérisée par un épanchement hémorragique de la synoviale du coude, à marche torpide, mais rapide, avec développement de fusées purulentes péri-articulaires sans cause d'infection secondaire, et enfin mort du malade.

Il n'y avait pas de lésion osseuse, la synoviale seule présentait au microscope des tubercules typiques, et l'inoculation de la tuberculose humaine au cobaye produisit chez celui-ci une tuberculose à marche rapide et spéciale.

Il a été impossible de déceler le bacille de Koch, soit dans le liquide hémorragique ou les coupes de la synoviale, soit dans les organes des cobayes inoculés et devenus tuberculeux.

Par contre, il fut possible d'isoler dans ces lésions expérimentales un strepto-bacille particulier, bien différent du bacille de Koch.

L'inoculation de ce bacille au cobaye et au lapin reproduit des lésions tuberculeuses, dont les caractères et l'évolution rappellent ceux des lésions humaines originaires.

2° Il s'agit donc d'une tuberculose spéciale, atypique, caractérisée chez l'homme et chez l'animal par la rapidité de son évolution, la fréquence des lésions souvent hémorragiques des séreuses et des suppurations sous-cutanées, et causée, non par le bacille de Koch, mais par un strepto-bacille particulier, bien que les caractères histologiques des lésions, soit humaines, soit expérimentales, ne diffèrent pas de celles de la tuberculose de Koch.

3° *C'est là une preuve définitive qu'il existe chez l'homme des cas de tuberculose vraie, dont l'agent pathogène est différent du bacille de Koch*, comme cela est hors de conteste pour les tuberculoses animales.

L'étude de ce cas présente, en outre, le plus grand intérêt clinique, puisque ces tuberculoses spéciales semblent affecter chez l'homme une allure parfois un peu atypique et une marche ordinairement grave et rapide. (*Lyon médical.*)

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**La responsabilité médicale** (1), par le professeur P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

L'opinion publique s'est beaucoup modifiée depuis trente ans à l'égard des médecins : elle juge aujourd'hui bien plus sévèrement les fautes commises dans l'exercice de la profession. Quelle est donc exactement la responsabilité médicale? C'est ce que M. le professeur Brouardel expose en un livre magistral, avec sa haute compétence et sa grande autorité. Son souci, dans ce livre, est non pas de dire aux médecins ce que pourrait être la loi, mais ce qu'elle est, de la leur faire connaître, pour leur éviter les hésitations et les doutes.

Dans une première partie, M. Brouardel expose la théorie générale de la Responsabilité médicale. Vient ensuite la grosse question du secret médical, avec l'exposé de toutes ses difficultés spéciales, et le moyen de les résoudre, en choisissant un certain nombre de cas-types.

Les chapitres suivants sont consacrés à la déclaration de naissance et aux questions de suppression d'état, de supposition de part, puis aux inhumations.

La pratique des expertises médico-légales forme la dernière partie de l'ouvrage : M. Brouardel passe successivement en revue le droit de réquisition, l'instruction et le choix des médecins experts, puis les expertises et le rapport, tant en matière criminelle qu'en matière civile.

L'ouvrage se termine par un choix de consultations et d'expertises qui, méthodiquement exposées, viennent appuyer les conclusions de l'auteur.

Ce volume continue dignement la série de volumes publiés depuis trois ans par l'infatigable professeur, sous le titre de « Cours de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris ». Rappelons que les volumes précédents étaient consacrés aux sujets suivants : « La mort et la mort subite » ; « Les asphyxies » ; « La pendaison et la submersion » ; « Les explosifs et les explosions » ; « L'infanticide ».

**Technique microbiologique et sérothérapique** (2), guide pour les travaux du laboratoire, par le docteur Besson, chef du laboratoire de bactériologie à l'hôpital militaire de Rennes.

Tout médecin doit être aujourd'hui capable de se livrer aux recherches élémentaires de microbiologie, telles que celles du bacille de la diphtérie, etc. ; toutes les Facultés ont installé des laboratoires, où les élèves sont initiés à l'étude des bactéries.

Ce livre est destiné à guider le médecin et l'étudiant dans

(1) In-8°. Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°, avec figures noires et coloriées. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

les travaux du laboratoire; la préoccupation de M. Besson a été de faire un véritable vade-mecum, que le débutant pourra suivre pas à pas et où l'observateur exercé trouvera les renseignements de nature à le diriger dans ses recherches.

La première partie comprend la technique générale, applicable à tous les microbes. Dans chaque chapitre, M. Besson décrit les différents procédés qui ont été recommandés par les auteurs, mais il indique toujours un procédé de choix, dont la mise en pratique donnera toute satisfaction au débutant.

La seconde partie traite des particularités de la technique spéciale, propres à chaque microbe.

M. Besson passe en revue, à propos de chacun d'eux, la maladie expérimentale et la pratique des inoculations, la recherche du microbe dans l'organisme, sa morphologie et ses propriétés biologiques, la toxine, l'immunité, la vaccination et la sérothérapie.

M. Besson joint à l'étude des bactéries celle des champignons parasites et aussi celle des protozoaires, dont le rôle pathogène est bien connu aujourd'hui.

La troisième et dernière partie comprend l'exposé rapide des méthodes d'analyse bactériologique de l'air et de l'eau.

Les figures ont été l'objet de soins particuliers; à propos de chaque microbe, l'auteur a lui-même dessiné en couleurs, d'après ses préparations, l'aspect que l'on obtient en suivant les indications du texte : l'élève y trouvera un guide sûr pour l'interprétation de ses préparations.

**Tableaux synoptiques de pathologie externe (1), par le docteur Villeroy.**

Ce livre vient remplir une lacune signalée depuis longtemps pour le praticien qui n'a pas le loisir de consacrer de longues heures à la recherche du renseignement qu'il désire et pour l'étudiant qui est obligé de revoir rapidement les matières sur lesquelles doit porter son examen.

Les Tableaux synoptiques de pathologie externe, avec leurs caractères noirs qui se détachent en saillie, avec leurs accolades multiples qui établissent une hiérarchie dans les divisions et les subdivisions du sujet, se présentent à la vue et à l'esprit avec une netteté et une précision dont l'utilité n'échappera à personne, et qui faciliteront singulièrement la mémoire.

On peut dire que M. le docteur Villeroy a rendu un véritable service à tous ceux qui veulent embrasser d'un coup d'œil les différents aspects sous lesquels peut être étudiée telle ou telle maladie chirurgicale.

Il est vraiment extraordinaire que l'auteur ait pu faire tenir autant de matière dans un nombre aussi limité de pages et pour un prix aussi modique, et cela sans nuire à la clarté lumineuse de l'exposition.

Les Tableaux synoptiques de pathologie externe trouveront auprès des praticiens et des étudiants le même succès que les Tableaux synoptiques de pathologie interne, parus récemment.

**Les maladies évitables : moyens de s'en préserver et d'en éviter la propagation (2), par le docteur Bouloumié.**

La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle s'est de tout temps préoccupée des meilleurs moyens de développer la vulgarisation des pratiques de l'hygiène. Grâce à un généreux docteur, elle a organisé un concours pour la rédaction d'un ouvrage pouvant faire connaître aux familles les procédés à employer pour éviter la propagation des maladies transmissibles. Une commission, composée d'éminents hygiénistes, a résumé les résultats de ce concours dans un petit livre, essentiellement pratique, dont le titre : « Les maladies évitables, » indique bien le caractère et la portée.

Nous souhaitons qu'il soit rapidement mis entre les mains de toutes les personnes intéressées et que, lu par les instituteurs, les pères de famille, les médecins, il réussisse à augmenter encore la diminution si marquée de la mortalité par maladies contagieuses, grâce aux efforts combinés de l'hygiène publique et de l'hygiène privée.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-16, avec fig. — Prix : 1 franc. Paris, Masson et Cie.

---

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous publions, d'après le *Progrès médical*, la relation suivante d'un fait d'exercice illégal de la médecine par une sage-femme.

« Au tribunal correctionnel des Sables (Vendée), le 10 novembre 1897, l'audience a débuté par une affaire sensationnelle. La nommée X..., âgée de quarante-quatre ans, sage-femme, était poursuivie pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Quinze témoins avaient été assignés par le ministère public, tous habitants de la commune, venant raconter à l'audience comment ils ont été soignés, eux et leur famille, par la prévenue.

La veuve R..., cultivatrice, a appelé plusieurs fois la sage-femme pour soigner son fils atteint d'une hernie étranglée. L'inculpée ne reconnut pas la gravité du mal dont l'enfant R... était atteint. Après lui avoir appliqué un simple bandage, elle lui dit : « Tu peux aller faucher, maintenant, Pierre. » Mais l'état du jeune homme empira rapidement et, au bout de trois jours, le malheureux enfant mourait au milieu des plus cruelles souffrances.

L..., vingt-six ans, domestique, souffrait depuis plusieurs semaines d'un panaris au doigt. Le docteur R... fut appelé en même temps que la sage-femme. Cette dernière osa lui offrir même un bistouri qu'elle possédait, pour inciser le doigt malade; mais notre confrère répondit qu'il avait toujours le sien sur lui. Après le départ du docteur, l'inculpée examina une petite fille de la maison qui se trouvait atteinte d'un abcès sous l'aisselle. Elle perça alors l'abcès au risque de tuer l'enfant, car, de l'avis des médecins, le cas était fort grave et exigeait des connaissances spéciales.

M..., vingt-neuf ans, cultivateur, et R..., vingt-sept ans, cultivatrice, son épouse, ont eu recours à la femme X... pour soigner leur enfant âgé de six ou sept mois. L'inculpée fit placer sur la figure du petit être un cataplasme de farine de graine de lin : le lendemain, l'enfant était trouvé mort dans son berceau. « Si j'avais su que mon petit était si mal, a déclaré le père à l'audience, je me serais empressé d'aller chercher un médecin. »

La prévenue s'est avancée à la barre. Après avoir décliné ses nom, prénoms et qualité, la femme X... a expliqué au tribunal qu'elle n'a jamais exercé la médecine : « Je me suis contentée, dit-elle, de donner des conseils. Chaque fois qu'un malade me paraissait sérieusement atteint, je m'empressais d'inviter les parents à faire venir un médecin. »

M. le procureur de la République a prononcé un réquisitoire très sévère pour l'inculpée. Il a montré la femme X... se livrant journellement à l'exercice illégal de la médecine.

« Si l'enfant R... et si l'enfant M... sont morts, déclare M. le procureur, c'est la femme X... qui en est cause. Les parents, en effet, avaient une entière confiance en elle, aussi ont-ils eu l'imprudence de ne pas faire venir de médecins. » En terminant, M. le procureur a réclamé une peine sévère pour la prévenue. Le tribunal s'est retiré alors pour

délibérer. Au bout d'une demi-heure, l'audience est reprise et, à la stupéfaction générale, la femme X... a été acquittée purement et simplement.

Nous apprenons que M. le procureur de la République vient de faire appel de ce jugement extraordinaire! »

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 31 JANVIER AU 5 FÉVRIER 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 31 JANVIER,** à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet et Sebileau.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Pinard, Delbet et Walther; — M. Hanriot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Kirmisson et Tuffier; — (2e série) : MM. Marchand, Lejars et Broca; — (2e partie) : MM. Fournier, Letulle et Gaucher; — M. Reynier, suppléant.

**MARDI 1er FÉVRIER,** à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Chantemesse, Gley et Chassevant.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Bar et Hartmann; — M. Ballet, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Campenon et Quénu; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Hallopeau et Marfan; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Achard; — M. Thoinot, suppléant.

**MERCREDI 2 FÉVRIER,** à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Ricard et Lejars.

2e examen (2e partie) : MM. Rémy, Reynier et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Tuffier et Varnier; — M. Weiss, suppléant.

**JEUDI 3 FÉVRIER,** à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, Panas et Thiéry.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Rémy et Gley.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Maygrier, Nélaton et Albarran; — M. Ménétrier, suppléant.

**VENDREDI 4 FÉVRIER,** à une heure. — 2e examen (2e partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Blanchard et André.

3e examen (2e partie) : MM. Brissaud, Gilles de La Tourette et Widal.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Déjerine et Thoinot; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

**SAMEDI 5 FÉVRIER,** à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Quénu et Rémy.

3e examen (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Letulle.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Raymond et Achard; — M. Roger, suppléant.

5e examen (2e partie, 1re série), *Necker* : MM. Cornil, Troisier et Marfan; — (2e série) : MM. Debove, G. Ballet et Gilbert; — M. Nélaton, suppléant.

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 2 FÉVRIER,** à une heure. — M. CAVANIÉ. Essai sur la pathogénie de la mélanodermie parasitaire (MM. Fournier, président; Tillaux, Brissaud et Walther). — M. REILLE. Cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de l'abaissement (mis en usage par M. Schwartz); — M. CARPANETTI. Contribution à l'étude de la péri-arthrite scapulo-humérale (MM. Tillaux, président; Fournier, Brissaud et Walther).

**JEUDI 3 FÉVRIER,** à une heure. — M. POMPEANI. Toxine et antitoxine du gonocoque; étude critique et expérimentale (MM. Brouardel, président; Chantemesse, Gilbert et Netter). — M. MEUNIER. Cirrhose pigmentaire (MM. Chantemesse, président; Brouardel, Gilbert et Netter). — M. LAUTARET. Des complications locales et en particulier des complications infectieuses consécutives aux injections d'éther; — M. LOISELET. Essai sur certains états infectieux attribués à la grippe (MM. Debove, président; Troisier, Marie et Roger). — M. LAPINA. Traitement du rhumatisme (MM. Pouchet, président; Berger, Charrin et Hartmann). — M. DULAC. Du traitement des tumeurs blanches par les injections antiseptiques intra-articulaires (MM. Berger, président; Pouchet, Charrin et Hartmann).

**VENDREDI 4 FÉVRIER,** à une heure. — M. POTIER. Contribution à l'étude des tumeurs du pli du coude; — M. PARIS. Valeur séméiologique des écoulements de sang et de sérosité par l'oreille dans les fractures du rocher; — M. WETTERWALD. La commotion du labyrinthe (MM. Tillaux, président; Marchand, Ricard et Broca).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Séance du 21 janvier.

Questions d'oral posées : Vaisseaux sanguins du cœur; — Signes, diagnostic et pronostic du rachitisme.

MM. Sikora, 17 + 24 = 41. — Ferrand, 16 + 25 = 41. — Ribierre, 14 + 25 = 39. — Kendirdjy, 16 + 22 = 38. — Cathala, 16 + 21 = 37. — Pamard, 15 + 21 = 36. — Gasne, 14 + 20 = 34. — Mahar, 10 + 19 = 29.

— Les internes et externes, actuellement en exercice, étant prorogés dans leurs fonctions jusqu'au 28 février inclusivement, l'Administration de l'Assistance publique rappelle à ceux qui, en raison d'engagements pris ou de situations déjà acceptées, seraient dans l'impossibilité de conserver leur service jusqu'à cette date, qu'ils sont priés d'en aviser le directeur de l'hôpital auquel ils sont attachés, afin qu'il soit pourvu à leur remplacement.

— M. Chaslin, médecin-adjoint du service des aliénés à l'hospice de Bicêtre, passe à l'hospice de la Salpêtrière, en remplacement de M. Seglas, nommé médecin titulaire à l'hospice de Bicêtre.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 janvier 1898, M. le professeur de Nabias est nommé doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, en remplacement de M. le professeur Pitres, nommé doyen honoraire.

— Par décision ministérielle, en date du 22 janvier 1898, un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie sera ouvert au port de Toulon, le lundi 21 mars 1898, en vue du remplacement de M. le médecin de deuxième classe Crozet, titulaire de ce poste.

Le jury de ce concours sera composé de M. le directeur du service de santé de la marine Merlin, président, et de MM. le médecin principal Boutin, professeur de petite chirurgie, et le médecin de première classe Bousquet, professeur d'anatomie, à Toulon, membres.

— M. le docteur Barbier, médecin des hôpitaux, est nommé membre des comités d'admission à l'Exposition universelle de 1900 (classe 110).

— M. le docteur Négrié est nommé membre honoraire de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

— Le jury du concours pour un emploi de professeur de pathologie exotique et d'hygiène navale, dont l'ouverture doit avoir lieu à Toulon le lundi 7 mars 1898, sera composé de :

M. l'inspecteur général du service de santé de la marine, président; — M. Fontan, médecin en chef, professeur de clinique chirurgicale à l'école de perfectionnement à Toulon, membre; — M. Galliot, médecin en chef, professeur de clinique médicale à la même école, membre.

— L'hôpital Saint-Joseph, à Paris, comprend 204 lits, dont 52 étaient dotés jusqu'à l'année 1876, les 152 autres restant à la charge d'un budget aléatoire. Un bienfaiteur anonyme vient de verser 800000 francs pour l'entretien de 32 lits installés dans un pavillon élevé à ses frais. Un autre bienfaiteur anonyme annonce qu'il versera prochainement une somme de 500000 francs pour l'entretien de 20 lits.

— Le concours pour une place de médecin sanitaire maritime, ouvert devant la Faculté de médecine de Bordeaux, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Bernard, interne des ambulances urbaines.

— Une prolongation de congé de convalescence de six mois, à passer au Lavandou, est accordée à M. Revet, élève de l'École du service de santé de la marine à Bordeaux.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'agence des Voyages économiques, diverses excursions permettant de visiter (tous frais compris) les unes : Nice, au moment du carnaval (17 au 24 février, 300 francs); Nice, l'Italie et la Corse (17 février au 4 ou 18 mars, 815 à 915 francs) ; les autres : l'Égypte, la Palestine, la Syrie, l'Asie Mineure et Constantinople (du 9 février au 16 mars, 30 mars, 20 et 24 avril, de 1950 à 4300 francs, suivant les itinéraires choisis).

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux des Voyages économiques, 10, rue Auber, ou 17, faubourg Montmartre, à Paris.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 11. — JEUDI 27 JANVIER 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 27 JANVIER 1898. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Albert Robin, qui passe à juste titre pour l'un des plus brillants représentants de la thérapeutique moderne et progressiste, a entrepris aujourd'hui la tâche quelque peu ingrate de réhabiliter aux yeux de l'Académie trois moyens thérapeutiques bien délaissés : la saignée, le vomitif et le vésicatoire. Il faut savoir gré à M. Robin de cette audacieuse entreprise, qui ne sera pas sans causer quelque étonnement auprès de la jeune génération médicale élevée, sans aucun doute, dans le plus profond mépris de ces trois grands débris de la vieille thérapeutique. La saignée trouvait encore grâce parfois auprès des accoucheurs et des médecins s'occupant plus particulièrement des affections du cœur; l'ipécacuanha était encore quelquefois prescrit chez les enfants; quant au vésicatoire, il a été l'objet d'une grande discussion à la Société de thérapeutique et, s'il a trouvé encore quelques ardents défenseurs, il a rencontré encore plus de détracteurs. Aucun de ces moyens, en un mot, n'était plus à la mode, et il ne faut rien moins que l'autorité de la tribune académique pour les y remettre. D'après la courte discussion qui a suivi la communication de M. Robin, il y a tout lieu de penser qu'il sera appuyé par un certain nombre de ses collègues pour cette réhabilitation de la saignée, de l'ipéca et du vésicatoire. Voilà déjà M. Trasbot, qui déclare ne les avoir jamais abandonnés dans sa pratique vétérinaire et qui a donné d'excellentes raisons de cette pratique. Voilà M. Le Roy de Méricourt, qui signale les services rendus par ces moyens, en particulier par les vomitifs, dans la médecine coloniale. Voilà M. Huchard, qui a rappelé les bienfaits, déjà plusieurs fois signalés, de la saignée dans certains états cardiaques, mais qui, tout en reconnaissant l'utilité des vésicatoires, en craint beaucoup les abus ou l'application intempestive dans des cas d'œdèmes pulmonaires liés à des troubles d'artério-sclérose conduisant à l'urémie. Enfin, voilà M. Ferrand, qui, dans la discussion de la Société de thérapeutique, a si énergiquement défendu le vésicatoire, qui a demandé la parole pour plaider de nouveau sa cause devant l'Académie. Voilà donc un retour bien défini vers des pratiques qui, pour beaucoup de praticiens, d'ailleurs, n'ont jamais cessé d'être en honneur. Si le regretté Peter avait été à cette séance, il aurait triomphé.

Au début de la séance, M. Laborde a appelé de nouveau l'attention de l'Académie sur la lutte contre l'alcoolisme et, en particulier, sur la création de locaux de tempérance. Il a demandé l'appui moral et matériel de l'Académie et de tous les hommes soucieux de l'avenir du pays pour soutenir cette œuvre.

M. Duplay a ajouté quelques renseignements concernant la technique opératoire suivie par M. Cazin, dans l'intéressante observation communiquée par M. Dieulafoy, et relative à un cas de guérison d'hématémèse grave par la ligature du vaisseau de l'estomac, point de départ de l'hémorragie.

Enfin, M. Folet (de Lille) a fait une communication sur le traitement chirurgical de certaines déviations utérines.

## LA SAIGNÉE, LES VOMITIFS ET LE VÉSICATOIRE

Par M. Albert ROBIN,
Membre de l'Académie de médecine.

### I

En ce temps de progrès où les découvertes nouvelles changent si rapidement l'orientation des choses de la médecine, les vieilles médications qui furent le plus en honneur sont à peu près abandonnées, et l'expérience des siècles passés ne compte, pour ainsi dire, presque plus pour rien devant les horizons, si étendus, ouverts à la thérapeutique.

Au nom de la clinique et au nom de la physiologie, on a fait l'oubli sur des modes d'intervention dont nos pères avaient peut-être abusé, et qui ne méritaient ni l'extrême faveur où ils les tenaient, ni l'ostracisme dont on les frappe aujourd'hui. Entre l'enthousiasme du passé et le silence d'aujourd'hui, je pense qu'il y a place encore pour une opinion moyenne, à la condition que celle-ci soit étayée par la rigoureuse expérimentation que permettent les modernes procédés d'investigation.

C'est pourquoi je voudrais tenter de réhabiliter les émissions sanguines, la saignée, en particulier, les vomitifs et le vésicatoire, en précisant leur mode d'action physiologique, afin d'en tirer des indications thérapeutiques qui ne laissent rien au hasard.

### II

ÉMISSIONS SANGUINES. — *A*. Les émissions sanguines sont à peu près abandonnées. Elles ne sont plus la médication

de tradition; la physiologie les repousse, puisqu'elle semble démontrer que leurs effets immédiats — les seuls favorables — sont fugaces et que leurs effets secondaires sont désastreux. La physiologie pathologique ne reconnaît aucun processus morbide où elles soient utilisables, sauf dans les cas où il s'agit de modifier temporairement la pression sanguine ou d'évacuer un poison retenu dans le sang, comme dans l'urémie. Actuellement, dans les cas rares où l'on saigne, on ne demande à la saignée qu'un effet mécanique ou évacuateur, et comme cet effet est toujours transitoire et qu'on ne peut pas épuiser l'organisme pour le renouveler, on ne saigne plus, ou l'on saigne à la dernière extrémité, quand la déplétion devient urgente; aussi, cette urgence de la déplétion demeure-t-elle, à notre époque, l'unique et exceptionnelle indication de la saignée.

Les choses changent singulièrement d'aspect, quand, au lieu de s'en tenir aux documents statistiques fournis par la clinique et aux enseignements d'une physiologie un peu arriérée, on considère l'action des émissions sanguines sur la nutrition élémentaire. C'est là que nous allons trouver la source d'indications nouvelles dont la précision et la certitude ont presque un caractère mathématique.

*B.* Cette action des émissions sanguines sur la nutrition a été fixée par l'étude des échanges généraux et par celle des échanges respiratoires. Les échanges respiratoires ont été déterminés avec la collaboration de Maurice Binet.

Dans une maladie aiguë, comme la pneumonie, prise pour type, une saignée de 100 grammes augmente légèrement la quantité d'urine (8 p. 100), les matériaux solides, les matériaux organiques, l'urée, l'azote total, le coefficient d'oxydation azotée, l'acide phosphorique, le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total. Ceci équivaut à dire que la saignée augmente les échanges azotés, améliore l'évolution des produits azotés de la désintégration en accroissant leur oxydation et relève les actes chimiques qui s'accomplissent dans le système nerveux.

Dans les états urémiques, l'action d'une saignée de 250 grammes produit exactement les mêmes résultats.

Il en est de même chez le cardiaque avec une saignée de 150 grammes.

Les hémorragies naturelles, comme les règles, agissent à peu près de la même manière que les hémorragies provoquées dans un but thérapeutique. Les oxydations azotées sont augmentées, mais la désintégration azotée, c'est-à-dire la destruction des matières albuminoïdes, est diminuée.

Les hémorragies pathologiques, ou tout au moins certaines d'entre elles, comme les hématémèses de l'ulcère rond de l'estomac ou du duodénum, ont la même influence.

*C.* Passons aux échanges respiratoires.

Leurs variations démontrent que les hémorragies naturelles accroissent les échanges respiratoires dans presque tous leurs détails et que les émissions sanguines portent cet accroissement à des chiffres considérables qui sont, jusqu'à un certain degré, en rapport avec la quantité de sang évacué.

*D.* L'ancienne médecine nous avait appris déjà que la petite saignée active la rénovation du sang et diminue temporairement sa tension. Nos recherches démontrent que les émissions sanguines provoquent, en outre, une suractivité dans les phénomènes de la nutrition élémentaire.

On voit augmenter aussi, sous son influence, la quantité d'$O^2$ absorbé par les tissus, ainsi que l'urée et le coefficient d'oxydation azotée. Il en résulte que la soustraction d'une quantité modérée de sang est un moyen d'oxydation générale.

De ces faits découlent des indications précises pour l'emploi des émissions sanguines :

1° Leur action sur la tension sanguine, si courte qu'elle soit, légitime leur utilité dans les stases sanguines des cardiaques asystoliques, dans l'œdème aigu du poumon, ce qui, d'ailleurs, est à peu près admis par tout le monde, au moins théoriquement.

2° Elles trouveront leur emploi dans les affections où la nutrition est en déchéance, quand cette déchéance ne sera pas la conséquence d'une dénutrition exagérée, mais bien d'une insuffisance des actes nutritifs, démontrée, entre autres preuves, par l'abaissement des échanges respiratoires, du taux de l'urée, des divers coefficients d'oxydation.

Ceci revient à dire que les émissions sanguines ne conviendront pas à telle ou telle entité morbide, mais qu'elles pourront intervenir dans des états pathologiques fort dissemblables, à la condition qu'on y rencontre cette indication dominante de la déchéance, ou, mieux encore, de l'insuffisance des oxydations organiques.

3° On conçoit, à l'aide de cette donnée, comment la saignée peut donner des résultats décisifs dans quelques maladies infectieuses, comme la pneumonie, alors que les accidents dominants qui imposent à la maladie sa haute gravité, sont causés par des poisons d'origine microbienne, et par ceux que fabrique l'organisme dans sa lutte contre l'agent infectieux. J'ai longuement insisté sur ce fait, qu'il y a deux espèces de fièvres : l'une réactionnelle, favorable, constituant un véritable acte de défense; l'autre toxique, due à l'action des poisons microbiens et organiques. La première espèce de fièvre, il faut la respecter; la seconde, il faut la combattre. Or, cette dernière n'est pas justiciable de l'antipyrèse; elle n'est attaquable que par les moyens visant directement les toxines. De celles-ci, l'organisme ne peut se débarrasser que de deux façons, soit en les éliminant, soit en les oxydant, ce qui les transforme en produits solubles, facilement éliminables, dépourvus de toxicité. Or, les émissions sanguines qui accélèrent si puissamment les oxydations, sont destinées à devenir un agent thérapeutique de premier ordre dans certaines infections et dans quelques auto-intoxications, à la condition qu'on les manie avec prudence et habileté. La preuve en est faite pour la pneumonie, et nous ne doutons pas que l'heure vienne bientôt où l'on discutera, tout au moins, la possibilité de son emploi dans d'autres infections.

4° Dans les auto-intoxications, dont l'urémie est le type, les émissions sanguines n'agissent pas tant en soustrayant une minime partie du poison qu'en activant les actes d'oxydation qui transforment ce poison en un principe soluble et non toxique.

Quelques-unes de nos recherches, pratiquées chez des urémiques, démontrent nettement, en effet, un énorme accroissement des oxydations.

*E.* A ce propos, ces recherches tendent encore à prouver combien est inexacte la théorie qui fait jouer à l'intoxication par les sels de potasse un rôle prépondérant dans l'urémie. Si cette théorie était exacte il faudrait, pour que la saignée eût une action efficace, retirer une grande masse de sang, afin d'extraire une plus grande quantité de poison, et personne ne met en doute l'action souvent définitive d'une saignée de 200 à 250 grammes, soit d'une bien faible partie de la masse totale du sang.

Mais je puis fournir une preuve bien plus forte encore. D'après les auteurs, la quantité de potasse contenue dans le sang normal serait de 1gr 570 à 1gr 739 p. 1000. Mes recherches personnelles m'ont donné le chiffre de 1gr 640 p. 1000.

Six analyses ont montré que la potasse a été cinq fois au-dessous du chiffre physiologique; une seule fois, elle s'est rapprochée de la normale. Comment admettre l'intoxication par la potasse quand le sang de ces urémiques n'en a jamais renfermé une quantité extraphysiologique? Comment admettre un empoisonnement quand il n'y a pas de poison? D'autant que l'erreur des partisans de la toxicité des sels de potasse tient, en partie, aux procédés incorrects employés pour son dosage, ainsi que je l'ai démontré en 1889 à la Société de biologie.

J'espère que ces faits feront justice d'une opinion encore trop répandue et qui a servi de base à une thérapeutique illusoire.

III

Les vomitifs. — Les vomitifs, qui jouaient un rôle thérapeutique si important dans une médecine qui n'est pas encore loin de nous, sont bien déchus de leur ancienne splendeur. Qui penserait, en effet, à les employer contre les diarrhées ou la dysenterie, comme Hufeland; contre les dyspepsies, comme Franck; contre l'hématémèse, comme Panaroli et Sheridan; contre la lithiase hépatique comme Cullen et Saunders; contre la fièvre intermittente, comme Bretonneau; contre le typhus, comme Craves; contre les accidents puerpéraux, comme Trousseau, etc.?

Aujourd'hui, dans la médecine de l'adulte, les vomitifs sont presque délaissés; ils ne sont plus guère en usage que dans la médecine des enfants où on les emploie au début des affections de l'appareil respiratoire. Et encore, depuis que la notion de l'infection bronchique a pris rang en pathologie, la médication antiseptique tend à détrôner peu à peu la médication vomitive.

Je n'ai point à faire ici le procès de la médication antiseptique appliquée aux infections bronchiques. Ce que je veux démontrer, c'est que les vomitifs, outre qu'ils réalisent le curage des bronches — ce qui vaut toutes les antisepsies — sont de puissants agents d'oxydation, ce qui est encore l'un des moyens les plus actifs que nous possédions pour nous débarrasser des toxines microbiennes.

Des exemples, que je pourrais multiplier, démontrent l'action puissante des vomitifs sur la capacité et la ventilation pulmonaire, sur la formation de l'acide carbonique, la consommation de l'oxygène, tous éléments qui s'accroissent dans des proportions considérables.

Cet accroissement des échanges gazeux dans tous leurs éléments, sous l'influence des vomitifs, reconnaît deux conditions mécaniques, soit l'augmentation de la capacité respiratoire et de la ventilation, et une condition chimique ou mieux vitale, à savoir la plus grande absorption d'oxygène et la plus grande formation d'acide carbonique pour le même volume d'air expiré. Avec cette double action, mécanique et chimique, il y a de quoi justifier la vogue ancienne des vomitifs, du moins dans leur application au traitement de l'infection bronchique.

Je n'hésite pas à affirmer qu'ils ont, dans ces cas, une bien autre valeur que les antiseptiques à la mode, d'autant que, jusqu'à présent, je ne leur ai pas trouvé de grandes contre-indications. Les vieillards, en particulier, chez lesquels les infections bronchiques sont si fréquentes et si graves, supportent parfaitement les vomitifs. A l'hospice des Ménages, je les ai administrés largement, pendant six années, et je n'ai jamais eu qu'à m'en louer.

Récemment encore, j'avais, à la Pitié, un individu de cinquante-six ans, ancien rhumatisant, emphysémateux bronchitique, artério-scléreux, urobilinurique par insuffisance hépatique, et légèrement albuminurique par sclérose rénale, atteint depuis deux semaines environ d'infection bronchique avec expectoration muco-purulente considérable et température oscillant autour de 39 degrés. L'accentuation des symptômes d'auscultation aux sommets fit penser un instant à la tuberculose. Le malade avait perdu l'appétit, le sommeil, et il s'acheminait rapidement vers la cachexie. Après un premier vomitif (1gr50 d'ipéca avec 5 centigrammes de tartre stibié), la température tomba de 39°4 à 37°3. Après un deuxième vomitif, elle s'abaissa de 38°6 à 37°9, puis 37°5. A partir de ce moment, la température ne s'est plus élevée, et le malade quittait l'hôpital sans autres signes stéthoscopiques que ceux de l'emphysème pulmonaire, vingt-trois jours après son entrée. Il avait gagné deux kilogs et demi et ne présentait plus que des traces indosables d'albumine.

La chimie pathologique et la clinique s'accordent pour déclarer que les vomitifs valent contre l'infection bronchique ce que le purgatif vaut contre l'infection intestinale. Aucun antiseptique ne saurait jusqu'à présent les détrôner.

IV

Le vésicatoire. — On mène en ce moment, contre le vésicatoire, la plus ardente et la plus injuste des campagnes. Des enquêtes contradictoires ouvertes dans plusieurs journaux de médecine ont abouti à un ostracisme presque complet de ce puissant agent; il a été condamné officiellement du haut d'une des chaires de la Faculté, et ses derniers défenseurs ne hasardent plus que de timides protestations.

Pour ma part, j'y suis resté fidèle et je ne crains pas de l'affirmer hautement à la tribune si retentissante de l'Académie de médecine. Je crois à l'efficacité de la révulsion, aux effets résolutifs, vaso-moteurs et même dérivatifs du vésicatoire; j'admets, avec M. Ferrand, qu'il exalte la phagocytose, qu'il agit sur le dynamisme nerveux, et, sans reprendre les arguments développés dans la brillante discussion qui s'est déroulée en 1895 à la Société de thérapeutique, je pense qu'il serait fâcheux de voir priver la thérapeutique d'un tel moyen d'action. Dans cette discussion restée fameuse, les adversaires et les partisans du vésicatoire sont restés sur leurs positions, sans se convaincre, ce qui est le propre de la plupart des discussions. Et si je rouvre le débat, c'est que j'ai un nouvel argument à apporter. Cet argument, c'est l'effet produit par le vésicatoire sur le chimisme respiratoire.

Suivent ici un certain nombre d'observations prouvant que les échanges respiratoires subissent une augmentation presque constante.

Dans ces analyses, ce qui frappe avant tout, c'est que l'accroissement des échanges respiratoires tient essentiellement à une augmentation de la ventilation. Si l'oxygène consommé s'élève, ce n'est pas parce que l'air inspiré en perd une plus grande quantité pendant son court séjour

dans les alvéoles pulmonaires, mais uniquement parce que, dans l'unité de temps, il passe une plus grande quantité d'air dans les poumons. Les vomitifs, et surtout les émissions sanguines, accroissaient les échanges par le fait d'une double action mécanique et chimique; les vésicatoires ont surtout un effet mécanique.

Je ne veux pas discuter la question de savoir si cette élévation de la ventilation est due à un réflexe dont l'irritation cutanée serait l'origine, si l'absorption de la cantharidine joue un rôle quelconque, ni telle hypothèse sur le mode d'action du vésicatoire.

Restons dans les limites du fait. Connaît-on beaucoup de moyens capables de réaliser un effet si marqué, et cela d'une façon aussi fréquente? Et doit-on considérer comme sage de se priver d'un agent aussi actif? Est-il indifférent d'avoir en sa possession, de pouvoir gouverner une médication capable de doubler, dans certains cas, l'absorption et la consommation de l'oxygène?

La réponse à ces questions ne saurait faire de doute, et la connaissance de cette propriété du vésicatoire fera peut-être réfléchir ceux qui le condamnent sans merci. En tout cas, elle soutiendra la confiance de ses derniers partisans, en leur donnant l'une des raisons scientifiques de son action et en leur fournissant une nouvelle indication pour son emploi.

Au moment où s'écroule la vieille thérapeutique, il n'était peut-être pas sans utilité de montrer que trois de ses médications les plus réputées méritaient de survivre, sinon de revivre, et que la science moderne justifie, dans une assez large mesure, la pratique que nos devanciers fondaient uniquement sur leurs patientes observations cliniques.

---

## LA BELLADONE CHEZ LES ENFANTS

Nous extrayons, d'un travail paru dans la *Médecine moderne*, les conseils suivants donnés par M. Comby, sur la manière de formuler les différentes préparations belladonées chez les enfants.

Pour l'usage interne, la préparation pharmaceutique la plus employée est la teinture alcoolique de belladone, qui se prescrit par gouttes.

R. Blache est pour les doses faibles, et conseille de ne pas dépasser III, IV, V gouttes jusqu'à deux ans, V à VIII gouttes jusqu'à trois ans, X à XX gouttes jusqu'à dix ans; encore faut-il avoir soin de fractionner les doses.

J. Simon, qui a toujours beaucoup usé de la teinture de belladone, va plus loin et déclare qu'il a pu donner sans danger, en fractionnant les doses, XL gouttes à des enfants de trois ans, LX gouttes à quatre ans, et jusqu'à CXX gouttes chez une fille de treize ans.

Il n'y a pas, en effet, de règle absolue et l'on doit chercher à atteindre la limite des effets physiologiques (visage animé, yeux brillants, pupilles dilatées). En donnant V gouttes de teinture par année d'âge, soit X gouttes à un enfant de deux ans, XX gouttes à un enfant de quatre ans, XXX gouttes à un enfant de six ans, on ne nuira pas, à la condition de répartir cette dose sur toute la journée et de s'arrêter s'il y a intolérance ou menace d'intoxication. C'est surtout à la période convulsive de la coqueluche qu'on usera largement de la belladone, soit pure, soit associée à l'aconit. On pourra prescrire :

Teinture de belladone . . . } āā 5 grammes.
Alcoolature d'aconit . . . }

X, XX, XXX gouttes en quatre ou cinq fois dans la journée, suivant l'âge des enfants; on se servira, comme véhicule, d'une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée.

La teinture de belladone peut être associée à la teinture de drosera rotundifolia ou de grindelia robusta.

Teinture de belladone . . . . 5 grammes.
— de drosera ou de grindelia . . . . . . 10 —

X à L gouttes en vingt-quatre heures.

On peut aussi mêler la teinture à un sirop simple ou composé :

Teinture de belladone. . . . XXX gouttes.
Sirop de fleurs d'oranger . . . 10 grammes.
— de codéine . . . . 10 —
Eau distillée. . . . . . 60 —

une cuillerée à café deux ou trois fois par jour suivant l'âge.

Dans les douleurs intestinales, J. Simon a prescrit IV à X gouttes, avant le repas, de la mixture suivante :

Teinture de belladone . . . }
— de cannelle . . . } āā 5 grammes.
— de Colombo . . . }

Dans les douleurs qui accompagnent quelquefois la menstruation chez les jeunes filles, il a conseillé l'association avec l'élixir parégorique :

Teinture de belladone . . . . 5 grammes.
Élixir parégorique. . . . . . 10 —

On peut donner par jour, à une fillette de douze à quinze ans, XL à LX gouttes de cette préparation.

Quand, dans la coqueluche, le cœur faiblit, quand le pouls prend une fréquence exagérée, il y a avantage, comme le faisait H. Roger, à associer la belladone à la digitale; on peut prescrire à son exemple :

Teinture de belladone . . . . 10 grammes.
— de valériane . . } āā 5 —
— de digitale . . . }

V à LX gouttes par jour suivant l'âge.

Si la teinture de belladone est aujourd'hui la préparation la plus employée, il n'en a pas toujours été ainsi, et l'on avait recours volontiers à la poudre et à l'extrait.

Sandras prescrivait dans la coqueluche :

Poudre de racines de belladone. . 5 centigr.
Sucre pulvérisé . . . . . . . . 25 —

pour un paquet; 2 à 8 par jour suivant l'âge.

Trousseau formulait :

Poudre de belladone. } āā 1/2 centigramme.
Extrait de belladone. }

pour une pilule; une le matin, ou une matin et soir, suivant l'âge (au-dessous ou au-dessus de quatre ans); pour faire prendre ces pilules, on les écrase et on les mêle à de la confiture, à du sirop, à du lait sucré, etc.

Le sirop de belladone est très employé, soit pur, soit mitigé par le sirop de tolu; M. Cadet de Gassicourt prescrit :

Sirop de belladone . . . . . 50 grammes.
— de tolu. . . . . . . . . 150 —

une cuillerée à café en deux fois dans la première enfance, puis augmentation progressive par demi-cuillerée à café, jusqu'à sédation des quintes de coqueluche. Pour les enfants de plus de sept ans, on commencera par deux cuillerées à café et on augmentera progressivement, jusqu'à ce que les pommettes rougissent et que les paupières se dilatent.

On peut associer le sirop de belladone au sirop d'opium, de codéine, d'éther, etc.

| | |
|---|---|
| Sirop de belladone. | 30 grammes. |
| — de codéine. | 30 — |
| Bromure de potassium. . . . | 2 — |
| Eau de fleurs d'oranger . . . | 40 — |

Une cuillerée à café matin et soir à trois ans; trois cuillerées à café par jour au-dessus de cet âge.

En résumé, la dose moyenne de sirop de belladone sera d'une cuillerée à café (5 grammes) par trois années d'âge : une cuillerée à trois ans, deux à six ans, trois à neuf ans, quatre à douze ans, etc. On pourra aller plus loin en suivant de près les effets du médicament et en fractionnant les doses. Les extraits, teintures, sirops de belladone, n'ont malheureusement pas toujours une valeur égale. Il y a des teintures très énergiques et d'autres qui le sont très peu. Nous ne savons jamais d'avance quelle est la teneur en *atropine* des teintures que nous prescrivons. De là une grande incertitude dans les effets obtenus. Il serait préférable de recourir, d'un commun accord, au sulfate neutre d'atropine, dont il est facile d'avoir des solutions parfaitement titrées.

Quand on se sert de l'alcaloïde, du sulfate d'atropine, qui n'est pas seulement employé en oculistique, mais encore en médecine interne, on choisit des solutions très étendues; Archambault prescrivait une solution au millième :

| | |
|---|---|
| Sulfate d'atropine . . . . . | 1 centigr. |
| Eau distillée. . . . . . . | 10 grammes. |

1 goutte trois fois par jour dans une cuillerée à café d'eau, pour un enfant d'un an; doubler au bout de quelques jours pour les enfants plus âgés.

J. Simon, plus audacieux, a pu donner à trois ans, dans la coqueluche, jusqu'à 2 milligrammes d'atropine par jour, soit XL gouttes de cette solution. Il ne serait pas prudent de débuter par cette dose.

Dans l'épilepsie et les affections convulsives de l'enfance, si l'on emploie la belladone, on fera bien de l'associer au bromure de potassium, qui renforcera son action calmante et antispasmodique.

On pourra prescrire :

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone . . . . | 10 centigr. |
| Bromure de potassium . . . | 10 grammes. |
| Sirop d'écorces d'oranges amères . . . . . | 200 — |

Une cuillerée à café matin et soir dans la première enfance, une cuillerée à dessert deux fois par jour de cinq à dix ans, deux et trois cuillerées à soupe au-dessus de dix ans.

Pour l'usage externe, la belladone est prescrite en pommade ou en liniment.

La pommade se faisait autrefois avec l'axonge et l'extrait de belladone, à la dose de 4 grammes d'extrait pour 30 grammes de corps gras.

Aujourd'hui on se sert plus volontiers de vaseline comme excipient.

L'onguent napolitain belladoné a pour formule :

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone. . . . . . | 4 grammes. |
| Onguent napolitain. . . . . . | 30 — |

Les liniments se font avec l'huile :

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone . . . . . | 4 grammes. |
| Huile d'olives. . . . . . | 30 — |

Un des liniments les plus connus est le *baume tranquille* qui, entre autres nombreuses substances narcotiques et antispasmodiques, contient des feuilles fraîches de belladone contusées, cuites dans l'huile, passées avec expression et filtrées.

La belladone se prescrit encore en suppositoires, soit pour calmer les épreintes et les douleurs de la fissure anale, soit pour amener des évacuations.

Chez les enfants constipés, j'ai prescrit souvent des suppositoires creux au beurre de cacao avec :

| | |
|---|---|
| Glycérine . . . . . . . | 1 gramme. |
| Aloès. . . . . . . . | 10 centigr. |
| Extrait de belladone . . . . . | 1 — |

En cas de turgescence gingivale, avant l'éruption dentaire, on a fait des frictions avec un sirop de dentition à la belladone et à la cocaïne :

| | |
|---|---|
| Sirop de belladone. . . . . . | 10 grammes. |
| Chlorhydrate de cocaïne . . . | 25 centigr. |

On voit combien variées sont les applications de la belladone en médecine infantile.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 janvier 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### COMMUNICATIONS

**Intervention chirurgicale dans les hématémèses foudroyantes.** — M. DUPLAY, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Dieulafoy, revient sur quelques points de la technique opératoire suivie par M. Cazin dans l'observation qu'a rapportée M. Dieulafoy. On sait combien il est parfois difficile de trouver le point par lequel se fait l'hémorragie dans l'estomac; or, il est une manœuvre qu'a suivie M. Cazin et qui peut être très utile dans ces cas; cette manœuvre consiste à faire saillir la muqueuse de l'estomac en la retournant comme un gant. On peut ainsi facilement en examiner toute la surface et déceler le point de départ de l'hémorragie.

M. Dieulafoy a dit que M. Cazin avait fait une forte injection de sérum après l'opération. C'est au cours même de l'opération que M. Cazin a fait faire, dans la veine du bras droit, une injection de 1 500 grammes de sérum et c'est certainement cette injection qui a permis au malade de résister et de pouvoir supporter l'opération. M. Duplay pense également avec M. Hayem que ces injections peuvent elles-mêmes être un moyen efficace contre l'hémorragie.

M. Duplay communique l'observation d'une jeune femme qui a été amenée dans son service après s'être tiré une balle de revolver qui avait perforé l'estomac et amené des hématémèses très abondantes. M. Cazin a fait la laparotomie, suturé l'estomac et la malade a rendu quelques jours après la balle par l'intestin.

**Traitement chirurgical des déviations utérines par la cunéo-hystérotomie vaginale.** — M. FOLET (de Lille) s'élève contre l'opinion courante qui fait de la plicature utérine dans les flexions un facteur tout à fait accessoire et négligeable. Il redresse l'axe utérin en pratiquant sur la face de la matrice qui présente l'angle saillant (face antérieure ou postérieure selon que l'on a affaire à une rétro ou à une antéflexion), l'excision d'un coin de paroi utérine sans entamer la muqueuse, et le rapprochement par des sutures de l'incision elliptique transversale. Cette cunéo-hystérotomie, que Thiriar et Jonnesco ont faite par le ventre, il l'exécute par le vagin et la facilite en faisant franchir à l'utérus, par des tractions modérées sur les ligaments, l'incision du cul-de-sac (antérieur ou postérieur). Cette luxation temporaire de l'utérus rend fort aisées la résection du coin musculaire et les sutures.

**La saignée, les vomissements et le vésicatoire.** — M. ALBERT ROBIN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 93.)

### DISCUSSION

**M. LE ROY DE MÉRICOURT** rappelle les bons effets de l'ipécacuanha dans la dysenterie des pays chauds et dans la fièvre intermittente. La clinique, à ce point de vue, confirme absolument ce que vient de dire M. Robin des vomitifs.

**M. TRASBOT** n'a jamais cessé d'être un partisan convaincu des trois moyens thérapeutiques dont vient de parler M. Robin. Il n'a jamais cessé de recourir à l'emploi de la saignée chez le cheval. Voilà trente-cinq ans qu'il a constaté qu'après une saignée moyenne de 3 à 4 litres, le sang, chez le cheval, se reforme avec une grande rapidité. En outre, la saignée amène toujours un résultat et rend la respiration plus ample et plus facile. Elle rend les plus grands services dans la pneumonie, dans la congestion de la moelle, si fréquente chez le cheval.

Quant aux vésicatoires, rien ne vaut leur application au traitement de la pleurésie double chez le cheval, car on sait que, chez le cheval, la pleurésie est toujours doubl e.

M. Trasbot apporte ces faits qui sont de nature à confirmer l'opinion émise par M. Robin.

**M. HUCHARD** partage également l'opinion de M. Albert Robin sur les excellents effets, sur l'action héroïque de la saignée dans les maladies infectieuses. Dans certaines affections cardiaques, elle agit aussi merveilleusement comme diurétique.

M. Huchard est également d'accord avec M. Robin sur les avantages de l'émétique.

Quant au vésicatoire, il fait quelques réserves sur son emploi, ou tout au moins sur l'abus qu'on en peut faire et qui peut amener des accidents formidables et même la mort. Il faut donc combattre, non l'usage, mais l'abus des vésicatoires. Voilà, par exemple, un malade qui a de l'artério-sclérose ; à un certain moment, il présente des signes de congestion aux deux bases pulmonaires, il a de la dyspnée. Or, pour beaucoup de médecins de la campagne, dyspnée est synonyme de vésicatoire et on prescrit un vésicatoire. Le lendemain, loin d'aller mieux, le malade étouffe toujours, second vésicatoire, puis troisième, quatrième vésicatoire et ainsi de suite jusqu'à ce que la mort s'ensuive. Et c'est ainsi que souvent on transforme une uremia minor en urémie complète et mortelle. Il appartient donc à l'Académie de bien poser les indications et surtout les contre-indications des vésicatoires.

**M. FERRAND**, qui s'est montré le défenseur du vésicatoire dans la discussion de la Société de thérapeutique, désire aussi le défendre devant l'Académie et demande à être inscrit à l'ordre du jour de la prochaine séance.

**M. LABORDE** rappelle des expériences qu'il a faites autrefois avec M. Galippe sur les vésicatoires. Il a démontré que le vésicatoire pouvait produire un épanchement. Il faut tenir compte, en outre, de l'intoxication cantharidienne. Un seul vésicatoire suffit parfois pour amener des accidents redoutables.

**M. ROBIN** a voulu défendre l'emploi du vésicatoire, mais non son abus.

La séance est levée.

---

## VARIÉTES

### Les petits trucs de la pratique.

Par le docteur BEUGNIES (de Givet).

1° *Palper rectal sans se salir les doigts.* — Veut-on faire un palper du rectum sans s'insinuer dans la rainure onguéale des matières difficiles à extraire, même par le meilleur brossage? On prend un morceau d'étoffe fine, coton ou toile ; on le dispose en petit entonnoir dont on noue une extrémité par une anse de fil. On coiffe l'index de ce capuchon, que l'on y fixe par plusieurs tours de fil. On imperméabilise le tout avec un corps gras quelconque : axonge, huile, vaseline. L'examen fait, on enlève l'appareil et on se lave.

L'imperméabilité est absolument complète, si l'on peut bâtir le capuchon avec de la gutta en feuille ou du mackintosch.

2° *Température prise instantanément.* — Lorsque l'on a soi-même les mains à la température normale, c'est-à-dire à 30 degrés, il suffit de palper à nu le creux axillaire du malade. A 37 degrés, la peau paraît *bonne;* à 38 degrés, elle est *un peu chaude;* à 39 degrés, elle est *franchement chaude* et, à 40 degrés, elle brûle. C'était cette dernière température que nos pères désignaient sous le terme de peau *mordicante.*

Lorsqu'on exerce son sens thermique à ce genre de déterminations, on est rapidement capable d'évaluer une température à moins de trois dixièmes près, et, chose précieuse, de corriger des thermomètres par trop fantaisistes. On peut avoir plus de confiance dans un tact bien éduqué que dans un instrument dit « de précision », dont le principal caractère est surtout de manquer souvent d'exactitude.

3° *Température prise en deux ou cinq minutes par le thermomètre.* — L'ennui du thermomètre est qu'il faut dix minutes pour prendre une bonne température, dans l'immobilité absolue. Il est facile d'accélérer l'opération. Sur la flamme d'une bougie, on chauffe la cuvette de l'instrument avec précaution jusqu'à ce que la colonne mercurielle marque 35 sur les thermomètres à maxima. On essuie avec les doigts le charbon de la cuvette et on la porte dans le creux de l'aisselle.

Avec un thermomètre ordinaire à alcool, l'opération est plus rapide, car on hausse la chauffe jusqu'à 37 à 38 degrés. Et alors en deux minutes l'équilibre est établi. Le seul petit inconvénient est de faire la lecture avant d'enlever l'appareil.

(*Gazette médicale de Liège.*)

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de chirurgie a donné aujourd'hui sa séance annuelle, sous la présidence de M. Delens. L'éloge de M. Larrey a été prononcé par M. Paul Reclus. Ont été proclamés lauréats de la Société : 1° Prix Demarquay : M. Villière ; 2° Prix Laborie : M. Mouchet ; 3° Prix Duval : M. Marion.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 24 janvier.

Questions d'oral posées : Moyens d'union de l'articulation du genou ; — Phlegmatia alba dolens des femmes en couches.

MM. Bourgeois, 17 + 26 = 43. — Croisier, 15 + 24 = 39. — Janot, 14 + 24 = 38. — Judet, 14 + 24 = 38. — L. Loroy, 13 1/2 + 24 = 37 1/2. — Daniel, 14 1/2 + 20 = 34 1/2. — Rellay, 10 + 20 = 30. — Leraître, 6 + 20 = 26.

— En raison de l'encombrement actuel des hôpitaux, l'Administration de l'Assistance publique va créer un service provisoire, à l'hôpital Laënnec, qui sera confié à M. Jacquet.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Rieffel (Henri), né à Barr (Bas-Rhin), le 1er mars 1862, docteur en médecine de la Faculté de Paris, et Thiéry (Louis-Joseph-Paul), né à Pont-à-Mousson (Meurthe-et-Moselle), le 7 octobre 1863, agrégé des Facultés de médecine (section d'anatomie), sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira le 1er février 1898 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté.

— Une prolongation de congé de convalescence de trois mois, à solde entière, à passer à Nice, est accordée à M. le médecin de deuxième classe Crozet (J.), du port de Toulon.

— Un concours s'ouvrira, le 18 avril 1898, pour l'admission à l'emploi de médecin du traitement à domicile et le service des consultations des bureaux de bienfaisance. La liste d'inscription sera close le 18 mars.

— La deuxième session du Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, se réunira à Marseille du 8 au 15 octobre prochain, sous la présidence de M. le professeur Pinard, et de MM. les professeurs agrégés Pozzi et Broca.

— M. Dawson Williams est nommé directeur du « British medical Journal », en remplacement de M. Hart, décédé.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Prosper de Pietra Santa, rédacteur en chef du « Journal d'hygiène ».

— M. le docteur Dejerine, professeur agrégé, médecin de la Salpêtrière, commencera, dans cet hospice, ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses, le jeudi 27 janvier 1898, à cinq heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. — Le mercredi matin, à neuf heures un quart, examen des malades de la consultation externe. — Le cours aura lieu dans la salle de la consultation externe.

— Le jeudi 27 janvier, à cinq heures, M. le docteur Tison, docteur ès sciences, fera à l'Institut psycho-physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts, une conférence sur : « La physiologie du neurome. — Applications des travaux de Branly à l'étude de la conductibilité nerveuse. »

**Constipation** — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 13. — MARDI 1er FÉVRIER 1898. 71e ANNÉE. MARDI 1er FÉVRIER 1898. — Nº 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 31 janvier 1898.

## PÉAN

C'est avec une profonde affliction que nous annonçons la mort de ce cher et vénéré maître. On peut dire qu'avec lui disparaît l'une des plus grandes figures chirurgicales du siècle. Tout entier à la douleur qui nous étreint, nous ne saurions en ce moment rappeler ce que fut l'œuvre de Péan, ses travaux, ses découvertes, les progrès considérables qu'il a fait faire à la chirurgie. Nous n'apprendrions rien à personne en parlant de son habileté, de la sûreté de sa décision, de son audacieuse énergie toujours tempérée par le souci de la vie humaine, sa probité opératoire, la sollicitude des soins qu'il donnait à ses opérés, la confiance qu'il savait inspirer à tous dans les cas les plus périlleux, aussi bien au malade et à son entourage qu'à ses aides et au nombreux public qui se pressait autour de lui. Plus de vingt-cinq ans d'assistance quotidienne à sa pratique chirurgicale nous ont permis d'apprécier mieux que personne les exceptionnelles qualités de cet opérateur qui, pendant de longues années, a fait seul ou presque seul ces grandes opérations abdominales devenues aujourd'hui, grâce à lui, de la chirurgie courante. Combien de fois nous est-il arrivé, au cours d'une opération pleine de difficultés et d'imprévu, de nous demander comment le maître allait sortir de ce mauvais pas! il en sortait toujours à son honneur et le plus souvent au profit du malade.

Tout cela est bien connu et il suffit d'avoir assisté à une seule de ces leçons cliniques qu'il professait à Saint-Louis ou à l'hôpital International pour être pris tout d'abord par un sentiment d'admiration pour ce tempérament hors de pair, pour cette puissance sans pareille. Mais ce que ma longue collaboration m'a surtout permis d'apprécier, ce sont ses qualités exquises du cœur, ce que je me permettrai d'appeler le Péan intime, cette bonté douce et généreuse pour tous, ce dévouement et cette fidélité sans bornes à l'amitié, cette indulgence pour les oublieux et les ingrats, cette discrète et grande charité qui a été longtemps méconnue en raison même de son extrême discrétion. Si tous les malheureux que Péan a secourus, soulagés ou sauvés, pouvaient dire ce qu'il a été, bien des légendes tomberaient d'elles-mêmes et la vérité, si belle ici, apparaîtrait brillante et réconfortante.

Accablé aujourd'hui par notre profond chagrin, nous ne pouvons avoir devant les yeux que ce côté du maître, si bon, si aimé. Nous sommes encore et resterons longtemps sous le coup de cette mort. Quand, ayant conservé jusqu'à la fin toute sa lucidité et sa présence d'esprit, il s'est vu perdu sans rémission, il a fait à tous avec une grandeur d'âme et une sérénité admirables ses dernières recommandations; il a couronné ainsi sa vie de luttes et de labeur par la plus belle mort que puisse souhaiter un philosophe chrétien. Nous ne pouvons que pleurer aujourd'hui et remettre à plus tard de marquer la grande place qui lui appartient dans l'histoire si exceptionnellement brillante de la chirurgie contemporaine. Puisse ce pieux souvenir apporter quelque soulagement à la douleur de sa chère et digne compagne, de ses filles adorées, qui ont été la joie de sa vie, de ses nombreux amis et de tous ceux qui l'ont assez approché pour connaître toute l'étendue de ce grand cœur.

Dr BROCHIN.

---

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Virchow le premier, et après lui Gad, Goldscheider, Marinesco, Flatau ont soutenu cette idée que le développement du tétanos était dû à une combinaison du poison tétanique avec la cellule nerveuse, combinaison qui est la conséquence de l'affinité de la toxine tétanique pour le neurone moteur. MM. Chantemesse et Marinesco ont cherché à donner la preuve de cette hypothèse en étudiant les altérations des grandes cellules des cornes antérieures de la moelle de cobayes soumis à l'inoculation d'une dose de toxine tétanique mortelle, mais agissant de façon assez lente. Parmi les animaux en expérience, les uns n'ont reçu que la toxine, d'autres un mélange de toxine et d'antitoxine, d'autres l'antitoxine, mais seulement vingt-quatre heures après l'inoculation du poison, lequel, dans les conditions ordinaires, devait les tuer en quatre jours. Parmi les animaux inoculés avec la toxine, l'un est mort en trois jours. Sa moelle présentait une tuméfaction du corps cellulaire, une coloration diffuse de la substance achromatique. Celle-ci renfermait dans son sein des débris d'éléments chromatophiles ayant

perdu leur morphologie générale. Les mailles du réseau achromatique étaient élargies et avaient disparu par places, donnant le jour à des destructions partielles de la cellule. Certaines cellules n'avaient qu'une portion de leur contenu. Dans la moelle d'un cobaye ayant résisté cinq jours à l'intoxication tétanique, l'aspect général de la cellule se rapprochait un peu de la normale. La modification principale consistait dans une tuméfaction de la cellule, qui lui donnait une forme légèrement globuleuse.

Deux cobayes ont été inoculés avec un mélange de toxine tétanique et de sérum antitétanique. Les animaux ont été sacrifiés deux ou trois jours après l'inoculation. Parmi les modifications cellulaires rencontrées, il faut noter une sorte d'ampliation du corps cellulaire avec conservation de la forme et de l'aspect général de la cellule. Cette tuméfaction s'étend parfois au noyau, qui paraît plus volumineux. Les altérations des éléments chromatophiles se concentrent parfois autour du noyau; le nucléole peut lui-même participer à cette tuméfaction.

D'autres cobayes ont été inoculés d'abord avec une dose mortelle de toxine tétanique, puis vingt-quatre heures plus tard avec une dose de sérum antitoxique curative. Sur la moelle d'un animal sacrifié au bout de cinq jours, apparaît nettement l'influence prépondérante de la toxine; le nucléole des cellules, bien coloré, est plus volumineux que celui des animaux qui, ayant vécu la même durée, n'ont pas reçu d'antitoxine.

En somme, ces lésions semblent représenter le produit de la combinaison de la toxine tétanique avec le cytoplasma du neurone; la symptomatologie du tétanos se trouvant ainsi en rapport intime avec la production des lésions qui exaltent l'excitabilité de la substance nerveuse.

MM. Triboulet et Coyon publient de nouvelles recherches sur la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu, et arrivent aux conclusions suivantes :

1° Dans onze cas consécutifs de rhumatisme articulaire aigu, nous avons retrouvé un diplocoque déjà décrit dans une communication du 24 décembre 1897, à la Société médicale des hôpitaux, à propos de l'examen de six cas de rhumatisme;

2° L'examen microscopique direct du sang des malades le montre quelquefois avec une extraordinaire abondance, dans d'autres cas en quantité moins grande;

3° Ce que nous connaissons du rhumatisme en fait donc une septicémie;

4° Cette septicémie peut être simple ou complexe, puisqu'on peut y trouver deux formes microbiennes (diplocoque et bacille fin), et dans un de nos cas même, avec bacille d'Achalme en plus, trois formes microbiennes réunies sur le même sujet, quoique toujours avec une grande prédominance de notre diplocoque, qui se rencontre dans tous les cas, sans exception;

5° Ce dernier paraît, au moins au point de vue clinique, assumer la plus lourde responsabilité, puisqu'il paraît la cause des déterminations valvulaires du rhumatisme;

6° En effet, l'inoculation intraveineuse d'une culture pure de ce microbe a pu déterminer sur la valvule mitrale du lapin la formation de végétations assez grosses pour tuer l'animal en vingt jours par rétrécissement mitral aigu, végétations que l'examen histo-bactériologique des coupes révèle nettement comme consécutives à l'action du diplocoque inoculé.

MM. Troisier et Decloux rapportent une observation curieuse de phlébite consécutive à l'angine herpétique. Cette phlébite, bénigne d'ailleurs, survint chez un jeune homme de dix-neuf ans et se développa à la jambe pendant la convalescence de l'angine manifestement streptococcique. La culture du sang, faite trois jours après l'apparition de la phlébite, resta négative.

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.**

**Expertises médico-légales (1).**

(Leçon recueillie par M. Paul REILLE.)

IV

2° *Certificats dits de complaisance.* — Je vous disais tout à l'heure que, en général, le médecin délivre des certificats avec trop de facilité ; cela est si vrai, qu'il est passé dans le langage courant de désigner ceux-ci sous le nom de *certificats de complaisance*. Je sais que le médecin est mû par l'intérêt qu'il porte à son client, qu'il prend part à ses peines, qu'il espère lui être utile; quels que soient les motifs qui l'inspirent, ils ont des effets déplorables. Ils compromettent le médecin et tout le corps médical. Combien de fois n'avez-vous pas entendu des avocats dire aux parties : « Procurez-vous un certificat conçu dans tel sens, vous trouverez toujours un médecin qui vous le donnera, » et peu après le certificat désiré était versé au dossier. Aussi, dans les procès, les parties opposent les certificats médicaux les uns aux autres et cela ne rehausse ni la réputation des signataires, ni celle de la médecine.

M. Arm. Boillot, avocat à la Cour, a exprimé cette opinion et a dit avec raison : « Les certificats de toute nature, délivrés parfois avec trop de facilité et de complaisance, sont nécessairement discutés avec ardeur, avec âpreté toujours, avec malignité quelquefois. La dignité professionnelle n'en subit-elle pas malheureusement une sérieuse atteinte? »

Vous me direz que je parle des certificats qui iront devant la justice, qui seront discutés à la barre, que dans ce cas vous serez prudents; c'est une mauvaise réponse : quand, pour des faits en apparence peu importants, on s'est habitué à affirmer un fait insuffisamment exact, on va un peu plus loin et on aboutit à de singuliers résultats.

Je vous en citerai un exemple, qui n'est qu'amusant mais qui vous montrera les conséquences possibles de cette bienveillance banale. Il y a quelques années, je reçois le même jour d'un de mes amis, médecin des hôpitaux, deux certificats concernant M. X..., stagiaire dans son service. L'un certifiait que M. X... avait fait régulièrement son stage, l'autre qu'il avait eu la scarlatine et avait dû s'absenter du service soixante jours. J'écrivis à mon collègue et lui demandai lequel des deux certificats je devais garder.

L'habitude était tellement prise par lui qu'il ignorait à peu près ce qu'il certifiait. Pensez-vous que sur cette pente on ne puisse aller loin? Quelles auraient été les conséquences si l'affaire était venue devant une autre personne qu'un collègue, un ami?

Il m'est facile de vous le dire. Il y a quelques années, un autre de mes collègues, médecin aliéniste, déjà affaibli par

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 86.

la maladie, reçoit dans son cabinet la visite d'une dame, qui le prie de lui délivrer un certificat constatant qu'elle possède l'intégrité de sa raison. Le médecin lui donne ce certificat; or, quelques mois auparavant, ce médecin avait soigné cette malade dans son service et plusieurs certificats signés de sa main attestaient qu'elle était aliénée. Le vice-président du tribunal devant lequel parurent ces certificats contradictoires me pria de passer dans son cabinet et je dus invoquer l'état de santé de mon collègue pour calmer ce magistrat. Le temps écoulé depuis la délivrance du dernier certificat ne laissait plus de doute d'ailleurs sur sa déchéance intellectuelle.

A côté de ces certificats délivrés par complaisance ou par faiblesse, par des hommes dont la faute est de ne pas savoir dire non, j'appelle votre attention sur les certificats que je désignerai sous le nom de *certificats imprudents*.

Un de nos confrères a fait, il y a peu de temps, la cruelle expérience de cette imprudence. Le docteur Froger, médecin du commissaire de police de son quartier, reçoit dans son cabinet deux femmes envoyées par ce magistrat. Elles racontent qu'une personne, un pharmacien, a bousculé l'une d'elles et qu'en tombant celle-ci s'est blessée à la poitrine. M. le docteur Froger constate en un point une douleur extrêmement vive, limitée, croit à une fracture de côte et délivre un certificat dans ce sens. L'affaire suit son cours, mais bientôt il est démontré que le récit des deux femmes est absolument faux. Elles sont condamnées pour faux témoignage, et, malgré une consultation dans laquelle j'expliquai comment M. Froger avait pu très légitimement être induit en erreur, celui-ci fut condamné à 500 francs de dommages et intérêts.

Quelle avait été la faute commise par notre confrère? Il avait cru à la véracité de ces femmes à lui adressées par le commissaire de police; il ne s'était pas borné à dire : « Mme X... accuse une douleur, » il avait dit : « Mme X... a une douleur. » Il avait en un mot substitué son affirmation à celle de la plaignante.

Ces certificats imprudents peuvent avoir d'autres conséquences. Un médecin de l'état civil reçoit la visite d'un homme qui lui demande à quelle maladie a succombé son enfant placé en nourrice. Le médecin déclare que c'est à une entérite cholériforme, provoquée par une mauvaise alimentation, et il a le tort de donner un certificat dans lequel il reproduit cette hypothèse. Muni de cette pièce, le père se rend chez la nourrice et la roue de coups.

A côté de ces certificats, qui pèchent par complaisance et par imprudence, je place ceux que je nommerai des *certificats coupables*.

Habitué à interpréter les faits dans le sens le plus favorable à son client, le médecin qui consent à délivrer ces certificats trop complaisants, peut (mais je me hâte de dire que je n'en connais qu'un exemple) attribuer aux accidents des causes absolument fausses.

Il y a quelques années, un docteur de S..., en Alsace, avait délivré un certificat sur lequel était basée une demande en divorce. On lisait dans cette pièce que M. D... avait donné la syphilis à sa femme et que celle-ci avait eu après ses couches une fièvre puerpérale et une pleurésie purulente d'origine syphilitique, que l'enfant avait une syphilis héréditaire, ainsi que le démontraient « les abcès des oreilles et les oreilles purulentes ».

Ce médecin n'invoquait d'ailleurs aucune autre lésion à l'appui de ses singulières affirmations. Le résultat a été absolument contraire à celui que voulait obtenir ce confrère. Le divorce fut prononcé contre la femme, qui avait allégué contre son mari des faits calomnieux, ce qui constituait une injure grave.

Ne glissez pas sur cette pente. Ne certifiez jamais que ce qui est rigoureusement constaté par vous. Quel que soit l'intérêt que vous portez à quelqu'un, n'affirmez jamais autre chose que ce qui est la vérité absolue.

3° *Faux dans les certificats*. — L'article 160 du Code pénal est ainsi conçu :

Tout médecin, chirurgien ou autre officier de santé qui, pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement des maladies ou infirmités propres à dispenser d'un service public, sera puni d'un emprisonnement d'une année au moins et de trois ans au plus.

S'il y a été mû par dons ou promesses, la peine de l'emprisonnement sera d'une année au moins et de quatre ans au plus.

Dans les deux cas, le coupable pourra, en outre, être privé des droits mentionnés en l'article 42 du présent code, droits civiques, civils et de famille, pendant cinq ans au moins et dix ans au plus, à compter du jour où il aura subi sa peine.

Dans le deuxième cas, les corrupteurs seront punis des mêmes peines que le médecin, chirurgien ou officier de santé qui aura délivré le faux certificat.

Je n'ai pas à m'étendre longuement sur ce sujet. Dans tous ces cas, le médecin doit veiller à ne pas faire un certificat qui exagère les conséquences des infirmités ou indispositions dont est atteint son client. Toute exagération peut être considérée par le tribunal comme un faux. Je fais cette recommandation, en ayant en vue surtout les certificats délivrés pour exempter quelqu'un du service militaire ou du service du jury. Ce sont les deux cas dans lesquels des médecins ont eu à répondre devant la justice d'actes de complaisance ou même, hélas! d'actes de corruption.

Pour vous faire comprendre comment des médecins jusque-là honorables ont pu, par faiblesse, par pusillanimité, ne pas oser refuser d'accomplir un acte délictueux, permettez-moi de citer un fait; le peu d'importance du but visé, la naïveté des moyens employés pour l'atteindre, rendent l'acte délictueux accompli encore plus ridicule que coupable.

En 1845, un officier de santé, avide d'obtenir certaines récompenses académiques, tint à se créer un titre en témoignant de son zèle pour la propagation de la vaccine. Il envoya au ministère un rapport dans lequel il déclarait avoir pratiqué dans sa commune soixante-seize vaccinations. Or, par malheur, l'employé connaissait la commune, il savait qu'elle n'était pas très peuplée, il consulta les registres et constata qu'en cette année il y avait eu seulement quinze nouveau-nés. L'officier de santé fut poursuivi pour faux en écriture authentique et publique (C. P., art. 147), mais la Cour écarta ce chef d'accusation et le condamna pour faux en écriture privée à trois ans de prison et 400 francs d'amende. La Cour suprême cassa cet arrêt le 4 novembre 1847 et décida que cet acte ne constituait pas un faux, mais une tentative d'escroquerie et renvoya l'officier de santé indemne.

Il y a lieu de remarquer qu'à cette époque la tentative d'escroquerie n'était pas visée par le Code, tandis que la loi du 13 mai 1863 la punit actuellement. La décision de la

Cour de cassation de 1847 ne serait donc plus la même aujourd'hui, du moins au point de vue de la pénalité.

## THÉRAPEUTIQUE

**Potion expectorante et calmante** (M. A. Espagne).

| | |
|---|---|
| Sirop d'ipéca . . . . . . | 8 à 10 grammes. |
| Sirop de tolu . . . . . . | 20 — |
| Bromure de potassium . . | 1 — |
| Eau-de-vie ou rhum . . . | 20 — |
| Hydrolat de tilleul . . . . | 75 — |

F. S. A. — A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Cette potion est rarement nauséeuse et jamais vomitive.

Chez les enfants, on abaisse la dose de sirop d'ipéca jusqu'à 5 grammes, et on diminue aussi, suivant l'âge, la quantité d'alcool et de bromure. (*Gaz. hebd.*)

## VARIÉTÉS

### Le baron Hippolyte Larrey (1808-1895).

(Éloge prononcé par M. le docteur Paul Reclus à la séance annuelle de la Société de chirurgie.)

I

L'heure semble choisie pour prononcer l'éloge du baron Hippolyte Larrey : notre époque, violente et lassée, brûle au hasard ce que naguère on adora, et la profession médicale, honorée jusqu'alors et peut-être trop souvent placée au rang des sacerdoces, est maintenant presque méprisée. Le roman et le théâtre n'y voient plus qu'une école de bassesse et d'ignorance ; les juges la soupçonnent aisément et la condamnent volontiers. Le dédain ne suffit plus et, pour nous défendre, il faut montrer quels furent nos guides et nos maîtres. La vie d'Hippolyte Larrey sera notre réponse. Le dévouement et l'honneur ne sont pas éteints parmi nous ; leur lumière pure brille toujours au fond du sanctuaire et les âmes fidèles savent où la chercher.

Hippolyte Larrey naquit le 18 septembre 1808, à Paris, au quai de Conti, entre l'hôtel de la Monnaie et l'Institut de France. Son père, l'immortel Jean-Dominique Larrey, était illustre déjà : sur ses états de service étaient inscrits sa croisière à Terre-Neuve, son stage à Paris pendant les trois premières années de la Révolution, sa présence à l'armée du Rhin ; chirurgien en chef de l'armée de Catalogne, il avait assisté à la bataille de Figuières et à la mort de Dugommier ; il avait, derrière lui, les campagnes d'Italie, l'Égypte, la Syrie, la prise de Malte, d'Alexandrie, du Caire, les marches dans les déserts de Lybie, la bataille des Pyramides, l'assaut de Jaffa, le mont Thabor, Saint-Jean-d'Acre, Héliopolis et Aboukir ; puis Ulm, Austerlitz, puis encore les guerres de Saxe, de Prusse et de Pologne, l'entrée à Berlin et à Varsovie, Golomin, Eylau et Friedland.

Dans cette course à travers l'Afrique et l'Europe, il avait déployé un zèle infatigable, une énergie sans défaillance, un rare esprit de décision, un génie inventif que rien ne déroute, enfin une résistance incroyable. A vingt-six ans, il crée les ambulances volantes qui, sous le feu même de l'ennemi, ramassent et pansent les blessés, jadis secourus longtemps après la bataille, lorsque les fourgons de l'artillerie laissaient enfin passer les chariots du service chirurgical. Avant le combat, Larrey instruisait ; pendant la mêlée, il emportait souvent les blessés sur ses épaules ; après le carnage, il était le premier et le dernier à tenir le couteau ; à Eylau, Napoléon le vit à l'œuvre quand les canons tonnaient encore ; il le retrouva, le lendemain, à la même place et opérant toujours, les mains gelées, et les pieds dans la neige. Aucune fatigue, aucun danger ne l'arrête ; il est aussi résolu devant les pestiférés de Jaffa que devant les insurgés de Madrid ; il brave aussi bien la mitraille à la Bérézina que, à Bautzen, la froide colère de l'empereur.

Et malgré ces marches, ces assauts, 60 batailles et 400 combats, il trouve le moyen d'apprendre, d'enseigner et d'écrire. A dix-sept ans, il est à Toulouse, élève de son oncle Alexis Larrey ; à vingt et un, il est nommé, à Brest, chirurgien-major des vaisseaux du roi ; il rentre à Paris et, pendant trois années, il étudie sous Desault ; à vingt-six ans, le voilà aide-major à l'armée du Rhin ; il en a fini avec les maîtres, mais, partout où il trouve un hôpital, il fonde une école, fait des conférences, dissèque, expérimente sur les animaux et essaie, sur les cadavres, de nouvelles opérations ; il visite les savants, Scarpa, Spallanzani et Malacarne en Italie, en Allemagne Humboldt, Graefe, Hufeland et Sœmmering ; il professe au Val-de-Grâce ; il écrit cinq volumes de cliniques et son fameux ouvrage : *Mémoires et Campagnes*. Les observations médicales qu'on trouve dans cette Iliade française sont celles de Gouvion-Saint-Cyr, de Jomini, Cassaigne, Jourdan, Labédoyère, de Berthier, Duroc, Suchet, Moncey, de Rapp, de Thiébaut, du général Foy ; ses blessés et ses malades s'y nomment Desaix, Junot, Kléber, Custine, Augereau, Beauharnais et Louis, Joseph et Napoléon Bonaparte. A lire la vie de Dominique Larrey, on se demande pourquoi il n'est pas devenu un héros populaire, toujours vivant dans la mémoire des foules ? Il ne lui a manqué, sans doute, qu'un grain de poésie, l'esprit d'aventure et surtout le drame d'une fin tragique.

La mère d'Hippolyte Larrey fut une femme remarquable : elle était fille du dernier ministre de Louis XVI, Leroux de Laville, qui accepta sans faiblir la charge de ministre des contributions publiques le 30 juillet 1792, lorsque la Révolution triomphante allait décréter l'arrestation du roi ; il échappa aux massacres de la Terreur et fit partie du Sénat de Napoléon Ier. Frappé d'apoplexie au pied du grand escalier des Tuileries, il mourut dans les bras de Corvisart. Il avait trois filles célèbres par leur beauté : Henriette, qui épousa le docteur Coutanceau, médecin aux armées ; Emilie, mariée avec un Benoît d'Azy et qui était la séduisante héroïne des *Lettres à Emilie* où Demoustier apprit la mythologie à nos aïeules ; enfin Elisabeth, l'aînée, qui fut la femme de Dominique Larrey ; moins belle qu'Emilie, elle avait le même charme, la même grâce, un cœur fidèle ; elle était musicienne, peintre de mérite, élève de David, amie de Gros et de Giraudet ; pendant la tourmente révolutionnaire, elle vécut de ses pinceaux et, aux premiers jours de la Restauration, lorsque la gêne visita le foyer, son talent conjura la détresse du ménage.

Le mariage se fit en 1794, avant le départ pour la Catalogne. Cette union fut, pour Larrey, une joie longue et profonde ; il aimait passionnément sa femme ; ce montagnard d'éducation primitive, et d'allures un peu frustes, considérait Elisabeth, « sa douce Laville, » ainsi qu'il la nommait dans ses lettres, comme de race différente et d'essence supérieure ; il se confiait à son tact et prenait ses conseils dans les conjonctures délicates. Une sotte histoire devait, plus tard, troubler cette harmonie jusqu'alors inaltérée et augmentée encore par la naissance d'une fille que le père nomma Isaure. Isaure, plus âgée de neuf ans qu'Hippolyte, était sa marraine ; elle fut aussi sa confidente, l'amie et le soutien des heures douloureuses. La correspondance de famille, que j'ai eu la fortune de lire à loisir, en témoigne d'une façon touchante.

Cette correspondance nous apprend combien la naissance

d'Hippolyte fut désirée : Dominique, en partant pour l'Espagne, laissait en France sa femme enceinte ; ses lettres adressées à Isaure, alors âgée de neuf ans, s'expliquent, sans réticences, sur le futur événement; il parle à la fillette des souffrances qui attendent sa pauvre mère, des dangers qu'elle va courir, des soins qu'il lui faudra donner ; il accuse « sa maladresse de l'avoir mise dans l'embarras où elle est ». Mais la joie d'avoir un fils — car ce sera un fils — dissipe ses remords. On le nommera Félix-Hippolyte, il sera médecin et son père l'instruira dans son art. Le grand jour arrive ; le célèbre Ribes y préside : ce fut bien un garçon et Isaure, dans une lettre d'une candeur charmante et aussi naïve de style que d'orthographe, annonce au père la naissance de l'enfant dans le berceau duquel une main inconnue a déposé la croix de la Légion d'honneur. Aussi le nom de Lilite alternait-il avec celui de « Petit chevalier », titre usurpé alors, mais qui, trois ans plus tard, devait être conquis pour lui, sur le champ de bataille de Wagram.

A la nouvelle de cette naissance, Dominique Larrey ne put contenir sa joie ; il courait dans les rues de Vittoria, la tête découverte, la lettre d'Isaure à la main et criait à tous qu'il avait un fils. Diversion heureuse dans cette terrible campagne d'Espagne où il affronta tous les dangers, connut toutes les misères et ressentit toutes les douleurs : il vit mourir son ami Talabère et Frizac, son élève préféré ; il faillit être tué en rentrant dans Madrid révolté pour regagner son hôpital, en fermer les portes, armer ses majors, ses infirmiers, les convalescents pour protéger les soldats blessés. Ces dangers, ces batailles, ces marches par des chaleurs qui rappelaient celles d'Égypte et des froids qu'il devait retrouver en Russie, eurent raison de sa robuste santé ; il fût pris par la fièvre nosocomiale et, à Burgos, on craignit pour sa vie. Et bien, de cette campagne d'Espagne, il ne garda qu'un souvenir, celui de la naissance d'Hippolyte et, plus tard, où qu'il fût dans sa vie errante, à Vienne, à Moscou en pleine fournaise, à Dresde un soir de bataille, à chaque anniversaire du 18 septembre, une lettre chargeait Isaure d'offrir pour lui à la mère une branche de myrte fleuri.

Hippolyte est mis en nourrice chez des paysans de Nanterre; après son sevrage, on le confie à sa marraine Isaure, car la santé de Mme Larrey était devenue fort précaire; outre des maux de tête terribles dont son fils devait hériter, elle fut prise d'une grande irritabilité nerveuse provoquée par l'incident qui troubla pour toujours la paix du ménage. Dominique Larrey avait ramassé, livre par livre, une somme de trente mille francs économisés sur sa paye et sur les gratifications de l'empereur. Avant de partir avec la Grande Armée, il confia ce trésor à sa femme qu'il jugeait plus habile que lui. Mme Larrey chargea du placement de ces longues économies un vieil ami qui, dès le lendemain, niait le dépôt. La pauvre Laville, altérée, s'évanouit et, depuis ce jour-là, elle traîna jusqu'à la mort une maladie de cœur. Au retour de Dominique, il fallut avouer ce désastre. Le coup fut terrible : le malheureux ne put ni oublier ni pardonner cette misérable histoire ; toujours il en souffrit et en fit souffrir.

Ce fils d'âpres paysans était, pour ses malades, d'une générosité légendaire; il leur donnait ses vêtements, son linge; un jour, après la Moskowa, il remit ses derniers napoléons à deux petits tambours qu'il venait d'amputer; il vendit le sabre oriental offert par Lannes après son duel avec Junot et, des quarante guinées qu'il en réalisa, il nourrit ses blessés d'Alexandrie. Mais chez lui, pour lui et pour les siens, il était d'une économie rigide ; pendant la Révolution, il avait vu crouler tant de fortunes, il avait assisté à tant de ruines subites, qu'il redoutait toujours le lendemain ; il trouvait trop ouverte la main de sa femme élevée à la cour de Marie-Antoinette, et réglait strictement ses dépenses ; il donnait peu à son fils qui, la veille de sa première communion, demandait trois francs non sans fournir le détail exact de la dépense : vingt sols pour la confirmation, vingt sols pour l'offrande et vingt sols pour une promenade avec l'aumônier.

Les premières années d'Hippolyte se passèrent au milieu des récits de combats. En 1809, campagne d'Autriche et les lettres du père racontent la capitulation de Vienne, le passage du Danube, à l'île Lobau, la terrible bataille d'Essling, la foule des blessés nourris de bouillon de cheval salé de poudre à canon, l'amputation et la mort de Lannes, puis les meurtrières journées de Wagram où, avant la nuit, plus de cinq cents blessés encombraient l'ambulance. Le chirurgien en chef y déploya une telle activité qu'il y conquit le titre de baron et une dotation de 5000 francs. Dominique joyeux écrit à Isaure qu'elle est « baronnette » et que désormais Lilite n'usurpera plus son nom de « Petit chevalier ». Larrey rentre à Paris en décembre 1809. Le 12 février 1812, il est nommé chirurgien en chef de la Grande Armée et rallie le quartier général à Mayence.

Il faut chercher dans les lettres à Isaure les vraies impressions de Larrey sur la campagne de Russie; le quatrième volume des *Mémoires et Campagnes*, qui a trait à cette époque, date de 1817; la Terreur blanche finit à peine ; on est en pleine Sainte-Alliance, sous l'œil de la Congrégation, et Larrey veut être prudent : au cours de son récit officiel, il remplace le mot d'empereur par celui de « chef suprême de l'armée » et plus souvent par « on ». Il est autrement expansif dans ses lettres, du moins jusqu'à Moscou, et il conte avec entrain les combats de Wilna, de Witepsk, l'assaut de Smolensk où nos troupes laissèrent plus de six mille blessés, que, faute de linge, de charpie et d'attelles, Larrey dut panser avec du papier d'archives, de l'étoupe et des parchemins ; à la Moskowa, même pénurie et nombre de blessés presque double. L'armée entre à Moscou que dévore déjà l'incendie et Larrey manifeste à Isaure tout son mépris « pour cette nation ignorante et barbare qui préfère un vain orgueil à son existence ».

Elle sauvait au contraire son existence avec son orgueil et, de ce jour, commence cette retraite à jamais lamentable où Larrey donna la plus haute mesure de son héroïsme ; il pansa les blessés sans abris, dans la neige, au milieu de villages incendiés, par un froid de 28 degrés, tenaillés par la faim et toujours harcelés par des hordes de cosaques. Il dompta le découragement, l'égoïsme ; il accomplit tout son devoir, le cœur haut. Les soldats le savaient et le lui prouvèrent à la Bérézina ; Larrey a déjà franchi le fleuve ; il a le courage de le repasser pour chercher ses caisses de secours; sur le bord ennemi, le remous des fuyards l'entraîne dans la mêlée, sur les ponts croulants ; il est foulé aux pieds parmi les voitures brisées, les chariots d'artillerie, les chevaux abattus, les conducteurs écrasés. Il va périr, mais on le reconnaît : la panique s'arrête, les soldats s'oublient pour ne songer qu'au salut de leur « providence » ; on l'enlève, on le transporte de bras à bras et on le dépose sain et sauf sur la rive.

En janvier 1813, Larrey arrive à Posen; il reprend sa correspondance avec Isaure et, malade, en proie au froid, à la soif, à la faim, il s'attendrit en pensant qu'Hippolyte, alors âgé de cinq ans, a passé les vacances à la campagne, entre sa mère et sa sœur et qu'il y a « mangé du raisin à discrétion ». Le retour est proche ; on va se revoir. Mais la campagne de Saxe s'ouvre ; le chirurgien en chef est à Lutzen, à Bautzen, à Dresde, à Leipzig et, notre armée refoulée en France, il est à Brienne, à Montereau, à Méry, à Craonne où, renouvelant ses exploits de Madrid, il arme les paysans pour protéger ses ambulances. Après la prise de Paris et l'exil de l'empereur à l'île d'Elbe, il rentre parmi les siens pour s'y reposer, moins d'un an, la durée de la pre-

mière Restauration, et partir pour Waterloo. Dans la nuit, lors de la déroute et quand les derniers carrés sont foudroyés, il se fraie un passage, le pistolet au poing, à travers un gros de cavaliers ennemis; mais son cheval, frappé d'une balle, s'abat, et, lui, reçoit à la tête et à l'épaule gauche un double coup de sabre qui le renverse sans connaissance. Il est pris, désarmé, dépouillé; on va le fusiller lorsqu'il est gracié par Blücher. Il rentre en France — et c'est la fin de la grande épopée. (*A suivre.*)

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 7 AU 12 FÉVRIER 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 7 FÉVRIER,** à une heure. — 3e examen (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Delbet et Varnier; — M. Sebileau, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Tuffier et Walther; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Letulle et Widal; — (2e série) : MM. Brissaud, Déjerine et Gilles de La Tourette; — M. Ricard, suppléant.

**MARDI 8 FÉVRIER,** à une heure. — 3e examen (oral, 1re partie) : MM. Panas, Bar et Campenon; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Albarran; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy et Marie.

3e examen (officiat) : MM. Chantemesse, Maygrier et Nélaton; — M. Charrin, suppléant.

**MERCREDI 9 FÉVRIER,** à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Reynier et Lejars.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Broca et Bonnaire; — M. Hanriot, suppléant.

**JEUDI 10 FÉVRIER,** à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Albarran et Hartmann.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Berger, Bar et Nélaton; — M. Roger, suppléant.

**VENDREDI 11 FÉVRIER,** à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Retterer et Broca.

3e examen (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Gilles de La Tourette.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Netter et Thoinot; — M. Weiss, suppléant.

**SAMEDI 12 FÉVRIER,** à une heure. — 3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Hallopeau et Marfan; — M. Gilbert, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Panas, Bar et Maygrier.

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 9 FÉVRIER,** à une heure. — M. HEUZARD. De la phlébite syphilitique (MM. Fournier, président; Pinard, Gaucher et Varnier). — M. MANOLESCU. Influence des malformations utéro-vaginales d'origine congénitale sur la vie génésique de la femme (MM. Pinard, président; Fournier, Gaucher et Varnier). — M. BONNARME. Contribution à l'étude de la septième côte cervicale. Étude anatomique. Diagnostic clinique et radiographique; — M. RICHARD. De l'hygroma à grains riziformes de la bourse sous-deltoïdienne; — M. CHEVALLIER. Technique de l'hépatopexie (MM. Tillaux, président; Marchand, Tuffier et Walther).

**JEUDI 10 FÉVRIER,** à une heure. — M. DUVERNOY. Le foie mobile (MM. Bouchard, président; Cornil, Ménétrier et Achard). — M. ROBIN. Tumeurs fibreuses du muscle sterno-mastoïdien (MM. Cornil, président; Bouchard, Ménétrier et Achard).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. le docteur Péan auront lieu aujourd'hui mardi 1er février, à midi très précis, en l'église de la Madeleine.

— Un concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 7 mars 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription, ouvert le lundi 7 février, sera clos définitivement le samedi 19 du même mois, à trois heures.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 28 janvier.

Questions d'oral posées : Articulation temporo-maxillaire ; — Symptômes, diagnostic et complications des fractures de la mâchoire inférieure.

MM. Roche (Louis), 16 + 26 = 42. — Deschamps, 14 + 26 = 40. — Monod, 17 + 23 = 40. — Berthier (Henry), 17 + 22 = 39. — Cathelin, 11 1/2 + 26 = 37 1/2. — Audistère 16 + 21 = 37. — Huguier, 12 + 25 = 37. — Dionis du Séjour, 4 + 20 = 24.

— Par décision ministérielle, en date du 27 janvier 1898, M. Driout, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, est promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Debaussaux, récemment placé dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle, en date du 27 janvier 1898, M. le médecin-inspecteur Driout, promu par décret du même jour, est maintenu dans son emploi de directeur du service de santé du 7e corps d'armée, à Besançon.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Prix Chateauvillard : M. Corlieu; — Prix Corvisart : M. Fouineau; — Prix Jeunesse : partagé entre MM. Bourges, Burot, Commenge, Drujon, Legrand et Segall; — Mention honorable : M. Mahn; — Prix Saintour : M. Lavrand (de Lille); — Prix Barbier : ce prix n'est pas décerné; des encouragements sont accordés à MM. Marage, Mendel et Péraire.

THÈSES RÉCOMPENSÉES. — *Médailles d'argent* : MM. Bensaude, Brouardel, G. Claude, Le Goff, Marson, Mayet, Mermet, Meunier, Moussu, Paquy et Thomas.

*Médailles de bronze* : MM. Antheaume, Apert, Athias, Beaussenat, Bodin, Bordas, Mlle Chaukiaguet, MM. Dubois, Escat, Gasne, Gros, Ingelrans, Jeanne, Kahn, Kœnig, Lévy, Marie et Vidal.

*Mentions* : M. Audian, Mlle Bonsignorio, MM. Cazal, Choyau, Contejean, Derocque, Dimitresco, Ehrmann, Fosse, Hermary, Jacovidès, Larrieu, Latruffe, Laurens, Lebas, Le Meignen, Manheimer, Marinesco, Ch. Martin, O'Followel, Pompilian, Prédal, Sicard, Tarrassévitch, J. Thomas, Tissot et Varet.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Bonnet est nommé médecin titulaire de l'hospice général de Pellegrin.

— Dans sa dernière séance, la Société de médecine et de chirurgie pratiques a décerné pour la première fois le prix Alfred Guillon à M. le docteur Floersheim, ancien interne des hôpitaux.

Ce prix, d'une valeur de 200 francs, est destiné à récompenser le meilleur ouvrage relatif à une question de thérapeutique des voies urinaires.

L'éloge du docteur Alfred Guillon, ancien membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, a été prononcé par le docteur Dignat, secrétaire général, et la séance s'est terminée par une conférence inédite du docteur Bardet sur les divers transformateurs destinés à la production des rayons X.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Comme nous le pensions bien, le travail de M. A. Robin sur la réhabilitation de la saignée, des vomitifs et du vésicatoire va fournir, à bon nombre de membres de l'Académie, l'occasion de déclarer avec lui que ces médications ne sont pas sans valeur et qu'ils ne les ont jamais abandonnées. Ainsi M. Hervieux est venu rappeler une pratique de vingt-cinq ans à la Maternité, au cours de laquelle les ventouses scarifiées et les vésicatoires lui ont rendu les plus grands services dans la péritonite et la pleurésie puerpérales.

M. Cornil, avec la collaboration de M. Carnot, fait une série de recherches sur la réparation naturelle des plaies des viscères. Il a communiqué une nouvelle série d'expériences établissant que les plaies de la vessie et de l'uretère se cicatrisent très rapidement à l'aide d'adhérences formées sur leurs bords par le grand épiploon. On conçoit aisément tout l'intérêt de ces recherches et tout le parti qu'en peut tirer le chirurgien. La clinique d'ailleurs a devancé, en cela, l'expérimentation. Combien de fois n'avons-nous pas vu Péan recouvrir ainsi avec l'épiploon une plaie de l'estomac, de l'intestin ou de la vésicule biliaire?

M. A. Ricard a fait une communication extrêmement intéressante sur les greffes d'os vivants. On trouvera plus loin cette communication dont les conclusions sont très instructives au point de vue des résultats que l'on peut obtenir des greffes osseuses vivantes transportées dans l'organisme humain.

Signalons aussi deux communications de M. Chipault, l'une sur le traitement de l'épilepsie par la résection des ganglions cervicaux supérieurs du grand sympathique, l'autre sur le traitement des scolioses par l'immobilisation en bonne position.

Enfin, M. Roché (de Toucy) a fait, auprès de ses confrères de l'Yonne, une enquête au sujet de l'alcoolisme et de la cirrhose hépatique dans ce département, afin d'élucider la question soulevée par M. Lancereaux. Cette enquête l'a conduit à cette conclusion que la cirrhose est rare dans l'Yonne, qu'elle est due surtout à l'abus de l'alcool et que, dans les cirrhoses vineuses, il s'agissait de vins non plâtrés.

---

### DES GREFFES D'OS VIVANTS

Par le docteur A. Ricard,
Professeur agrégé, chirurgien de la Maison municipale de santé.

La question des greffes osseuses a été plusieurs fois portée à la tribune de l'Académie. On me permettra donc de ne point revenir sur l'histoire, cependant si intéressante, de ces greffes et de renvoyer purement et simplement aux communications du docteur Mossé (de Toulouse), ainsi qu'au rapport que leur a consacré le professeur Le Dentu.

Si j'aborde à nouveau cette question, c'est : 1° pour compléter la description d'un fait curieux dont j'ai donné la description à cette tribune en 1891 ; et 2° pour apporter la relation d'un deuxième fait, non moins intéressant à différents égards.

Je vais rappeler le premier en quelques mots :

Il s'agissait d'une femme de quarante ans, opérée par moi, le 15 avril 1891 à l'hôpital Saint-Antoine, d'un ostéosarcome de l'os frontal. La tumeur avait le volume d'une noix et occupait la région orbito-frontale droite. Son extirpation nécessita une large brèche osseuse mettant à découvert les méninges sur une surface trop considérable pour être laissée sans protection.

Je la recouvris, séance tenante, par l'os coxal d'un chien sacrifié au même moment et dont le bassin fut extirpé avec tous les soins mis aux opérations chirurgicales courantes. La greffe réussit parfaitement puisque le 21 juillet, quand je présentai la malade à l'Académie, il fut facile de constater la vitalité et la solidité de l'os transplanté.

Je n'aurais pas rappelé ce cas, si je n'avais pu dans la suite revoir la malade et compléter certains renseignements à son égard.

En 1896, cinq ans après l'opération, la malade se présentait à la consultation de la Salpêtrière pour des tumeurs multiples des os, existant principalement sur le squelette des membres supérieurs. Il était facile de reconnaître la nature de ces tumeurs, étant donné les antécédents de la malade. Il s'agissait évidemment d'une généralisation sarcomateuse. Mais localement la récidive ne s'était pas produite et je dois à l'obligeance du docteur Chipault, chef du service de la consultation à la Salpêtrière, d'avoir pris à ce

moment la photographie de la malade et d'avoir constaté la persistance et la solidité de la greffe frontale.

Ainsi l'exérèse d'une tumeur maligne du crâne a été possible et la perte de substance a pu être comblée par une *greffe hétéroplastique* qui a persisté jusqu'à la mort de la malade.

Si je ne craignais de faire une digression, je dirais qu'il est intéressant d'enregistrer l'absence absolue de récidive locale, pour une tumeur aussi maligne que l'ostéosarcome, et l'absence de généralisation pendant plus de cinq années : résultat qui n'est pas commun dans la thérapeutique des ostéosarcomes et, en particulier, des ostéosarcomes craniens.

Le deuxième fait est également digne d'intérêt : il s'agit cette fois d'une *greffe autoplastique*, c'est-à-dire empruntée au sujet lui-même.

Une jeune femme de vingt-huit ans était atteinte, depuis les premières années de sa vie, d'une déformation nasale bien connue et que les syphiliographes ont décrite sous le nom de « nez en lorgnette ». La déformation est trop classique pour que j'y insiste ici. Elle était telle dans le cas actuel, que la malade voulait à tout prix la corriger et qu'elle n'hésita pas à demander l'intervention chirurgicale.



Deux fois elle fut opérée par un de mes collègues, par l'implantation intercutanéo-muqueuse d'un trépied en platine, dont les branches pointues prenaient point d'appui sur le squelette. Une première fois, après un semblant de succès, le trépied métallique ne fut pas toléré : il ulcéra les téguments et se fit jour à l'extérieur.

Une deuxième tentative ne fut pas plus heureuse : la peau se sectionna sur la branche verticale du trépied, qui fit à nouveau saillie. Ses branches restèrent implantées dans le squelette facial, mais la partie médiane resta à découvert au-devant du nez, dont les téguments se réunirent et se cicatrisèrent au-dessous du trépied. C'est ce que représentent fort bien deux des photographies.



C'est dans ces conditions que je vis la malade. Elle avait donc eu déjà deux dissections de toute la peau nasale et deux ulcérations médianes consécutives ayant altéré la vitalité des téguments du nez.

Autorisé par mon collègue, j'entrepris la cure de cette difformité et voici comment je procédai :

Dans une première séance, j'enlevai le trépied métallique encore solidement implanté et j'attendis la guérison des trajets d'implantation. Lorsque tout fut cicatrisé, j'intervins, le 20 juillet 1896, de la façon suivante :

Dans un premier temps, la malade étant endormie, j'incisai sur la ligne médiane les téguments du nez depuis le front jusqu'au lobule médian. Je disséquai en détachant la peau de la muqueuse, mais en ayant grand soin de respecter celle-ci. J'obtins ainsi une sorte de gouttière longitudinale et médiane occupant toute la hauteur du nez déformé. Je pus constater alors, fait curieux à noter, que les os propres du nez étaient eux-mêmes déprimés, affaissés et rudimentaires. Puis, de la gaze aseptique fut comprimée dans la cavité opératoire, de façon à obtenir une hémostase complète.

Pendant qu'un aide maintenait cette compression, je pratiquai la résection du quatrième métatarsien du pied droit, résection qui fut faite en quelques minutes et dont j'oblitérai le champ opératoire par une suture immédiate totale.

Je façonnai les deux extrémités du métatarsien, afin d'en enlever les saillies de la tête et de l'extrémité tarsienne, et

j'obtins ainsi une tige osseuse vivante de calibre régulier, que je couchai dans le sillon nasal précédemment creusé. Mais pour l'assujettir, je dus pratiquer une légère encoche dans le frontal et attirer assez fortement en bas le lobule nasal qui, comme on le sait, se trouve anormalement remonté et déprimé dans la déformation du nez en lorgnette.

Lorsque la tige osseuse fut placée, elle représentait une sorte d'arc-boutant dont l'extrémité supérieure était solidement assise sur le frontal au-devant des os propres du nez atrophiés, et dont l'extrémité inférieure repoussait en bas les parties molles du lobule du nez dans lequel elle s'implantait.



Je réunis par une suture minutieuse au crin de Florence les téguments du nez au-devant de la greffe osseuse, qui se trouva enfouie ainsi entre la peau et la muqueuse nasale.

Par-dessus fut appliqué un pansement aseptique légèrement compressif, enveloppant toute la tête de la malade, sauf l'orifice buccal. Ce pansement fut défait et renouvelé le sixième jour; le huitième, les points de suture furent enlevés. La réunion était parfaite. Le nez était restauré dans une forme des plus satisfaisantes. La malade quitta l'hôpital le 18 août.

Restait à savoir l'avenir de cette greffe autoplastique! Cinq mois après, la malade revint à l'hôpital et je constatai la persistance de la restauration; la tige osseuse conservait sa solidité.

J'eus l'occasion de revoir ma malade en décembre dernier, il y a environ trois semaines, et je pus constater, phénomène intéressant mais connu, que la greffe osseuse s'était complètement résorbée; à sa place existait un épaississement fibreux élastique, rendant le nez mobile et souple, mais la déformation s'était maintenue corrigée; à tel point que la malade peut être considérée comme ayant un nez d'aspect absolument normal.

Le résultat thérapeutique peut, il me semble, après dix-huit mois, être considéré comme acquis et constitue un fait curieux et nouveau dans la thérapeutique des déformations nasales.



J'ajouterai qu'aucun trouble n'est résulté de la résection du quatrième métatarsien, seul l'orteil correspondant était légèrement rentré et avait une mobilité exagérée, mais la marche était restée normale, sans aucune modification.

Les deux faits que je viens de rapporter semblent démontrer :

1° Que les greffes osseuses vivantes, transportées dans l'organisme humain, sont tolérées et ne donnent lieu à aucune élimination, si l'opérateur a eu soin de se conformer aux règles de l'asepsie la plus rigoureuse;

2° Que ces greffes, tolérées, peuvent ou persister, ou se résorber, en laissant à leur place, ce qui a été démontré par d'autres expérimentateurs, un tractus fibreux dont on est en droit d'escompter la solidité;

3° Que, contrairement à ce que croyaient certains auteurs, les greffes autoplastiques ne présentent pas plus de chance de persister que les greffes hétéroplastiques, puisque, chez mes malades, la greffe hétéroplastique a persisté, alors que la greffe autoplastique s'est résorbée.

4° Enfin, en se plaçant à un point de vue plus spécial, la restauration nasale, par greffe autoplastique, constitue un procédé thérapeutique qui paraît donner d'excellents résultats, ce qui est digne d'intérêt, étant donné les résultats très défectueux obtenus jusqu'ici par les différents procédés de restauration.

## DU TRAITEMENT DES SCOLIOSES

PAR L'IMMOBILISATION EN BONNE POSITION : TECHNIQUE ET RÉSULTATS

Par A. CHIPAULT,

Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

J'ai déjà, l'an dernier, à propos d'une présentation sur les gibbosités pottiques, eu l'honneur de signaler incidemment devant vous la nécessité de modifier radicalement la thérapeutique d'une autre et aussi commune catégorie de déviation vertébrale, des scolioses; de substituer aux artifices et exercices aussi complexes qu'inefficaces, auxquels on les soumet, leur immobilisation rigoureuse en bonne position.

Je viens aujourd'hui, me basant sur mon expérience personnelle et sans négliger l'enseignement des faits publiés par MM. Forgues, Levassort, Redard, Jonnesco, Delcroix, etc., exposer devant vous les moyens que j'utilise pour obtenir ce résultat.

La thérapeutique des scolioses par immobilisation en bonne position comprend deux étapes : une étape de réduction, une étape de fixation.

I. L'*étape de réduction* dispose de deux modes d'action, qui sont les suivants :

1° Les pressions transversales, exercées, au niveau du sommet et des extrémités de l'arc scoliotique, à l'aide des plaques à vis latérales de la planche que je vous présente, modèle légèrement modifié de celle que je vous avais présentée l'an dernier.

2° Les tractions suivant l'axe, exercées sur la circonférence occipito-mentonnière d'une part et sur le pourtour du bassin d'autre part, par l'intermédiaire de simples bandes de toile, à l'aide de deux pas de vis manœuvrés par des cabestans : ces deux pas de vis sont mobiles et peuvent se fixer aux extrémités de toute table suffisamment solide.

Bien entendu, les mécanismes à pressions et à tractions sont construits pour agir avec une extrême régularité et sans à-coups; les tractions sont, en outre, mesurées à l'aide de dynamomètres.

Les deux facteurs de la réduction, facteur transversal et facteur longitudinal, peuvent être utilisés suivant deux méthodes différentes.

*a.* La méthode de douceur consistant à obtenir, à l'aide d'une série plus ou moins longue de séances, et d'une manière progressive, l'assouplissement du rachis jusqu'à réductibilité parfaite. D'ordinaire, après avoir déterminé la forme et la position des plaques nécessaires, je fais placer le malade dans l'appareil à tuteurs latéraux tous les soirs, deux heures après le repas, jusqu'au lendemain matin : j'ai toujours vu ces séances nocturnes bien supportées, si bien même que les jeunes sujets, habitués au bout de deux ou trois jours à coucher à la dure, ne peuvent plus dormir s'ils sont obligés de reposer, passagèrement, dans un lit ordinaire; elles offrent d'autre part l'avantage considérable de ne pas entraver l'existence normale des malades en traitement : ce sont des adolescents, et la possibilité pour eux de vaquer à leurs études ou à leurs occupations est un facteur qui doit, à n'en pas douter, entrer en ligne de compte dans le choix de la thérapeutique à suivre; le nombre nécessaire de séances nocturnes ne dépasse pas, d'autre part, quarante à cinquante, lorsqu'elles sont bien et consciencieusement pratiquées;

*b.* La méthode de force consiste à employer, sur le malade endormi, simultanément les tractions suivant l'axe et les pressions latérales, en donnant toute la force nécessaire pour obtenir, en une seule séance, la réductibilité cherchée.

Je n'hésite pas à dire que je préfère absolument la première de ces méthodes, la méthode de douceur, pour cette simple raison qu'elle est sans danger, sans l'ombre même de danger, tandis qu'il est loin d'en être de même de la méthode de force : exigeant l'emploi du chloroforme, nécessitant des tractions de 70 et de 80 kilos et des pressions considérables, elle peut être mortelle; sans avoir eu, dans les rares cas où je l'ai pratiquée, à regretter un tel désastre, j'ai eu, et à plusieurs reprises, des syncopes assez inquiétantes pour m'y faire complètement renoncer : et cela d'autant plus volontiers que, dans les cas où le chirurgien n'est point maître de son temps, il peut fort bien, en trois ou quatre séances de pressions et de tractions à vingt-quatre heures d'intervalle chacune, obtenir, sans trop de violence et sans chloroforme, le résultat cherché; il s'agit d'une véritable méthode mixte.

II. L'*étape d'immobilisation*, second temps de l'intervention, est le complément nécessaire de l'étape de réduction que je viens de décrire; en effet, la réductibilité, lorsqu'elle est obtenue, ne se maintient que dans l'appareil réducteur; elle tend à se reproduire dès que le malade se lève : en un quart d'heure, une demi-heure au plus, l'attitude défectueuse a reparu.

Toute une série de moyens de sévérité graduée sont à la disposition du chirurgien, pour rendre permanent le résultat obtenu : je laisse de côté le corset plâtré, insuffisant et producteur d'escharres, pour en arriver de suite à ceux que j'utilise.

Tous sont appliqués sur la colonne vertébrale bien réduite à l'aide des pressions latérales et des tractions suivant l'axe.

1° Le premier, pour lequel l'emploi du chloroforme est absolument inutile, consiste à envelopper le malade ainsi placé d'un corset plâtré, comprenant ou non la tête, suivant les cas. Les valves mobiles de la table à réduction facilitent l'application des bandes, qui doivent, et c'est là un point aussi essentiel que nouveau, enrober et fixer, au point où elles agissent, les plaques à pression latérales. Le corset plâtré terminé et séché sur place, les frondes occipito-mentonnières et iliaques sont coupées, et les valves séparées de leurs pas de vis respectifs. Suivant les cas, on laissera de suite le malade aller et venir avec son corset, assurant les pressions latérales continues, ou bien on l'immobilisera complètement, dans le décubitus horizontal, sur la planche qui avait servi à faire les séances de réduction nocturne; entre ces deux extrêmes de sévérité, tous les degrés sont possibles : il est presque constant que l'on puisse, au bout de deux ou trois jours, laisser vaquer le sujet, en ne l'immobilisant plus que la nuit.

2° Le second moyen d'immobilisation de la scoliose devenue réductible consiste à la fixer opératoirement à l'aide de griffes métalliques, que l'on abandonne sous la peau : ces griffes, qui ne sont qu'une application nouvelle d'une méthode chirurgicale classique, la méthode des prothèses internes avec supports métalliques, ne cèdent point si elles sont bien appliquées, et ne suppurent point si elles sont propres. Elles sont un moyen parfait de contention définitive. Mais elles sont loin d'être, ici, indispensables comme elles le sont pour la contention des gibbosités pottiques :

l'ostéite qui provoque celle-ci est une ostéite destructive, produisant à la partie antérieure du rachis des pertes de substance qui peuvent être énormes; l'ostéite de la scoliose est une ostéite raréfiante, sans perte de substance massive : les conditions dynamiques sont totalement différentes. Les griffes métalliques seront donc, pour la contention des scolioses réduites, employées seulement dans quelques cas difficiles.

Tels sont les moyens, réducteurs et immobilisateurs, essentiellement divers et gradués d'un cas à l'autre, que j'utilise actuellement dans le traitement des scolioses.

Ils m'ont, sur 21 cas dont l'observation est close, donné les résultats suivants :

*a.* Quatre résultats nuls : trois fois par irréductibilité absolue de la déformation ankylosée depuis de longues années, une fois par impatience des parents qui renoncèrent au traitement dans un cas difficile, dès la fin de la première quinzaine.

*b.* Sept résultats partiels, avec transformation de scolioses considérables, à « coup de hache » thoracique, à courbures vertébrales étendues, en scolioses tolérables, non visibles sous le vêtement.

*c.* Dix résultats parfaits enfin, avec disparition complète de la difformité; il est, à proprement parler, impossible de reconnaître que ces malades avaient antérieurement une scoliose : trois de ces résultats parfaits ont été obtenus dans des cas à déformation exclusivement vertébrale et récents; sept dans des cas à déformation à la fois vertébrale et thoracique, plus ou moins anciens, qui suivaient, depuis des années, les traitements gymnastiques et compensateurs habituels sans autre résultat que de voir leur déformation s'accentuer de plus en plus.

A cet ensemble de faits, je dois, à mon grand regret, en ajouter un à propos duquel je fis une erreur de diagnostic aujourd'hui indiscutable; il s'agissait d'une fillette chez qui, après une poussée fébrile, s'était développée très rapidement une scoliose lombaire considérable. Ce n'est qu'après avoir longuement hésité que je me rangeai au diagnostic de scoliose rachitique aiguë : une griffe fut placée, tint parfaitement bien, maintint réduite la scoliose malgré les négligences invraisemblables des parents, mais l'évolution ultérieure des accidents ne tarda pas à me convaincre qu'il s'agissait d'une polyomyélite antérieure aiguë, à début par les muscles lombaires; la scoliose était secondaire à la paralysie de ces muscles, et totalement différente des scolioses qui composent la statistique dont je viens de vous exposer les détails.

Je n'ai donc cité cette observation aberrante que pour être absolument complet.

Je ne doute point, du reste, que ma statistique ne paraisse assez médiocre aux chirurgiens non habitués à traiter des scolioses; elle paraîtra plus intéressante à ceux qui savent qu'avec les traitements actuels cette affection est véritablement incurable, sauf tout à fait au début, lorsque quelque corset assure inconsciemment et précairement l'immobilisation du rachis en bonne position : formule thérapeutique destinée à se substituer entièrement à la formule inverse encore généralement acceptée.

---

## ÉTUDE DES CORNETS ACOUSTIQUES

### PAR LA PHOTOGRAPHIE DES FLAMMES DE KŒNIG (1).

Par M. le docteur MARAGE.

Jusqu'ici, on n'avait demandé qu'une qualité aux cornets acoustiques, l'intensité du son; on ne s'était pas préoccupé de savoir si la hauteur et le timbre étaient modifiés, si le malade était fatigué par l'usage de l'instrument, si enfin la surdité n'était pas aggravée par l'usage prolongé de l'appareil.

J'ai voulu combler cette lacune.

Pour cela, j'ai cherché d'abord quelle était la caractéristique des voyelles parlées sans aucun instrument; puis j'ai étudié les modifications que font subir au son les cornets acoustiques et enfin j'ai cherché l'appareil qui, tout en augmentant l'intensité des vibrations, leur laissait leur hauteur et leur timbre; je suis arrivé ainsi, par une méthode scientifique, à faire construire un appareil conservant aux voyelles leur caractéristique, ne fatiguant pas les malades et agissant en même temps comme moyen thérapeutique pour masser le tympan et la chaîne des osselets.

Ce sont les résultats de ces expériences que j'ai réunis dans cet article.

A la fin de mon dernier travail sur les cornets acoustiques (2), je disais :

*Il y a donc une grande différence entre les vibrations qui se produisent dans un cornet ordinaire et celles que l'on constate dans le masseur-cornet.*

*Il s'agit d'interpréter complètement ces résultats; pour cela, de nouvelles expériences sont nécessaires; j'en donnerai les résultats dans un prochain travail.*

C'est qu'en effet je me trouvais en présence d'une difficulté bizarre.

En me servant comme réactif des flammes manométriques, j'avais eu des résultats qui ne concordaient nullement avec ceux que M. Kœnig avait obtenus dans les mêmes conditions.

Comme tous les deux nous nous servions de miroirs tournants et que nous dessinions l'*image vue*, il n'y avait qu'un seul moyen de trancher le différend, c'était de photographier les flammes.

M. le professeur Marey voulut bien non seulement mettre son laboratoire et ses appareils à ma disposition, mais encore s'intéresser à mes recherches et me pousser dans une voie que je me contentais d'abord de côtoyer.

Par conséquent, après avoir voulu au début vérifier seulement certaines expériences, je me suis trouvé entraîné à commencer l'étude des voyelles, de leurs flammes caractéristiques et de leurs vocables.

Je ne m'occuperai aujourd'hui que de la première partie, c'est-à-dire des *cornets acoustiques.*

J'ai joint à ce travail quatre planches indépendantes les unes des autres; car, ce qu'il faut surtout dans une étude de ce genre, c'est voir et comparer.

APPAREILS ET FLAMME CHRONOMÉTRIQUE. — La flamme du gaz d'éclairage, même chargé de vapeurs de benzine ou d'éther

(1) Extrait de la communication faite par le docteur Marage, à la Société française de physique, 1897.

(2) Note sur un nouveau cornet acoustique servant en même temps de masseur du tympan : appareil présenté à la Société de biologie, le 9 janvier 1897, Masson, éditeur.

de pétrole, n'étant pas assez photogénique, il est impossible de photographier son image dans les miroirs tournants, et les épreuves, même directes, ne sont pas bonnes. J'ai donc employé l'acétylène; le gaz était contenu dans un simple ballon de caoutchouc; à partir de ce moment, les épreuves négatives obtenues directement sur papier furent très bonnes. Mais, avant tout, il s'agissait d'avoir un appareil compteur donnant exactement le temps.

Flamme chronométrique. — Pour cela, j'employais deux capsules manométriques dont les flammes, situées l'une au-dessous de l'autre, étaient placées dans un même plan vertical parallèle au papier sensible du chronophotographe. (Pl. I, fig. 1.)

Ces deux flammes ne se trouvaient pas sur la même ligne verticale, car la chaleur dégagée par la flamme inférieure aurait éteint la flamme supérieure; la flamme chronométrique était située un peu à gauche de l'autre et toutes les deux étaient mises au point en même temps.

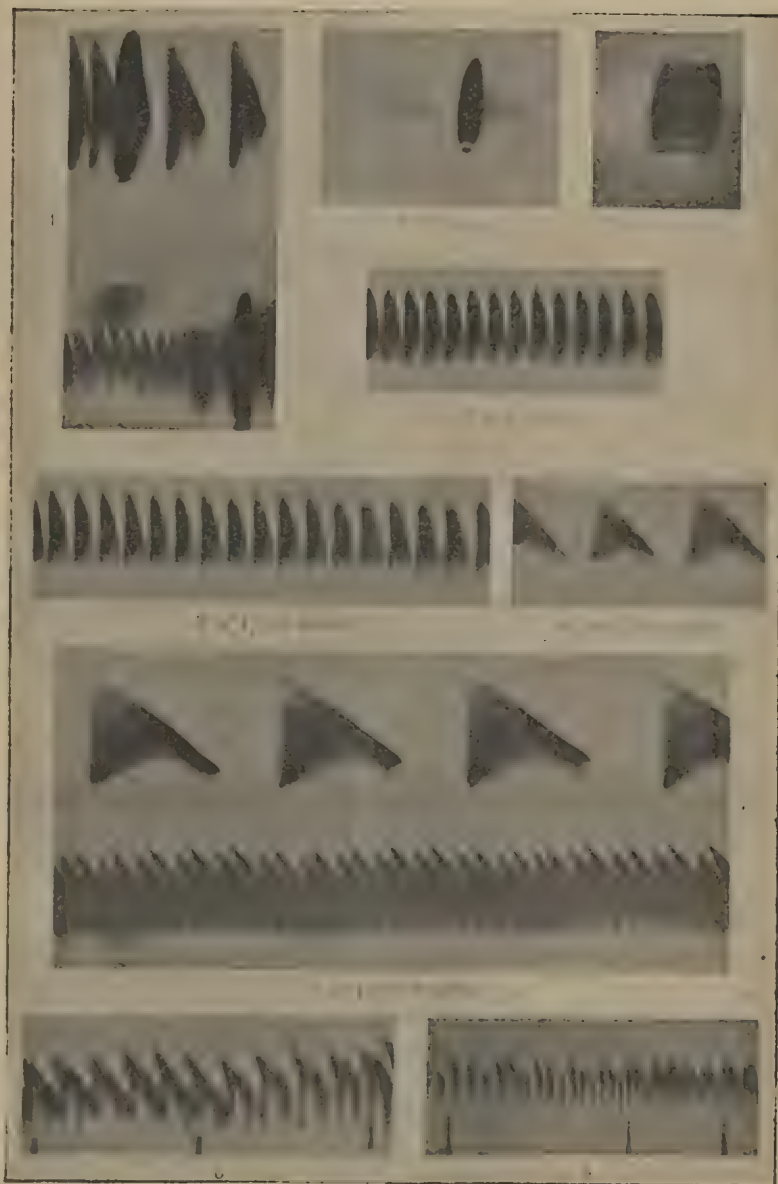
Un diapason électrique, vibrant à $\frac{1}{54}$ de seconde, communiquait ses vibrations à la flamme par l'intermédiaire d'un tambour de Marey; les deux capsules étaient contenues dans une boîte rectangulaire en bois, tapissée intérieurement de velours noir et présentant simplement sur une de ses faces latérales une ouverture fermée par une lame de verre; des orifices permettaient l'entrée et la sortie des gaz, et l'on se trouvait ainsi complètement à l'abri des agitations produites par l'air extérieur.

Le chronophotographe était mû à la main; un volant formé d'une lame circulaire de plomb donnait un mouvement aussi uniforme que possible. A chaque expérience on avait environ 1m50 de papier impressionné dont la vitesse variait entre 1m50 et 2 mètres à la seconde.

Interprétation des flammes. — Si l'on examine la planche I qui donne les différentes formes que prend la flamme chronométrique vibrant à $\frac{1}{54}$ de seconde, on voit que, lorsque la vitesse est nulle, la flamme donne sur le papier une image très nette, négative. Si l'on augmente graduellement la vitesse, on constate qu'à chaque vibration du diapason la flamme est brusquement projetée au dehors, puis elle redescend pour rallumer la flamme suivante.

Si la vitesse s'accroît, la flamme s'incline sur la photographie, inclinaison qui est due au mouvement du papier; et la partie descendante forme un triangle dont la base est la flamme entière et dont le sommet se trouve au point d'origine de la flamme suivante.

Si la vitesse devient plus considérable, la base de la flamme n'est plus assez photogénique dans sa partie montante et descendante pour impressionner le papier, et les images des différentes flammes sont séparées les unes des autres.



Pl. I. — *Flamme chronométrique avec vitesse variable (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Influence du changement de vitesse sur la flamme (8, 9).*

Nous retrouverons toujours un phénomène analogue dans les flammes vibrant sous l'influence de la parole.

Il faut avoir soin de donner au papier sensible une vitesse telle que les flammes soient séparées les unes des autres, sans cependant être trop éloignées. (Pl. I, fig. 8 et 9.)

Influence de l'embouchure. — On commence par supprimer complètement toute embouchure et on prononce successivement chacune des voyelles en donnant autant que possible au son produit la même hauteur.

On constate alors que l'on peut partager les voyelles en trois groupes: dans le premier on placera I, U, OU, caractérisées par une seule flamme.

Dans le second : É et O, caractérisées par deux flammes; et dans le troisième : A, caractérisée par trois flammes.

Ces mêmes voyelles ayant été prononcées sur la même note donnent à la seconde le même nombre de vibrations, chaque vibration étant représentée, non pas par le nombre de flammes absolu, mais par le nombre de groupes. (Voyez la Pl. II.)

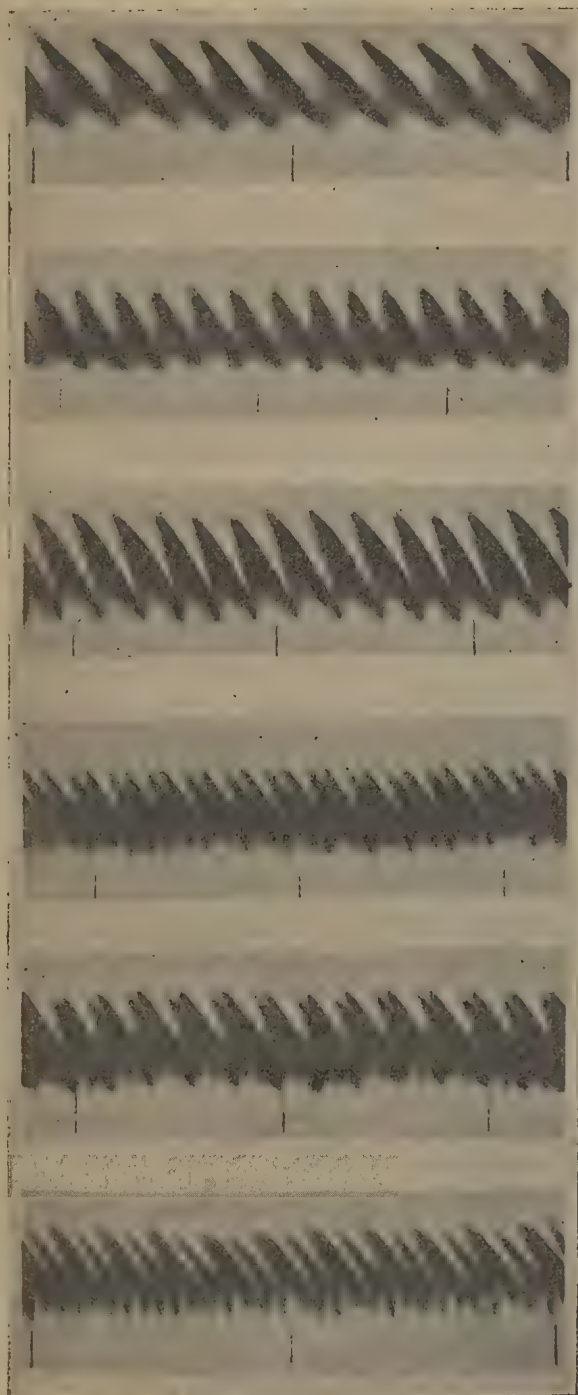
Ainsi, I, U, OU, présentent cinq flammes par $\frac{1}{54}$ de seconde; É et O, cinq groupes de deux flammes par $\frac{1}{54}$ de se-

conde; et A cinq groupes de trois flammes par $\frac{1}{54}$ de seconde. Ceci n'a rien d'étonnant, attendu que, pour prononcer I, U, OU, la cavité buccale ne change pas de forme, la langue reste en place et ce sont les lèvres seules qui font la voyelle; il en est de même pour É et pour O; enfin, la voyelle A est obtenue d'une façon tout à fait particulière.

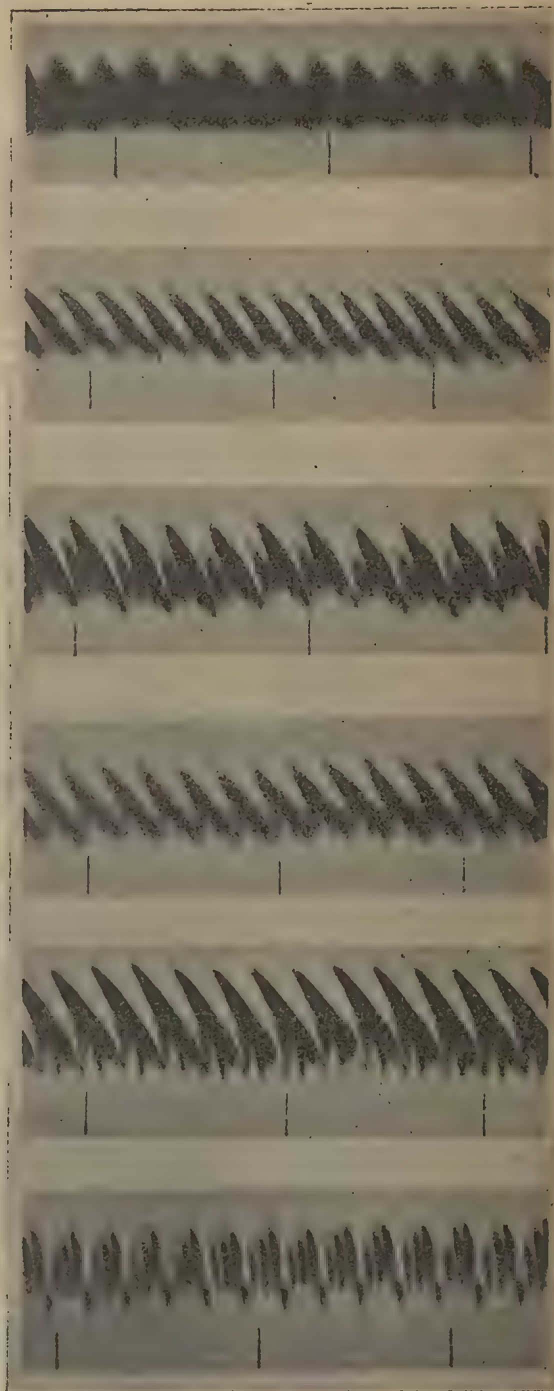
Cette classification des voyelles, bien qu'obtenue par une méthode très différente, correspond absolument à la classification d'Helmholtz. (Voir plus loin.)

Elle correspond en même temps à la classification adoptée généralement par les professeurs de chant et, en particulier, par M. Le Fort.

M. Le Fort admet, en effet, dans la voix chuchotée, trois



Pl. II. — *Voyelles prononcées sans embouchure* (1/54 de seconde).




Pl. III. — *Voyelles prononcées avec l'embouchure de Kœnig* (1/54 de seconde).

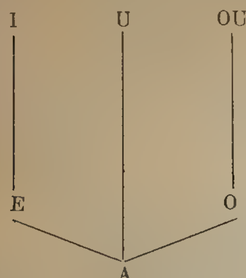
voyelles fondamentales, I, U, OU, d'où il fait dériver les autres.

| I | U | OU |
|---|---|---|
| é | eu | o |
| in | un | on |
| è | e | ô |
| à | ê | an |

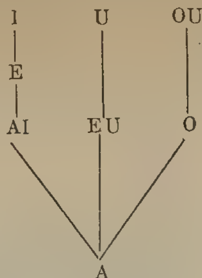
Pour prononcer successivement les voyelles d'une classe, il suffit, la langue restant en place, d'ouvrir la bouche de plus en plus.

Si l'on prend maintenant l'embouchure dont M. Kœnig s'est servi pour faire ses expériences, et si l'on répète les voyelles avec la même tonalité que précédemment, on constate que cette embouchure métallique, en forme de cône, a

introduit des flammes nouvelles qui modifient considérablement la forme et le nombre des flammes. (Pl. III.)



*Classification du docteur Marage.*

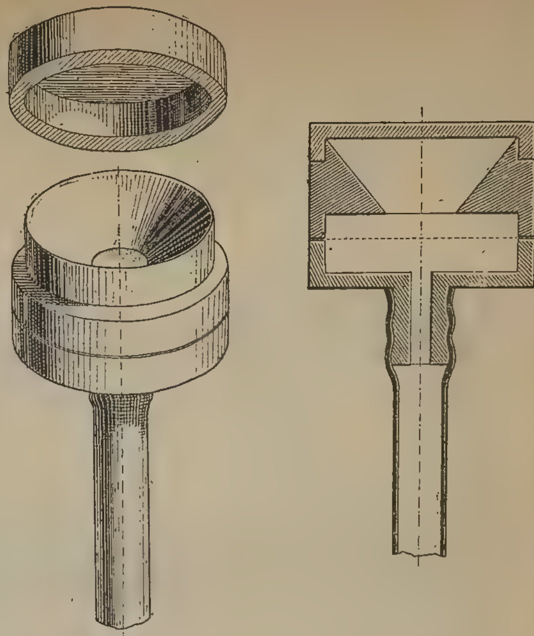


*Classification de Helmholtz.*

La voyelle n'est plus caractérisée par une seule flamme, mais par une flamme principale avec deux autres plus petites parallèles.

U conserve une flamme unique, mais OU en a trois parallèles, deux égales se touchant, une plus petite, isolée.

É a quatre flammes indépendantes à leur base, réunies à leur sommet, O en a trois également indépendantes à leur base, réunies à leur sommet. Enfin, A, au lieu de trois flammes, en a quatre, la plus petite étant ajoutée.


*Cornet-masseur grandeur naturelle.*
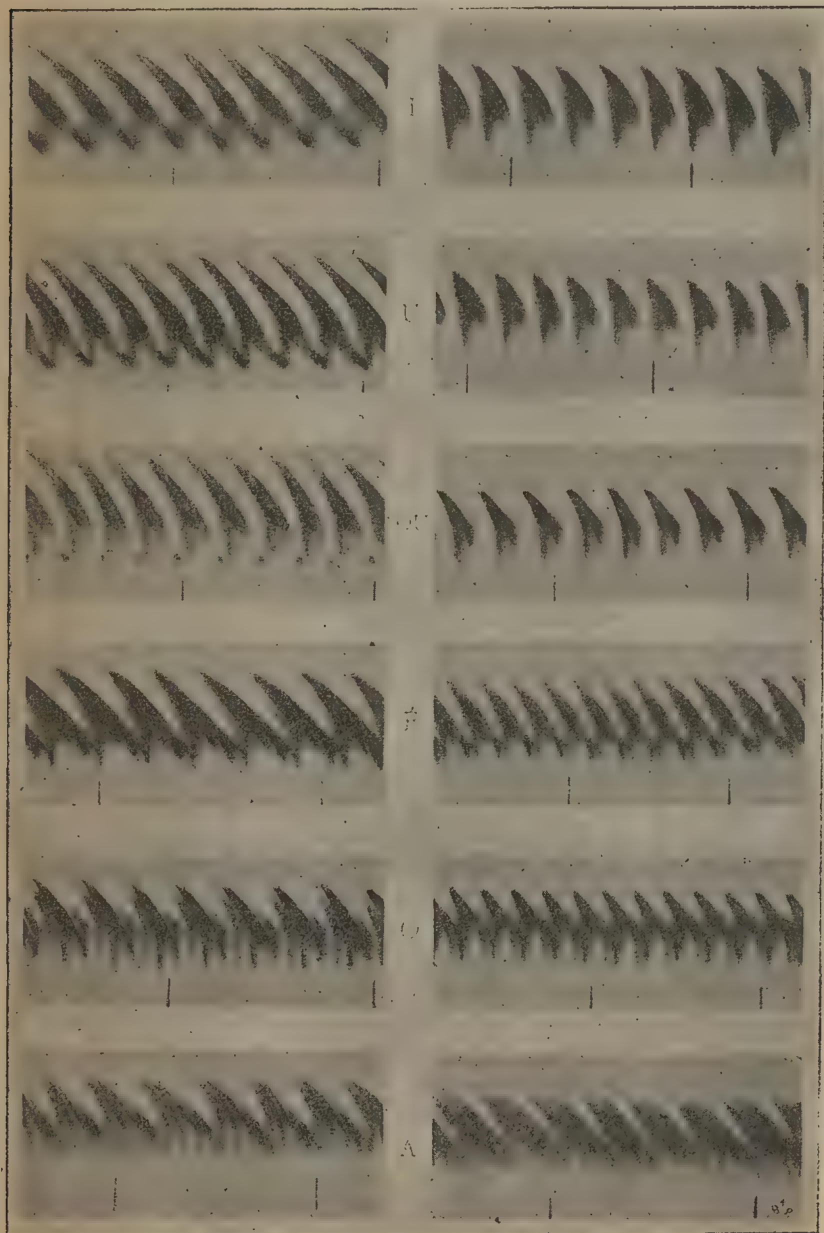
Ce sont donc U et A qui sont les moins déformées.

On comprend donc que M. Kœnig, s'étant servi de cette embouchure dans toutes ses expériences, ait toujours trouvé des résultats différents des miens.

Ce phénomène était excessivement important à constater, car il permettait d'expliquer le désaccord régnant entre tous les physiciens qui s'étaient occupés de l'étude des voyelles; quelle que fût la méthode employée, en effet, ils ne se mettaient pas dans les mêmes conditions, donc ils ne pouvaient pas trouver les mêmes résultats.

Il fallait chercher maintenant l'embouchure qui déformait le moins les flammes caractéristiques des voyelles, c'est-à-dire celle qui conservait au son toute sa pureté.

Si l'on prend comme embouchures des résonnateurs, on se trouve en présence de résultats tout à fait particuliers; le résonnateur tend à donner à la flamme de chaque voyelle la même forme; si l'on se sert, par exemple, du résonnateur si $b_4$ (note qui est regardée par la plupart des physiciens comme étant la vocable de A, caractérisé par 3 flammes), on constate que les flammes des autres voyelles tendent à se diviser par groupes de trois; de même le résonnateur si $b_3$, correspondant à la vocable de O, voyelle à deux flammes, tend à diviser, par groupes de deux, les flammes caractéristiques des autres voyelles. Si l'on prend des résonnateurs quelconques, les flammes sont complètement déformées, il n'y a plus aucune régularité; elles se brisent en s'inclinant dans tous les sens.



Sans membrane. Avec membrane de caoutchouc.

Pl. IV. — *Masseur-cornet.*

Par conséquent, dans un cornet acoustique, il ne fallait pas introduire de résonnateur.

J'ai passé alors en revue les cornets acoustiques employés le plus souvent par les malades, et j'ai cherché celui qui ne déformait pas les flammes; comme mes recherches n'ont pas été couronnées de succès, j'ai fait construire un appareil différant très sensiblement de tous ceux qui sont en usage, et auquel j'ai donné le nom de masseur-cornet.

La figure de la page précédente représente l'instrument en vraie grandeur. Il se compose d'une lame mince de caoutchouc vibrant sous l'influence de la parole, *sans donner de son propre;* en avant, se trouve une embouchure en forme de tronc de cône, et ne renforçant pas plus un son qu'un autre.

Si on répète les expériences précédentes en prenant comme embouchure un masseur-cornet sans membrane, on voit que I, U, OU sont toujours caractérisés par une flamme; mais É, O, A ont chacun deux petites flammes surajoutées. (Pl. IV.)

Si l'on interpose une membrane vibrante, en caoutchouc très mince, on constate que les flammes caractéristiques des voyelles apparaissent immédiatement, sauf pour É qui conserve une troisième flamme toute petite (1).

Cette embouchure est donc, de toutes celles que nous avons employées, celle qui modifie le moins les flammes de chaque voyelle; c'est ce qui explique que cet appareil, dans lequel *il n'y a aucune partie métallique*, non seulement ne fatigue pas les malades, mais encore leur permet d'entendre même la voix chuchotée sans qu'ils éprouvent une sensation désagréable; en effet, lorsque l'on parle, il y a non seulement vibration de l'air, mais encore transport de l'air, et la membrane de caoutchouc s'oppose à cette translation.

Cet instrument, tout en empêchant le contact direct par l'air entre le parleur et l'auditeur, conserve donc au son une très grande pureté.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er février 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SAIGNÉE, LES VOMITIFS ET LE VÉSICATOIRE

M. HERVIEUX, se basant sur une pratique de près de vingt-cinq ans, vient, au nom de la clinique, s'unir à M. A. Robin pour protester contre l'exclusion injustifiée de médicaments qui ont fait leurs preuves. Ses observations porteront sur l'emploi des ventouses scarifiées et du vésicatoire.

A la Maternité, les ventouses scarifiées lui ont rendu les plus grands services dans la péritonite puerpérale; sous leur action, M. Hervieux a toujours constaté la diminution des douleurs et du météorisme abdominal; les ventouses sèches se sont montrées très inférieures, ce qui indique bien l'effet propre à la déplétion sanguine.

Le vésicatoire a été aussi des plus utiles dans le traitement de ces péritonites; par lui, il a obtenu des succès dans des cas qui s'étaient montrés rebelles à l'action du collodion, de la glace, des frictions belladonées. Des malades emmenées de l'hôpital par leur famille dans un état presque désespéré, une fois soustraites à l'influence nosocomiale et traitées par les vésicatoires répétés, se sont rétablies.

Dans la pleurésie puerpérale, le vésicatoire a donné les mêmes résultats relativement à la douleur et à l'épanchement. M. Hervieux a rarement vu des accidents déterminés par le vésicatoire; ils se bornaient à une légère cystite cantharidienne. En tout cas, il n'a jamais vu les accidents graves dont a parlé M. Huchard.

### COMMUNICATIONS

**Sur la réparation des plaies de l'uretère et de la vessie.** — M. CORNIL, en son nom et au nom de M. Carnot, communique des expériences nouvelles sur ce sujet. Ainsi, après avoir lié l'uretère au catgut, et fait une incision longitudinale de 1 centimètre au-dessous de la ligature, l'uretère est non seulement cicatrisé, mais de nouveau perméable à l'urine au bout d'une douzaine de jours. La vessie, liée en son milieu au catgut, et, soit incisée sur une étendue de 5 à 6 centimètres au-dessus de la ligature, soit enlevée dans toute la calotte située au-dessus de la ligature, se répare de la même façon, la nouvelle partie de la vessie étant constituée par le grand épiploon.

**Des greffes d'os vivants.** — M. RICARD fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 121.)

**De l'alcoolisme et de la cirrhose hépatique dans l'Yonne.** — M. ROCHÉ (de Toucy) ne s'est pas contenté, pour tenter d'élucider la question soulevée par M. Lancereaux, de compulser ses observations personnelles; il a d'abord consulté sur ce sujet ses collègues de la Société médicale de l'Yonne, puis il a adressé à ses confrères du département un véritable questionnaire. Cette double enquête a abouti aux conclusions suivantes :

1° La cirrhose est rare dans l'Yonne.

2° Elle est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes.

3° Elle est due surtout à l'abus de l'alcool.

4° Elle est exceptionnellement d'origine vineuse.

5° Dans les cirrhoses vineuses, il s'agissait de vins non plâtrés.

6° L'alcoolisme aigu, l'alcoolisme chronique sont rares chez les grands buveurs de vin ou de cidre.

7° L'alcoolisme chronique est rare même chez les buveurs en grande quantité d'eau-de-vie du pays.

8° L'alcoolisme est fréquent chez les buveurs de mauvaise eau-de-vie ou de liqueurs du commerce.

9° Les manifestations de l'alcoolisme chronique, l'artério-sclérose surtout, précèdent souvent la cirrhose ou coïncident avec elle.

### LECTURES

**Du traitement des scolioses par l'immobilisation en bonne position : technique et résultats.** — M. A. CHIPAULT (de Paris) fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 124.)

**Le traitement de l'épilepsie, de l'idiotie et d'autres états encéphaliques analogues, par la résection des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique.** — M. A. CHIPAULT (de Paris) fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

---

(1) Dans l'étude que j'ai faite des vocables, j'ai donné l'explication de cette anomalie, qui n'est qu'apparente.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. Péan ont eu lieu mardi à midi à la Madeleine, au milieu d'une affluence considérable.

Les cordons du poêle étaient tenus par M. Jaccoud, président de l'Académie de médecine; M. de Selves, préfet de la Seine; M. Peyron, directeur de l'Assistance publique; M. Pozzi, sénateur, membre de l'Académie de médecine; M. Segond, chirurgien des hôpitaux; M. Jacquin, secrétaire de la grande chancellerie de la Légion d'honneur; M. Mézières, membre de l'Académie française; M. Beurdeley, maire du VIII$^e$ arrondissement; M. Delaunay, chef de clinique et ancien interne de M. Péan; M. Brochin, son plus ancien assistant.

Une compagnie d'infanterie avec drapeau et musique rendait les honneurs au commandeur de la Légion d'honneur.

Au cimetière, plusieurs discours ont été prononcés : par M. le médecin principal Delorme, au nom de l'Académie; par M. Pozzi, au nom des chirurgiens des hôpitaux; par M. Beurdeley, au nom de la ville de Paris, et par M. Delaunay, au nom des anciens internes.

— Un concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 17 mars 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. — Le registre d'inscription, ouvert le lundi 14 février, sera clos définitivement le samedi 2 du même mois, à trois heures.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 31 janvier.

Questions d'oral posées : Épiploon gastro-hépatique; — Diagnostic de l'occlusion intestinale.

MM. Jeannin, 17 + 25 = 42. — Mousseaux, 18 + 22 = 40. — Bisch, 13 1/2 + 24 = 37 1/2. — Gimbal, 15 + 22 = 37. — Roché, 13 + 23 = 36. — M$^{lle}$ Pariselle 13 1/2 + 20 = 33 1/2. — MM. Bergeron, 11 + 21 = 32. — Hanotte, 12 + 20 = 32. — Debret, 12 + 19 = 31. — Diel, 12 + 18 = 30. — Voisin (Roger), 10 + 19 = 29.

— *Distinctions honorifiques.* — Par divers arrêtés ministériels, sont nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Chambellan, médecin de la Société amicale et de prévoyance de la Préfecture de police; Lestage, conseiller général, maire de Poyanne (Landes), délégué cantonal; M$^{me}$ Pilliet, professeur à l'Association des Dames françaises; M. Renouard, professeur à ladite Association.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Antheaume, chef de clinique des maladies mentales, à la Faculté; Dagonet, médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne; Deblenne, médecin de première classe de la marine, détaché à la mission lyonnaise d'exploration en Chine; Druillet, adjoint au maire de Cazaubon (Gers), délégué cantonal; Dubost, professeur à l'Association des Dames françaises; du Breuil, médecin chef honoraire des hôpitaux de Rouen; Loubrieu, médecin de la Société amicale et de prévoyance de la Préfecture de police; Panel, directeur du bureau municipal d'hygiène, chirurgien adjoint à l'hôpital départemental ophtalmique à Rouen; Puyo, maire de Grenade-sur-l'Adour (Landes), délégué cantonal; Thominet, médecin inspecteur des écoles du XIX$^e$ arrondissement de Paris.

M. Blancard, pharmacien, à Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 janvier 1898, la chaire de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

— Par décision ministérielle, en date du 26 janvier 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe : MM. les élèves de l'École du service de santé Savignac, Pujol, Dardenne et Fargier, affectés à Toulon; Creignou, maintenu à Bordeaux; Westermann, Delaune et Sautarel, affectés à Toulon.

— Par décision ministérielle, en date du 28 janvier 1898, une prolongation de congé de convalescence de trois mois, à solde entière, a été accordée à M. le médecin principal Le Texier, pour en jouir à Saint-Brieuc.

— M. le médecin principal Prat, médecin-major du 4$^e$ régiment d'infanterie de marine à Toulon, est maintenu, sur sa demande, dans les mêmes fonctions pour une nouvelle période de deux années à compter du 20 février 1898.

— M. le médecin principal Kermorvant, du port de Brest, est désigné pour faire partie, en qualité de médecin d'escadre, de l'état-major général de M. le contre-amiral de La Bonninière de Beaumont, nommé au commandement en chef de l'escadre de l'Extrême-Orient.

— La permutation concertée entre MM. les médecins de première classe Négretti, médecin-major du *Bugeaud* (escadre de la Méditerranée), et Jourdan, médecin-major du *Bruix*, à Cherbourg, est autorisée.

— La permutation concertée entre MM. les médecins de première classe Rousseau, embarqué sur l'*Indomptable* (escadre de la Méditerranée), et Grognier, destiné au *Valmy* (escadre du Nord), est autorisée.

— Une prolongation de congé de convalescence de trois mois, à solde entière, à passer à Saint-Gaudens, est accordée à M. le médecin de deuxième classe Nègre (J.), du port de Cherbourg.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Deroide, agrégé, est nommé chef des travaux de pharmacie.

— MM. les docteurs, dont les noms suivent, ont été nommés membres du Comité d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques de : LIGNY : M. Caussin; PROVINS : M. Chevalier.

— M$^{me}$ Brès, docteur en médecine, est nommée membre des comités d'admission à l'Exposition universelle de 1900 (classe 111).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brecx (de Bruxelles); Gallavardin (de Lyon); Lafaurie (du Havre) et Taurin (de Louviers).

— M. le docteur S. Pozzi, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Broca, commencera ses leçons cliniques de gynécologie, le vendredi 4 février, à dix heures du matin, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Le mercredi, de neuf heures à dix, démonstrations d'histologie pathologique (gynécologie), par le docteur Latteux, chef du laboratoire de l'hôpital Broca. — Lundi et mercredi, à dix heures, opérations.

— M. le docteur R. Belin, ayant depuis près de deux ans transféré à l'hôpital privé Cloquet, à Levallois, sa clinique de chirurgie, déclare être *absolument étranger* au nouvel Institut hypodermique créé récemment, 100, rue Saint-Lazare, dans ses anciens locaux.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Cannes, 11 h. 13 matin; Nice 11 h. 45 matin; Monte-Carlo, midi 44; Menton, midi 58.

Départ : de Menton, 8 h. 57 soir; Monte-Carlo, 9 h. 13 soir; Nice, 10 h. 10 soir; Cannes, 10 h. 40 soir; Saint-Raphaël, 11 h. 13 soir; Paris, 3 h. 2 soir.

**Le micrographe préparateur,** journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (N° 1, janvier-février 1898.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr.; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 15. — SAMEDI 5 FÉVRIER 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 5 FÉVRIER 1898. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Les diverses théories sur la nature et la pathogénie du zona.

Par M. GROSJEAN, interne des hôpitaux.

L'évolution clinique du zona est aujourd'hui bien connue et décrite dans tous les traités classiques. M. le docteur Berbez (1) en a publié, dans la *Gazette des hôpitaux*, une étude très complète et très documentée; nous y renvoyons pour tout ce qui concerne la bibliographie et l'étude clinique. Mais depuis 1892 de nombreux travaux ont paru sur la pathogénie bien obscure de cette affection. Il nous a semblé intéressant de réunir ces matériaux et de montrer quelles sont, à l'heure actuelle, les théories à l'aide desquelles on explique la genèse de cette curieuse affection.

Les premières recherches intéressantes sur le zona datent du milieu de ce siècle; elles tendaient à établir sa base anatomique. Dès les premières autopsies, on faisait du zona la manifestation cutanée d'une lésion nerveuse, mais deux points sont restés obscurs : le siège de cette lésion et sa nature. Les uns, en effet, ont décrit des altérations des ganglions spinaux, d'autres des altérations des nerfs périphériques ou du système nerveux central et, en particulier, de la moelle; en sorte que, à l'heure actuelle, il est difficile, comme nous le verrons, de donner au zona une base anatomique précise. Il en est de même de la nature de ces lésions; bien des hypothèses ont été émises pour expliquer leur pathogénie : les uns y voient le résultat d'une infection spéciale; d'autres en font des altérations nerveuses résultant de causes multiples : infection, intoxications, traumatisme.

Il est un point sur lequel les auteurs ne s'entendent pas assez et qui obscurcit encore la question; il s'agit de savoir ce que l'on entend au juste par ce mot : zona. Doit-on y rattacher toutes les éruptions développées sur le trajet d'un nerf et présentant les mêmes caractères extérieurs? Ou bien doit-on admettre qu'il existe un zona primitif survenant avec des phénomènes généraux, de la fièvre, des adénopathies, et ne récidivant pas; et à côté de ce zona primitif, faut-il placer, sous le nom d'éruptions zostériformes, des éruptions présentant le même siège et les mêmes caractères objectifs que ce dernier, mais s'en distinguant par ce fait qu'elles évoluent sans fièvre et peuvent récidiver? En d'autres termes, pour employer la comparaison de M. Landouzy, y a-t-il une fièvre zostérienne et des éruptions zostériformes, comme il y a une fièvre scarlatine et des éruptions scarlatiniformes? Dans l'exposé des faits qui vont suivre, nous adopterons cette manière de voir et nous verrons que la confusion du zona, avec ces éruptions zostériformes, a souvent compliqué les théories diverses que nous allons exposer.

(1) BERBEZ. Le zona, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 16 ~~mai~~ avril 1892.

### I

HISTORIQUE. — Le zona était bien mentionné par un certain nombre d'auteurs avant le XVIIIe siècle, mais il l'était d'une façon absolument vague. A cette époque, Pinel, dans sa nosographie philosophique, le classe entre l'érysipèle et la dartre. Pendant longtemps, les auteurs qui suivirent le rangèrent parmi les dermatoses; Lorry remarqua que la douleur accompagnait l'éruption.

Borsieri, dans un mémoire qui fit époque, associa la douleur et l'éruption et en fit les deux grands symptômes du zoster.

Villan et Bateman font relever cette affection de l'herpès et la décrivent sous le nom d'herpès zoster.

Alibert la range dans le groupe des maladies inflammatoires, genre des dermatoses.

Il serait fastidieux de répéter ici les hypothèses de ces anciens auteurs sur la nature du zona. On les trouve exposées, dans le dictionnaire en soixante volumes.

Geyer l'attribue à un virus pétéchial dégénéré; Lorry le fait provenir de saburres gastriques; Gitanner en fait une dégénération syphilitique; Borsieri lui reconnaît comme cause matérielle un principe âcre, brûlant, qui irrite le système nerveux; Niehmann fait naître le zona d'un miasme spécifique; Hufeland le regarde comme produit par l'influence d'une constitution rhumatico-catarrhale, etc.

Il faut arriver en 1856 avec Parrot (1) pour trouver une bonne description du zona; de plus, cet auteur fait la tran-

(1) PARROT. *Union méd.*, mars 1856.

sition entre les théories anciennes et les théories nerveuses du zona.

Parrot fait ressortir, en effet, l'intensité de la douleur parfois assez violente pour qu'Alibert lui ait donné le nom de « ceinture de feu » ; il compare cette douleur aux névralgies intercostales et dit que « le zona pourrait bien n'être qu'une manifestation toujours secondaire, subordonnée à l'existence d'une *névralgie* de nature rhumatismale ou dyspeptique ».

De cette hypothèse à la théorie nerveuse, il n'y avait qu'un pas ; et bientôt, grâce aux travaux de Bœrensprung, Charcot, Cotard, Vulpian et de bien d'autres dont nous verrons les noms plus loin, cette théorie nerveuse gagna tous les jours du terrain. Actuellement tout le monde admet que le zona est la manifestation d'une lésion nerveuse de nature encore indéterminée, mais on ne connaît pas encore, d'une façon précise, le siège de cette lésion, d'où les théories que nous allons exposer maintenant.

## II

Théories anatomiques du zona. — 1° *Théorie ganglionnaire.* — Parmi les théories nerveuses du zona, il en est une qui a été adoptée pendant longtemps. C'est celle qui rattache le zona à une lésion des ganglions spinaux. On admet dans cette théorie que la lésion essentielle du zona siège dans les ganglions spinaux et qu'elle se transmet à la peau par l'intermédiaire des nerfs cutanés qui aboutissent aux ganglions.

Ce qui a fait le succès de cette théorie, c'est qu'elle avait une démonstration anatomique ; plusieurs autopsies avaient révélé des lésions ganglionnaires chez des individus ayant présenté des éruptions zostériennes pendant leur vie. De plus, la théorie était formulée à une époque où l'on s'occupait beaucoup de la répercussion des lésions nerveuses sur la peau. Charcot (1) avait publié ses recherches à ce sujet. Brown-Séquard (2) signalait, dans une leçon faite à Dublin, en 1865, des éruptions cutanées spéciales survenant au bras dans des cas de méningo-névrite localisée à la partie inférieure de la région cervicale.

Bœrensprung, en 1864 et 1865, à l'occasion de faire l'autopsie de deux individus ayant présenté un zona pendant leur vie. Il trouve et décrit des lésions des nerfs et surtout des lésions ganglionnaires. Depuis, un certain nombre d'autopsies semblent confirmer cette théorie ganglionnaire.

Nous avons cherché à réunir ici les diverses autopsies où l'on a étudié les lésions du zona, pour montrer que l'on ne peut de ces cas tirer une conclusion nette au sujet des diverses théories pathogéniques émises sur cette affection. A part la dernière, due à MM. Pitres et Vaillard, toutes les autres sont incomplètes, car on n'a jamais examiné systématiquement les nerfs, les ganglions et la moelle.

Les premiers cas sont dus à Bœrensprung (3) et datent le premier de 1864, le second de 1865. L'auteur a constaté des lésions des nerfs et des ganglions, il conclut de ses recherches « que c'est surtout, sinon exclusivement, à l'inflammation des ganglions spinaux, à l'irritation des cellules ganglionnaires qu'il faut rapporter la lésion cutanée ».

Dans l'un des cas de Bœrensprung, il s'agit d'un enfant d'un an qui mourut après avoir présenté, quarante jours avant sa mort, un zona intercostal. A l'autopsie, les sixième, septième, huitième nerfs intercostaux, correspondant à l'éruption, étaient injectés et épaissis. Le microscope révéla l'existence d'un travail inflammatoire très accusé dans le névrilème et dans la trame du ganglion dont les cellules présentaient la dégénérescence graisseuse.

Charcot et Cotard (1) publient un autre cas en 1865. Un zona de la région cervicale se développe chez un individu porteur d'un cancer de la colonne vertébrale. A l'autopsie, dit Charcot, on trouva la moelle cervicale et les racines des nerfs rachidiens saines. Mais en ouvrant les trous de conjugaison du côté droit, on trouva les ganglions spinaux et les troncs nerveux eux-mêmes tuméfiés, gonflés et vivement colorés en rouge. De plus, dans les ganglions comme dans les nerfs, le microscope révéla une multiplication très accentuée des cellules nucléaires. Les ganglions et les nerfs du côté opposé ne présentaient aucune trace d'altération.

E. Wagner (2) rapporte un autre cas de zona avec autopsie. Un jeune homme de vingt-trois ans présenta dans les derniers temps de sa vie une éruption de zona siégeant sur les parties correspondant aux neuvième et dixième nerfs intercostaux gauches. A l'autopsie, on constata une carie vertébrale des six dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires. Les méninges étaient enveloppées d'une couche épaisse de pus caséeux qui se prolongeait sur les gaines des nerfs et des ganglions spinaux. De plus, les neuvième, dixième et onzième ganglions dorsaux du côté gauche étaient seuls tuméfiés et présentaient des altérations appréciables au microscope. Les cellules nerveuses avaient disparu et au voisinage immédiat des alvéoles où elles sont logées, on reconnaissait tous les caractères de la prolifération conjonctive anormale poussée à un haut degré. Charcot (3) ajoute, après avoir mentionné ce cas : « J'ai vu, pour mon compte, dans plusieurs cas de méningite spinale chronique, avec épaississement de la dure-mère, l'inflammation concomitante des nerfs rachidiens dans leur trajet à travers les méninges, provoquer dans les parties périphériques, outre une atrophie plus ou moins prononcée, des éruptions cutanées diverses, mais se rapprochant en général du zona ou du pemphigus. »

Danielssen (4) rapporte que, chez un individu mort de pneumonie et qui avait présenté deux mois avant sa mort un zona du côté gauche du thorax, on trouva le sixième nerf intercostal du côté correspondant rouge et tuméfié.

Weidner (5), chez une femme morte de pneumonie du sommet et ayant présenté pendant sa vie un zona de l'épaule, trouve les racines postérieures des nerfs correspondant à l'éruption considérablement épaissies et infiltrées.

Haiglh (6) a rencontré de la névrite dans un cas de zona spontané.

Kaposi (7), en 1876, relate l'autopsie d'un homme de cin-

(1) Charcot. Note sur quelques cas d'affection de la peau dépendant d'une influence du système nerveux, *Journal de Brown-Séquard*, 1859, p. 108.

(2) Brown-Séquard. Cité par Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1872-73, p. 27.

(3) Bœrensprung. In *Arch. f. anat. und physiol.*, nº 4, 1865, et *Caustatt's Jahresh.*, 1864, t. IV, p. 128.

(1) Charcot et Cotard. Sur un cas de zona du cou, *Mém. de la Soc. de biol.*, 1865, p. 41.

(2) Wagner. In *Arch. der Heilkunde*, 1e heft, Leipzig 1870. — Cité par Charcot. Loc. cit., p. 26.

(3) Charcot. Loc. cit., p. 27.

(4, 5, 6) Danielssen, Weidner, Haiglh. In Th. de Bertrand, Paris 1875.

(7) Kaposi. Cité par Dongradi, Th. de Paris, 1896, p. 15.

quante-quatre ans qui présenta une éruption zostériforme sur la lèvre inférieure, le menton et le bas-ventre. Cet individu mourut quatre jours après d'un érysipèle de la cuisse droite. A l'autopsie, on trouva les ganglions intervertébraux du côté droit de la dixième dorsale à la deuxième lombaire épaissis et très adhérents. En outre, on note une hyperplasie du tissu péri-cellulaire péri et intra-ganglionnaire. Les cellules sont altérées, elles renferment de nombreuses granulations pigmentaires. Dans quelques-unes, le protoplasma s'est rétracté, de sorte qu'il existe un espace libre entre lui et la membrane cellulaire. Dans cet espace, on trouve soit des exsudats fibrineux, soit des globules sanguins. Le protoplasma est pâle, formant une masse homogène.

Weidner (1) rapporte un autre fait : il s'agit d'un vieillard qui avait présenté un zona ophtalmique et à l'autopsie duquel on trouve des altérations du ganglion de Gasser et du trijumeau.

Vulpian (2) rapporte qu'il a eu occasion de faire l'autopsie d'un malade ayant présenté un zona thoracique. Les ganglions correspondants ne présentaient aucune altération. Les nerfs intercostaux ne furent pas examinés.

Alb. Hybord (3) rapporte dans sa thèse une observation due à Oscar Wyss. Un individu meurt après avoir présenté à droite un zona ophtalmique. A l'œil nu, le ganglion de Gasser, presque normal à l'émergence des deuxième et troisième branches du trijumeau, est, au contraire, altéré au maximum à l'émergence de la branche ophtalmique. Cette branche présente elle-même des lésions très nettes : infiltration du périnèvre, hyperplasie du névrilème, coagulation anormale de la myéline et dégénérescence granulo-graisseuse partielle des tubes nerveux. De plus, il faut noter que ces lésions avaient leur maximum au niveau du ganglion de Gasser et qu'elles allaient en diminuant à mesure que l'on se rapprochait des divisions terminales du nerf.

Il nous reste encore à signaler deux observations où les lésions ont été beaucoup plus étudiées que dans tous les cas précédents, ce sont les cas dus à M. Chandelux (4), d'une part, et à MM. Pitres et Vaillard (5) d'autre part (6).

M. Chandelux, en 1879, a l'occasion de faire l'autopsie d'une femme morte de tuberculose et qui présentait depuis plusieurs mois un zona siégeant au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux du côté gauche. L'examen anatomique permit de constater des lésions de tuberculose très avancées. De plus, on trouva des adhérences pleuro-pulmonaires au niveau des parties latérales des deuxième, troisième et quatrième vertèbres dans la partie qui répond au col des côtes. Immédiatement au-dessous de ces adhérences, on trouva les trous de conjugaison par lesquels sortent les nerfs intercostaux. « L'examen anatomique, dit M. Chandelux, porta plus spécialement sur ces nerfs et sur leurs racines. Ceux qui étaient supposés malades furent pris et placés dans de l'alcool avec d'autres nerfs du côté opposé pour servir de terme de comparaison. Voici ce que l'on constata : A l'œil nu les deuxième et troisième ganglions spinaux gauches étaient d'un volume double du volume de ganglions intervertébraux pris à distance ; de plus ils présentaient à leur périphérie des noyaux ou nodosités noires comme le jais de la grosseur d'un pois dessinant des saillies plus ou moins irrégulières.

L'examen histologique permit de constater que les ganglions (deuxième et troisième) présentaient par place des zones où ils étaient complètement transformés. On n'y trouvait plus ni cellules ganglionnaires ni tubes nerveux, mais bien un tissu conjonctif dense et fasciculé, véritable tissu de sclérose ; dans des portions voisines, l'altération était pour ainsi dire nulle, et on rencontrait tous les intermédiaires entre les zones offrant le maximum de transformation scléreuse et celles, au contraire, que le travail pathologique a respectées. Enfin par place on remarque de nombreuses granulations pigmentaires situées dans l'intervalle des faisceaux conjonctifs, elles deviennent moins abondantes et se dissocient pour ainsi dire à mesure que l'on s'avance vers le centre du noyau scléreux ; elles correspondent aux noyaux noirâtres que l'on voyait à l'œil nu à la surface des ganglions.

« Les nerfs intercostaux correspondant à ces deux ganglions, dit M. Chandelux (1), ont été examinés comparativement à des nerfs émanés de ganglions sains, mais cet examen n'a pas donné de résultats précis. Peut-être existe-t-il un léger degré de sclérose sur les nerfs intercostaux émanés des ganglions malades, peut-être y a-t-il disparition d'un certain nombre de tubes nerveux, mais je ne saurais être affirmatif à cet égard. Ces lésions, dans tous les cas, sont minimes et peu accentuées. »

L'examen de M. Chandelux porta également sur le cordon et les ganglions du sympathique, mais on n'y trouva aucune altération semblable à celles que M. Marcacci (2) avait rencontrées chez un malade dans le ganglion cervical supérieur et le ganglion cœliaque.

De cet examen anatomique l'auteur tend à conclure que les lésions ganglionnaires portent peut-être uniquement et exclusivement sur les ganglions spinaux, et que peut-être les cellules détruites étaient les centres trophiques chargés de régir et de régler la nutrition de la peau au niveau du siège de l'éruption.

L'examen de la moelle n'a pas été fait.

MM. Pitres et Vaillard (3) ont publié, en 1883, une dernière observation de zona avec autopsie, elle mérite d'être relatée un peu plus longuement, car c'est la seule où l'examen ait été fait un peu complètement. Il s'agissait d'une femme de trente ans, morte le 15 juin 1882 d'une pleuro-pneumonie droite et présentant deux éruptions de zona de siège et d'âge différents, mais sur l'évolution desquelles les auteurs ne possédaient aucun renseignement.

L'une de ces éruptions occupait le sixième espace intercostal droit, elle était représentée par deux plaques cicatricielles blanches, légèrement déprimées à leur centre.

La seconde éruption siégeait dans le onzième espace intercostal, elle était représentée par trois plaques éruptives en voie d'évolution.

A l'autopsie on prend les nerfs intercostaux du côté droit,

(1) Weidner. Loc. cit.
(2) Vulpian. *Appareil vaso-moteur*, t. II, p. 553, note.
(3) Alb. Hybord. *Zona ophtalmique*, Th. de Paris, 1872.
(4) Chandelux. Observation pour servir à l'histoire des lésions nerveuses du zona, *Arch. de physiol.*, 1879, p. 674.
(5) Pitres et Vaillard. *Arch. de neurol.*, 1883, p. 213 et 290.
(6) Il faut encore signaler une autopsie due à Leudet et une autre due à Esmarck. Dans les deux cas, on a constaté de la névrite, (Th. de Maupetit, 1876, p. 24.)

(1) Chandelux. Loc. cit.
(2) Marcacci. *Gaz. hebd.*, 7 mars 1879 (anal. de M. Blachez).
(3) Pitres et Vaillard. Loc. cit.

avec les ganglions et racines rachidiennes correspondantes et la moelle.

L'examen des nerfs montre que, à l'œil nu, il n'existe aucune différence entre eux.

Au microscope on constate que les nerfs sont absolument sains, sauf les sixième et onzième du côté droit.

Le sixième nerf présente des altérations dégénératives profondes dans toute son étendue, une sclérose diffuse : de la gaine lamelleuse se détachent des travées conjonctives épaisses qui traversent le nerf en tous sens et circonscrivent des faisceaux altérés; de ces travées partent des cloisons secondaires, infiltrées de petits noyaux et entourant les débris des tubes nerveux. Ces derniers ne possèdent plus de cylindre-axe. Les uns sont réduits à la gaine de Schwann dont la cavité paraît vide; les autres, parfois très dilatés, renferment un petit amas de myéline jaunâtre et amorphe.

Le sixième ganglion spinal est également altéré. Il y a une diminution très évidente des tubes nerveux, presque toutes les fibres sont altérées, leur myéline, au lieu d'être homogène, est fragmentée en gouttelettes ou en granulations.

Les racines correspondant au sixième nerf sont saines.

Le onzième nerf intercostal présente des altérations identiques à celles du précédent.

Le onzième ganglion dorsal droit, examiné comme le sixième, est absolument sain, il en est de même des racines rachidiennes de ce nerf.

Quant à la moelle, elle a été durcie et examinée à diverses hauteurs et particulièrement dans les points correspondant aux sixième et onzième nerfs intercostaux, elle n'a présenté aucune altération appréciable.

Ce sont là les principales observations que nous avons réunies concernant l'anatomie pathologique du zona. Il est facile d'en faire la critique. D'abord elles ont été faites, pour la plupart, à une époque où la technique de l'examen des nerfs et de la moelle était loin d'être parfaite. De plus, à part la dernière, toutes sont incomplètes : on n'a, dans aucune d'elles, examiné d'une façon complète et systématique les nerfs, les ganglions et la moelle; même dans le cas de MM. Pitres et Vaillard, il ne semble pas que l'examen de la moelle ait été fait de telle façon que de petites lésions n'aient pu passer inaperçues. Il faut aussi faire remarquer que toutes ces autopsies ont porté sur des cas où l'on avait affaire à une éruption zostériforme; le cas de MM. Pitres et Vaillard lui-même correspondait à une pleuro-pneumonie droite avec adhérences et épaississement de la plèvre dans la gouttière costale droite. Aucune des autopsies précédentes n'a porté sur un cas de zona primitif. Il est donc impossible d'en tirer des conclusions, car on ne pourrait les rapporter au zona primitif que par analogie.

Cependant, il est un fait qui ressort nettement de ces autopsies, c'est que les compressions des nerfs ou des ganglions nerveux ont un retentissement manifeste sur la nutrition de la peau. Dans certains cas, on est en droit d'attribuer à ces compressions des éruptions qui ressemblent au zona, mais on ne peut pas en conclure que la lésion d'un ou de plusieurs ganglions spinaux est la cause essentielle des éruptions de zona. On est si peu en droit de le faire, que MM. Pitres et Vaillard se basent sur leur observation pour émettre une autre théorie pathogénique attribuant le zona à une névrite périphérique.

2° *Théorie de la névrite périphérique.* — La théorie rattachant le zona à une névrite périphérique est, pour la première fois, nettement formulée par MM. Pitres et Vaillard dans les réflexions qui suivent l'observation que nous avons signalée.

Ces auteurs font d'abord remarquer l'insuffisance de la théorie ganglionnaire qui ne saurait expliquer, disent-ils, le zona précédé ou accompagné d'atrophies ou de paralysies musculaires. De plus, certains faits tirés des relations d'autopsies que nous avons résumées, montrent que l'on a noté aussi bien les altérations des *nerfs* que celles des *ganglions* (cas de Bœrensprung, Charcot, Weidner, Kaposi, Hybord). Les auteurs en concluent que l'altération des nerfs est plus importante et plus constante que celle des ganglions rachidiens; et à ce point de vue spécial, leur observation présente un réel intérêt. En effet, dans leur cas, deux éruptions de zona d'âge différent existent sur le même côté du thorax. Le sixième nerf intercostal correspondant à l'éruption ancienne est le siège d'une névrite mixte avec destruction de la totalité des fibres nerveuses et épaississement du tissu conjonctif interstitiel. La lésion des tubes nerveux s'étend aux fibres qui traversent le sixième ganglion rachidien et à la racine postérieure correspondante. Sur le trajet de l'éruption récente, le onzième nerf intercostal est aussi profondément altéré, mais le ganglion et les racines correspondantes sont normaux. L'altération constante dans les deux cas est donc la névrite périphérique : elle seule a suffi à déterminer le trouble trophique cutané, puisqu'elle existe seule dans le zona récent. Au niveau de l'éruption ancienne, les altérations des ganglions et de la racine postérieure pouvaient être secondaires, consécutives à l'inflammation du nerf périphérique et par conséquent elles ne se seraient produites que lorsque le zona existait déjà depuis quelque temps. Quoi qu'il en soit, disent en concluant les auteurs de cette théorie, il ressort de l'étude de ce fait, que le zona n'est pas nécessairement lié à des lésions des ganglions rachidiens, et qu'il peut être la conséquence directe d'altérations des nerfs périphériques, avec ou sans altérations concomitantes des ganglions et des racines correspondantes.

En faveur de cette opinion on pourrait encore citer un certain nombre de faits. Ce sont d'abord les cas de zona d'origine traumatique. Il existe des cas assez nets de zona reconnaissant cette origine. Charcot (1) rapporte le cas d'un homme qui, en 1848, reçut une balle à la partie inférieure et externe de la cuisse et chez lequel des douleurs névralgiques s'étaient développées à la partie inférieure du membre. Charcot vit cet homme en 1851, et à plusieurs reprises il constata le développement de vésicules tout à fait semblables à du zona sur le trajet des nerfs affectés. Il semble bien, dans ce cas, que la balle ait été la cause provocatrice de l'éruption, mais on ne peut dire par quel mécanisme.

Depuis, on a publié bien d'autres cas de zona d'origine traumatique.

Brown-Séquard cite un cas analogue à celui de Charcot.

Bouchard (2) rapporte deux cas de zona traumatique.

Verneuil (3), en 1873, publie ses recherches sur l'herpès traumatique, il distingue, dans la région où se distribuent les nerfs blessés, trois catégories distinctes d'herpès : l'her-

(1) Charcot. Cité par Vulpian, loc. cit., p. 549.

(2) Bouchard. *Gaz. des hôpit.*, 1869.

(3) Verneuil. De l'herpès traumatique, *Mém. de la Soc. de biol.*, 1873, p. 15.

pès périphérique, l'herpès de voisinage et l'herpès à distance.

Ces recherches sont reprises dans deux thèses, celle de Bertrand (1) et celle de Maupetit (2). Mais il est bien probable que beaucoup des observations rapportées dans ces trois ouvrages n'ont pas trait à du zona véritable.

Riesel (3), en 1876, rapporte un cas d'éruption de zona, survenue à la suite de l'amputation d'un sein.

Ory (4) rapporte un cas de zona traumatique des doigts, dans lequel l'éruption survint une heure après l'accident.

Ces observations, que l'on pourrait multiplier à l'heure actuelle, montrent que certaines éruptions zostériformes sont certainement survenues à la suite de traumatisme. Dans ces cas, il est certain que c'est surtout la névrite que l'on doit incriminer dans la production des éruptions cutanées.

M. Babinski (5) admet également que le zona est assez fréquent sur le trajet des nerfs altérés.

Il est encore des cas de zona qui sembleraient devoir être rapportés à des névrites périphériques, ce sont ceux publiés par Leudet (6). Il s'agit de cas d'asphyxie par la vapeur de charbon dans lesquels on a vu apparaître des éruptions d'herpès sur le trajet de certains nerfs (sciatique, cubital, trijumeau).

Vulpian (7) se faisant le précurseur de la théorie de la névrite périphérique, dit que ces cas de zona sont probablement dus à une névrite interstitielle localisée sur le nerf sous l'influence de l'asphyxie par l'oxyde de carbone.

Il est donc probable qu'un certain nombre d'éruptions zostériformes sont la manifestation cutanée d'une névrite périphérique résultant d'un traumatisme, d'une compression, peut-être d'une intoxication. Mais ces faits ne sauraient conduire à une théorie générale, car ils sont trop peu nombreux, et jusqu'ici il n'y a eu, en somme, qu'un seul examen anatomique probant. De plus, la névrite périphérique perd chaque jour du terrain ; on sait, en effet, que depuis quelque temps les neurologistes ont une tendance à rattacher à une lésion spinale (trouble dynamique et lésion matérielle) divers processus névritiques précédemment attribués à des altérations exclusivement périphériques (8). C'est ce que vient de faire M. Brissaud en formulant une théorie pathogénique rattachant le zona à une altération spinale, théorie que nous allons développer maintenant.

3° *Théorie spinale.* — M. Brissaud (9) a formulé récemment une théorie très séduisante rattachant certains cas de zona à une lésion médullaire limitée.

Avant d'exposer cette théorie, disons que certains auteurs avaient déjà pensé à rattacher quelques cas de l'affection qui nous occupe à une lésion de l'axe encéphalo-médullaire. Ils se basaient sur certaines observations de zona au cours de lésions des centres nerveux. C'est ainsi que Charcot (1) rappelle que les affections de la moelle épinière, l'ataxie locomotrice par exemple, déterminent fréquemment des troubles trophiques variés, en particulier des éruptions de zonas. Il rapporte aussi des faits semblant indiquer que le zona peut également se développer à la suite de certaines lésions partielles de l'encéphale. Duncan (2) signale un cas d'hémiplégie droite survenue en même temps qu'un zona de la cuisse droite. La paralysie et l'éruption survenues ensemble rétrocédèrent ensemble. Payne (3) cite un cas de zona survenu à la cuisse chez un enfant qui présentait une paralysie du même côté du corps. Charcot, après avoir rapporté ces cas, déclare qu'il est impossible d'en tirer une conclusion.

Ces observations purement cliniques n'ont donc aucune rigueur scientifique et la conception d'une théorie spinale du zona reste en entier à M. Brissaud.

Cette théorie est basée sur la disposition métamérique primitive des centres nerveux, sur laquelle nous reviendrons dans un instant.

Le fait qui a servi de point de départ à l'explication de M. Brissaud est la discordance entre la topographie de certains zonas et l'innervation cutanée. Si on envisage un zona thoracique dont les vésicules ne dépassent pas en haut le creux axillaire, c'est-à-dire un zona qui aura pour limite supérieure le territoire du troisième nerf intercostal, on peut superposer l'éruption aux nerfs intercostaux sous-jacents : le parallélisme est évident et la théorie ganglionnaire dans ce cas est inattaquable.

Considérons maintenant un zona de la base du thorax empiétant sur l'abdomen. Ici les nerfs intercostaux commencent à s'incliner en bas et en avant vers la région hypogastrique ; le parallélisme entre l'éruption et les trajets nerveux subsiste encore dans les parties postérieures, mais il n'existe plus en avant.

Enfin supposons un cas de zona abdominal inférieur : non seulement le parallélisme n'existe plus du tout, mais la direction générale de la bande éruptive et celle des rameaux nerveux se croisent suivant un angle de plus de 45 degrés.

Cette discordance entre l'éruption et la distribution cutanée des nerfs avait été déjà mentionnée depuis longtemps : Bassereau (4) la signale dans sa thèse ; Trousseau (5) la décrit d'une façon très nette ; Parrot (6) relève également ce fait et il l'explique en disant que ce sont des nerfs émanés du tronc nerveux intercostal qui se rendent à la région cutanée où le zona se développe.

M. Potain (7) adopte l'explication proposée par Parrot et pourtant elle est contraire aux données anatomiques. On ne peut admettre par exemple que les branches terminales des onzième et douzième nerfs intercostaux viennent jusque sur le territoire du neuvième nerf intercostal et pourtant un zona tributaire du douzième nerf intercostal vient en avant dans la zone du neuvième nerf (8).

(1) Bertrand. *Du zona ou herpès traumatique*, Th. de Paris, 1875.

(2) Maupetit. *Étiologie et pathogénie de l'herpès traumatique*, Th. de Paris, 1876.

(3) Riesel. In Th. de Dougradi, Paris 1896, p. 13.

(4) Ory. *Journ. de méd. de Paris*, 4 oct. 1889.

(5) Babinski. *Traité de médecine*, t. VI, Névrite, p. 682.

(6) Leudet. Recherches sur les troubles des nerfs périphériques consécutifs à l'asphyxie par la vapeur de charbon, *Arch. gén. de méd.*, 1865, p. 513 et suiv.

(7) Vulpian. *Appareil vaso-moteur*, t. II, p. 553.

(8) Achard. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 5 mars 1896, p. 218.

(9) Brissaud. La métamérie spinale et la distribution périphérique du zona, *Bull. méd.*, 1896, p. 27 et 87.

(1) Charcot. Loc. cit., p. 69 et 72.

(2) Duncan. *Journ. of cutan. med.*, oct. 1868, p. 69, cité par Charcot.

(3) Payne. *Brit. Med. Journ.*, August 1871, cité par Charcot.

(4) Bassereau. Th. de Paris, 1840.

(5) Trousseau. *Clinique médicale*, t. I.

(6) Parrot. *Union méd.*, 1856.

(7) Potain. *Médecine mod.*, 15 sept. 1894.

(8) On a également donné de ce fait d'autres explications que l'on ne saurait accepter : Pfeiffer a fait intervenir l'irrigation vasculaire, Griffith la distribution de la branche dorsale cutanée.

Ces explications sont forcément incomplètes et ne pourraient, du reste, s'appliquer qu'à certains zonas du tronc.

Il y a donc là une discordance évidente que l'anatomie topographique ne peut expliquer. La théorie de la névrite périphérique ne l'explique pas davantage, car une telle éruption suivie d'avant en arrière supposerait une lésion d'un nerf intercostal qui se continuerait non pas sur le trajet de ce nerf, mais sur les nerfs situés au-dessous de lui.

En adoptant la théorie ganglionnaire, force serait d'admettre que la lésion d'où procède le zona affecte simultanément et systématiquement une série de ganglions superposés et cela seulement d'un seul côté. Il y a là, dit l'auteur, quelque chose d'invraisemblable; c'est pourquoi M. Brissaud propose une autre hypothèse, d'une application beaucoup plus générale : c'est la théorie spinale à laquelle nous faisions allusion plus haut.

On sait que, jusqu'au troisième mois de la vie embryonnaire, la longueur de la moelle est égale à celle de l'individu. A cette époque, il est évident qu'il y a concordance de niveau entre les centres spinaux superposés et les différentes parties également superposées que ces centres innervent. Mais à partir du troisième mois de la vie fœtale, la moelle s'accroît bien moins vite que le reste de l'individu. Il en résulte une disproportion progressive correspondant à ce que l'on a appelé l'ascension relative de la moelle.

Mais quoique cette moelle soit chez l'adulte plus courte que chez l'embryon par rapport à la longueur du rachis, néanmoins elle renferme exactement le même nombre de ces étages superposés (étages que Moquin-Tanden appelle zoonites, que Hœckel appelle métamères). On y rencontrera donc le même nombre de métamères auxquels aboutissent les racines des parties périphériques.

Partant de ces notions, si nous supposons un zona ayant sa lésion essentielle, non plus dans les ganglions postérieurs mais dans la moelle, l'éruption occupera cette partie des téguments dont la hauteur correspond à l'étage du névraxe qui était au niveau de cette zone, avant l'ascension relative de la moelle. En d'autres termes, dit M. Brissaud, si l'individu adulte était encore divisé en étages distincts portant chacun un numéro d'ordre, le siège spinal de la lésion serait déterminé par le même numéro d'ordre sur la hauteur de l'axe spinal.

Quel est, sans le définir par un chiffre, ce numéro d'ordre pour un cas donné de zona? C'est celui du métamère primitif qui, durant toute la vie, reste forcément représenté par une tranche horizontale de l'individu et on comprend que cette tranche, par suite de l'ascension apparente de la moelle, correspond à une partie de cette moelle située plus haut sur l'axe du corps.

Reste à montrer comment une lésion de la moelle va retentir non pas sur un seul nerf, mais sur une série de nerfs superposés, l'explication en est assez simple. On sait que la moelle et les ganglions spinaux se développent isolément. Ces ganglions contiennent ce qu'on a appelé les premiers neurones centripètes. Ces premiers neurones centripètes arrivent à la moelle par la racine postérieure, plongent dans la substance grise et se divisent en deux branches verticales : l'une ascendante, l'autre descendante, pourvues chacune de nombreuses collatérales; les branches verticales ascendantes et descendantes parcourent dans la moelle un trajet assez long pour qu'une lésion spinale intéresse entre deux racines les collatérales des trois racines superposées.

Si la lésion occupe primitivement l'un des trois ganglions ou qu'elle siège sur l'extrémité des collatérales de ces ganglions, c'est toujours le même appareil de sensibilité qui est mis en cause et l'effet morbide, l'éruption de zoster, sera le même. Toutefois si c'est le ganglion qui est atteint le premier, la lésion sera limitée au territoire de ce ganglion, tandis que, si la lésion est dans la moelle, elle troublera la sensibilité nutritive de plusieurs appareils ganglionnaires, puisque les branches ascendantes et descendantes de plusieurs appareils ganglionnaires s'y trouvent comprises.

Cette théorie spinale du zona explique bien la discordance entre la topographie d'une éruption de zona et le trajet des nerfs sous-jacents. Elle montre comment une lésion limitée de la moelle peut retentir sur plusieurs ganglions et nerfs qu'elle intéresse en totalité ou en partie. Il est évident, en effet, qu'une lésion spinale d'étendue très restreinte pourra frapper dans leur trajet intramédullaire les branches verticales et collatérales d'un certain nombre de neurones voisins et qui correspondent à plusieurs racines rachidiennes, c'est-à-dire à plusieurs nerfs différents (1).

L'hypothèse de M. Brissaud puise une nouvelle force dans des observations récentes qui, sans avoir trait au zona, confirment l'hypothèse d'une lésion spinale limitée retentissant sur plusieurs nerfs; il s'agit tout d'abord de troubles de la sensibilité dans la syringomyélie qui affectent la même disposition que le zona.

M. Achard (2) rapporte le fait d'un malade atteint de syringomyélie avec atrophie musculaire progressive, exagération des réflexes et scoliose dorsale inférieure. Ce malade, à l'exploration minutieuse de la sensibilité, présenta une zone d'anesthésie limitée au côté gauche de l'abdomen. Cette anesthésie, qui est dissociée comme dans la syringomyélie, siège sur une bande transversale unilatérale située au niveau de l'ombilic, et dont la hauteur varie de 6 à 11 centimètres et ayant 10 centimètres dans la majeure partie de son parcours. Elle forme là ce que M. Achard appelle un zona d'anesthésie.

La topographie des anesthésies d'origine spinale a été également étudiée dans d'autres cas. M. Chipault (3), dans un travail basé sur 22 observations de mal de Pott accompagné de troubles sensitifs, et pour la plupart de paraplégie, essaie de classer les troubles sensitifs d'après leur origine radiculaire ou médullaire.

Dans un certain nombre des cas signalés par M. Chipault, les troubles sensitifs avaient pour origine des lésions nerveuses siégeant sur les racines rachidiennes au-dessous ou en dehors de la moelle; dans ces cas, les zones de troubles sensitifs étaient calquées sur le trajet des nerfs. Mais dans 6 cas les lésions osseuses siégeaient au-dessus de la deuxième lombaire, la moelle se trouvait intéressée et alors les troubles sensitifs avaient une direction horizontale comme celle du zona. Lorsque ces troubles siégeaient sur les membres, ils les entouraient à la façon d'une bottine ou d'une botte. En comparant ces troubles à ceux du zona, on ne peut s'empêcher de leur attribuer une origine commune, une lésion spinale intéressant plusieurs neurones.

De plus, M. Marinesco (4) a relaté récemment des renseignements relatifs aux travaux des auteurs anglais, et en particulier de M. Head, sur les zones d'hyperesthésie trouvées

(1) Achard. Loc. cit.
(2) Achard. Soc. méd. des hôpit., 28 fév. 1896.
(3) Chipault. *Rev. de neurol.*, 30 mai 1896.
(4) Marinesco. *Semaine méd.*, 1er juillet 1896, p. 259.

par lui dans diverses affections viscérales. Or, ces zones d'hyperesthésie ne correspondent pas à la topographie des nerfs périphériques, et en revanche certains zonas affectent souvent ces mêmes zones d'hyperesthésie de Head. C'est donc un argument en faveur de la théorie spinale de ces hyperesthésies, car il n'y a guère qu'une lésion médullaire qui pourrait expliquer une topographie en apparence si capricieuse et identique souvent à celle du zona.

M. Achard (1) publie, du reste, une observation où zona et anesthésie coexistaient. Le zona était très limité comme éruption, en revanche on observait simultanément une large bande d'anesthésie à direction horizontale et sans rapport exact avec la distribution des nerfs. Dans ce cas, l'éruption n'est qu'un élément symptomatique de la lésion médullaire et l'anesthésie en devient un autre plus important : le zona, en raison de sa faible étendue, pourrait être rattaché à un seul nerf, mais il est impossible de concilier la topographie de l'anesthésie avec une lésion périphérique, force est donc de la rattacher à l'hypothèse d'une altération médullaire.

La douleur elle-même semble quelquefois révéler une lésion centrale. M. Brissaud insistait sur le caractère vague et diffus des douleurs dans le zona et sur l'absence habituelle des points douloureux et caractériques des névralgies périphériques. Dougradi (2) cite deux observations dans lesquelles la douleur s'accorde bien avec une origine centrale. Dans le premier cas, la douleur avait siégé symétriquement des deux côtés, précédant l'apparition unilatérale de vésicules zostériennes. Dans l'autre cas, la douleur dépassait en haut le siège de l'éruption et occupait aussi du côté opposé la région symétrique. M. Féré (3), rapportant quatre cas de zona, insiste sur les douleurs rachidiennes qu'il observa. Il s'était même fondé sur ce symptôme pour émettre l'hypothèse que le zona pourrait bien relever d'une origine spinale ou méningée.

De nouvelles observations plaident encore en faveur de l'origine spinale de certaines manifestations cutanées. Il s'agit de nœvi zoniformes observés par MM. Hallopeau et Weil (4). Ces nœvi affectaient dans certaines régions une distribution semblable à celle du zona. Ils donnaient, au premier abord, l'impression d'une affection tropho-névrotique, cependant ils ne siégeaient pas sur des territoires nerveux; et les auteurs ont cru pouvoir leur attribuer, comme l'a fait Brissaud pour le zona, une origine métamérique.

Enfin, il est un dernier groupe de faits qui sont encore en faveur de la théorie métamérique du zona, ce sont des cas de zona ophtalmique que l'on a pu rattacher à une origine centrale.

M. Brissaud (5), dans une leçon faite sur le zona ophtalmique, cite trois malades observés par lui, et chez lesquels il a noté chaque fois, comme complication, l'hémiplégie pédonculaire se traduisant par une hémiplégie croisée. M. Brissaud pense que ces faits se sont produits dans les conditions étiologiques telles que le hasard n'y est pour rien. Il en conclut que le zona ophtalmique, loin d'être l'expression constante d'une lésion du ganglion de Gasser, est souvent la manifestation d'une lésion pédonculaire qui pourra se traduire par des troubles beaucoup plus graves, et en particulier par l'hémiplégie pédonculaire.

A côté de ces hémiplégies dans le zona ophtalmique, il existe d'autres faits qui, lorsqu'ils seront mieux connus, éclaireront peut-être d'un jour tout nouveau la pathogénie du zona ; nous voulons parler des paralysies que l'on observe concurremment avec lui. Ce n'est pas ici le lieu de décrire ces paralysies. Mentionnons cependant les recherches de Joffroy (1), qui a noté la coexistence de phénomènes moteurs, et en particulier d'atrophie musculaire avec un zona du membre supérieur.

Ebstein (2), étudiant les paralysies qui semblent liées au zona, remarque que les troubles nerveux ne se bornent pas toujours au territoire d'un plexus, mais qu'ils s'étendent de telle façon qu'il est impossible de ne pas songer à une participation du système nerveux central.

Rabbe (3) a étudié récemment les cas de paralysie faciale, observés concurremment avec le zona. Eichhorst (4) vient de publier un nouveau cas de ces paralysies faciales ; mais il s'agit vraisemblablement ici de paralysies périphériques. Leur étude est encore trop incomplète pour qu'elles servent de preuves à l'appui d'une théorie pathogénique.

Telle est, brièvement exposée, la théorie de M. Brissaud avec tous les arguments que nous avons pu réunir en sa faveur. Cette théorie, très séduisante, n'est pourtant pas à l'abri de la critique.

On peut lui reprocher de n'être qu'une simple hypothèse, brillante et séduisante, mais manquant d'une consécration anatomique. Les lésions médullaires n'ont pas encore été signalées dans les autopsies de malades qui ont présenté un zona pendant leur vie. Il est vrai que, dans la plupart des autopsies que nous avons relatées, on n'a pas examiné la moelle. Seul le cas de MM. Pitres et Vaillard viendrait infirmer cette théorie, car dans ce cas la moelle a été examinée et trouvée saine. Mais l'examen a-t-il été assez complet pour qu'une petite lésion n'ait pas échappé? C'est ce que nous ne savons pas.

On peut encore reprocher à cette théorie d'admettre une lésion médullaire sans doute de nature infectieuse, et qui n'occuperait systématiquement qu'un côté de la moelle. Cette lésion, dans certains cas, devrait être assez appréciable si l'on en juge par l'étendue de l'éruption (5). Il est vrai qu'il est encore plus logique d'admettre une lésion localisée à un côté de la moelle que des altérations s'étendant successivement à plusieurs ganglions spinaux échelonnés sur un même côté du rachis.

Enfin, cette théorie qui rend compte de certaines particularités du zona ne peut, de l'aveu de M. Brissaud lui-même, s'appliquer à tous les cas ; il en est, nous l'avons vu pour lesquels la théorie ganglionnaire et la théorie de la névrite périphérique méritent de subsister.

(*A suivre.*)

(1) Achard. Th. de Dougradi, Paris 1896, p. 57.
(2) Dougradi. Loc. cit., Obs. II et IV.
(3) Féré. *Rev. de méd.*, mai 1890, p. 393.
(4) Hallopeau et Weil. Soc. de dermat., 26 avril 1897.
(5) Brissaud. Du zona ophtalmique avec hémiplégie croisée, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 mars 1896.

(1) Joffroy. *Arch. de physiol.*, 1882.
(2) Ebstein. *Arch. de Virchow*, 1895, in Th. de Dougradi, p. 37.
(3) Rabbe. *Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona* Th. de Paris, 1896.
(4) Eichhorst. *Centralbl. f. inn. Med.*, mai 1897.
(5) Fournier. Zona généralisé à la presque totalité de la moitié gauche du corps. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai et juin 1896.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 février 1898. — Présidence de M. BERGER.

### RAPPORT

**Tératome du testicule.** — M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation adressée par M. Chevassu. Il s'agit d'un jeune homme qui, depuis son enfance, portait une tumeur du testicule gauche. M. Chevassu y fit une ponction et en retira un liquide brunâtre; un examen attentif permettait de constater que cette tumeur se divisait en trois parties superposées : une partie inférieure qui semblait être le testicule normal, une partie supérieure, dure, bosselée, d'apparence solide, et une partie médiane, kystique. S'appuyant sur la congénitalité de la tumeur, son indolence, M. Chevassu pensa qu'il s'agissait d'un tératome et proposa l'opération qui fut acceptée. Une fois la tunique vaginale ouverte, il décortiqua la partie supérieure et reconnut que la partie inférieure, comme il l'avait diagnostiqué, était bien le testicule normal. Il put laisser celui-ci, referma la plaie et le malade guérit rapidement.

M. le rapporteur rapproche de ce fait trois observations, l'une de Velpeau, l'autre de Berger et la troisième de Le Dentu. Parmi ces observations, il n'en est qu'une, celle de M. Berger, dans laquelle le testicule, comme dans l'observation de M. Chevassu, fût conservé.

M. Picqué rappelle qu'en 1855 Verneuil avait établi que le tératome était toujours une tumeur extra testiculaire, et que, lorsqu'on la trouvait intra-testiculaire, c'est qu'elle avait envahi secondairement le testicule. En 1878, M. Pilate (d'Orléans) adressa à la Société de chirurgie une observation qui fut l'objet d'un rapport de M. Nepveu. M. Nepveu confirma l'opinion de Verneuil, regarda la tumeur présentée par M. Pilate comme extra-testiculaire et déclara qu'on ne pourrait considérer la tératome comme une tumeur intra-testiculaire que le jour où on trouverait une de ces tumeurs complètement entourée par l'albuginée. Or, ce fait existe aujourd'hui grâce à l'observation de M. Chevassu.

M. Picqué fait connaître le résultat de l'examen histologique fait par M. Cornil. On trouva dans la tumeur tous les caractères des kystes dermoïdes.

M. BROCA rappelle avoir publié une observation de tératome du testicule qu'il a rencontré sur un enfant de dix-huit mois. Il y avait dans la tumeur des cartilages, des poils, en un mot tous les caractères d'un kyste dermoïde.

M. BERGER rappelle que, dans le cas qu'il a publié, il y avait de véritables centres nerveux. C'était aussi le premier cas dans lequel le testicule fût conservé.

### COMMUNICATION

**Luxation de la clavicule, suture.** — M. REYNIER présente un cas assez rare de luxation de l'extrémité externe de la clavicule, c'est-à-dire de luxation sus-épineuse ou post-acromiale. Il s'agissait d'un homme qui avait roulé sous sa voiture; il en était résulté une fracture sous-trochantérienne du fémur et, à un premier examen, une luxation de l'épaule. Mais en examinant le blessé de plus près M. Reynier vit qu'il s'agissait, non d'une luxation ni d'une fracture de l'épaule, mais bien d'une luxation de la clavicule. Il essaya de la remettre en place, mais, après plusieurs tentatives, il s'aperçut que la luxation était irréductible. Aussi se décida-t-il à intervenir et à faire la suture de la clavicule à l'acromion. Le malade a parfaitement guéri et recouvré tous ses mouvements.

M. Reynier a pu reconstituer la façon dont s'est produite cette luxation. Le malade est tombé sur la face postérieure de l'épaule, tandis qu'une forte pression s'exerçait sur sa face antérieure.

A propos de ce malade, M. Reynier signale un petit incident qui s'est passé dans son service. Ce malade a suppuré en même temps que deux autres opérés. Voulant savoir par où avait péché son antisepsie, M. Reynier fit une enquête qui ne lui apprit rien. Il plaça alors deux tubes témoins dans une boîte d'instruments et retrouva les deux tubes intacts, indiquant par conséquent que les instruments n'avaient subi aucune modification de température. Renseignements pris, la surveillante chargée des instruments s'était déchargée de ce soin sur un infirmier de ses amis qui n'en avait rien fait. A ce propos, M. Reynier fait ressortir les avantages de ces tubes témoins.

### PRÉSENTATIONS DE MALADES

**Ostéo-arthrite tuberculeuse et rayons de Rœntgen.** — M. KIRMISSON présente un petit malade qui était atteint d'une grosse ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet et chez lequel il a tenté la conservation par l'application des rayons de Rœntgen, huit ou dix minutes chaque jour, pendant deux mois et demi. Le résultat obtenu a été surprenant et cet enfant présente aujourd'hui une amélioration considérable.

M. MICHAUX signale un fait d'amélioration semblable chez un enfant qu'il a traité par le grattage et les cautérisations profondes.

M. BAZY a également obtenu une grande amélioration par l'application des rayons de Rœntgen jointe à l'immobilisation et à la compression.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE déclare qu'il est possible d'obtenir de ces améliorations par tous les moyens chez les enfants. La méthode de Lannelongue, l'emplâtre de Scott donnent chez eux d'excellents résultats. Mais il n'en est plus de même chez les adultes.

**Pylorectomie.** — M. RICARD présente une malade chez laquelle il a fait, par le procédé de Billroth, la résection du pylore, pour un cancer de l'estomac. Cette femme, âgée, était entrée dans le service de M. Ricard avec des phénomènes d'occlusion intestinale. En l'examinant attentivement, il reconnut l'existence d'une petite tumeur dure à droite et au-dessous de l'ombilic. M. Ricard fit la laparotomie, réséqua la tumeur et sutura directement l'estomac au duodénum.

M. HARTMANN préfère le procédé de Kocher à celui de Billroth, à cause du point faible que présente forcément la suture, dans ce dernier procédé, au niveau de l'angle de l'Y.

M. RICARD répond à celui-ci qu'il suffit de renforcer ou de doubler la suture à ce niveau.

La séance est levée.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Atlas de microbiologie** (1), par E. MACÉ, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, directeur de l'Institut sérothérapique de l'Est.

Le « Traité de bactériologie » du professeur Macé, dont la première édition avait été présentée avec éloges par Pasteur à l'Académie des sciences, est devenu, grâce à un succès de trois éditions, l'ouvrage classique sur la matière. Une si haute consécration dispense de tout autre éloge. Mais dans le temps écoulé depuis l'époque de la première édition, les progrès faits dans cette science ont été considérables. Aussi,

(1) Gr. in-8° avec 60 pl. color. Le fascic. I est en vente; les fascic. II et III paraîtront à bref délai. Prix : 30 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

sans modifier la disposition générale de l'ouvrage approuvée par l'illustre maître, a-t-il fallu faire de nombreuses additions nécessitées par les découvertes nouvelles. De là l'extension de la nouvelle édition qui vient de paraître et qui se présente avec le double de pages et de figures. C'est, à proprement parler, un ouvrage nouveau au courant des plus récentes découvertes. Comme complément de ce traité, M. Macé publie un « Atlas de microbiologie » qui est la reproduction de plus de 500 superbes aquarelles exécutées dans son laboratoire.

Il n'est pas inutile de rappeler quelle est, dans l'étude d'une science aussi complexe que la microbiologie, telle qu'on la conçoit aujourd'hui, l'importance très grande d'une représentation exacte des caractères de cultures sur les milieux habituellement employés, des formes que présentent les principaux microbes aux grossissements nécessaires pour bien les étudier. C'est la majeure partie des caractères qui priment pour les déterminations spécifiques souvent bien délicates.

Aussi, tous ceux qui étudient les microbes reconnaîtront-ils la grande utilité de ce bel Atlas où la préoccupation dominante a été de reproduire, aussi exactement que possible et sous une forme la plus profitable pour l'enseignement, les caractères naturels des organismes étudiés. C'est une qualité qui sera certainement appréciée.

Cet atlas de 60 planches comprend près de 500 figures toutes dessinées d'après nature, sous les yeux de l'auteur, et reproduites en nombreuses couleurs par les procédés typographiques les plus nouveaux et les plus perfectionnés. Cet atlas paraît en trois fascicules de vingt planches.

Voici le sommaire des espèces microbiennes représentées dans le premier fascicule : bacille de la tuberculose ; bacille du charbon ; bacille de la diphtérie ; staphylocoque pyogène doré ; streptocoque pyogène ; bacille typhique ; colibacille ; pneumocoque ; bacille de la morve ; bacille pyocyanique ; spirille du choléra, spirille de Finckler ; spirille de Metschnikoff ; cladothrix divers.

## CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

### Tableau d'avancement pour l'année 1898

*Médecin en chef de deuxième classe inscrit pour le grade de médecin en chef de première classe.* — 1er janvier 1897 : M. Kieffer.

*Médecins principaux inscrits pour le grade de médecin en chef de deuxième classe.* — 1er janvier 1898 : MM. Vaisse et Drevon.

*Médecins de première classe inscrits pour le grade de médecin principal.* — 1er janvier 1896 : M. Sallebert. — 1er janvier 1897 : MM. Mondon et Marchoux. — 1er janvier 1898 : MM. Dumas, Le Guen, Roques et Métin.

*Médecins de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin de première classe.* — 1er janvier 1896 : M. Dubois. — 1er janvier 1897 : M. Lasnet. — 1er janvier 1898 : MM. Poumeyrac, Noblet, Jourdran, Toché, Mille, Pelletier et Dethève.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Séance du 2 février :

Questions d'oral posées : Articulations sacro-iliaques ; — Présentation du siège ; diagnostic et conduite à tenir.

MM. Prat, 12 + 25 = 37. — Meuriot 14 1/2 + 22 = 36 1/2. — Leri, 10 + 26 = 36. — du Pasquier, 14 + 22 = 36. — Tardif, 10 + 24 = 34. — Coudert (Raoul), 10 + 21 = 31. — Grivot, 6 + 22 = 28. — Roubaud, 8 + 20 = 28.

— Par arrêtés ministériels, en date du 22 janvier 1898, ont été nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Baudouin, médecin-major de première classe, médecin-chef de l'Hôtel national des Invalides ; Bazin, maire de Corbeilles, délégué cantonal ; Bertrand, conseiller d'arrondissement, maire de Neauphle-le-Château ; Bichon, à Angers, conseiller général, délégué cantonal ; Brou de Laurière, maire de Cendrieux, conseiller d'arrondissement, médecin du lycée de Périgueux ; Calmon, conseiller général, délégué cantonal, à Céret ; Cauchois, chef du service chirurgical à l'Hôtel-Dieu, à Rouen ; Chambard, délégué cantonal, à Lyon ; Delorme, médecin principal de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Dodin, maire de Challans, délégué cantonal ; Durand, délégué cantonal, à Marseillan ; Durian, président du conseil d'arrondissement de Dunkerque, délégué cantonal ; Fleyssac, à Treignac ; Gagey, conseiller général, maire de Pouilly-en-Auxois, délégué cantonal ; Godivier, conseiller général, président de la délégation cantonale, à Bouère ; Labat, à Nérac ; Ladevèze, conseiller d'arrondissement, maire de Saint-Florent, délégué cantonal ; Lebrun, médecin inspecteur des écoles, membre du bureau d'administration du collège de Bar-sur-Aube, déléguécantonal ; Maison, médecin inspecteur des écoles, au Vésinet ; Ménard, délégué cantonal, à Nîmes ; Michel, médecin en chef de la marine ; Mordagne, médecin inspecteur des écoles, président de la délégation cantonale, à Tourny ; Pernet, médecin inspecteur des enfants du premier âge, président de la délégation cantonale, à Rambervillers ; Picaud, maire de Nontron, délégué cantonal ; Villard, à Verdun, publiciste.

2° *Officiers d'Académie* : MM. les docteurs Ameline, médecin inspecteur des écoles, à Saint-James ; Andt, à Valenciennes, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement ; Bar, médecin principal de deuxième classe, chef du service de santé à l'École polytechnique ; Baratier, délégué cantonal, à Jeugny ; Barret, délégué cantonal, à Chabanais ; Benoist, médecin inspecteur départemental de l'assistance publique, à Vannes ; Bernard, délégué cantonal, à Dinard ; Besson, délégué cantonal, à Bourges ; Bois, délégué cantonal, à Saint-Laurent-de-Chamousset ; Bolognesi, délégué cantonal, au Mans ; Bonnet, président du conseil d'arrondissement de Briançon ; Bouchon, délégué cantonal, membre du bureau d'administration du collège de Toul ; Boutier, délégué cantonal, à Loches ; Bouvet, à Bordeaux ; Braillon, délégué cantonal, à Nesles ; Bréchot, à Versailles ; Breillot, délégué cantonal, à Sourdeval ; Brouillaud, délégué cantonal, à Bazac-sur-l'Isle ; Brousse, à Saint-Étienne-au-Mont ; Broussin, médecin de l'école normale d'institutrices, à Versailles ; Brunet, à Ballancourt ; Calbris, président de la délégation cantonale de Vassy ; Catteau, médecin principal de deuxième classe, secrétaire du Comité technique de santé ; Chaudron, délégué cantonal, à Eclaron ; Chevalier, délégué cantonal, à Marseille ; Chevelu, maire de Sathonay, délégué cantonal ; Cossa, délégué cantonal, à Entrevaux ; Darbouet, conseiller municipal à Boucau ; Decrossas, maire de Rozès, délégué cantonal ; Dejean, délégué cantonal, à Decize ; Dieudé-Fauvel, délégué cantonal, à Sauveterre-la-Lémence ; Dop, président de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse ; Doyen, maire de La Fère, délégué cantonal ; Dresch, à Foix, vice-consul d'Espagne ; Ecot, médecin-major de deuxième classe, chef du service de santé aux batteries alpines du 19e d'artillerie ; Fabre, maire de Saint-Rome (Tarn), délégué cantonal ; Faure-Miller, à Cannes, lauréat de la Faculté de médecine de Paris ; Fayol, vice-président de l'association amicale des Alsaciens-Lorrains, à Marseille ; Felletin, maire d'Izou ; Ferran, à Saint-Michel ; Ferron, médecin principal de première classe, directeur du service de santé au 13e corps d'armée ; Foucherand, délégué cantonal, à Saint-Paul-de-Chalençon ; Geghre, à Mascara (Algérie) ; Giraud, adjoint au maire de Forcalquier, délégué cantonal ; Giraud, délégué cantonal, à Marennes ; Godfrin, délégué cantonal, à Clermont-en-Argonne (Meuse) ; Gomot, médecin des lycées de garçons et de jeunes filles et des écoles normales, à Guéret ; Grimaldi, chirurgien-adjoint de l'hospice de Bastia ; Gromolard,

au Vésinet, publiciste; Guelliot, chirurgien du lycée et de l'Hôtel-Dieu, à Reims; Guillaume, médecin-major au 114e régiment d'infanterie, à Parthenay; Guillot, délégué cantonal, à Lizy; Guy, délégué cantonal, à Limours; Hennecart, à Charleville, publiciste; Hubert, médecin-inspecteur des écoles, à Cherbourg; Josserand, médecin des hôpitaux, à Lyon; Juventin, ancien délégué cantonal, à Nice; Lacq, conseiller d'arrondissement, à Ney; Lafage, délégué cantonal, à Nogent-le-Roi; Lapierre, délégué cantonal, à Sedan; Larché, président de la délégation cantonale, à Cornimont; Lebault, délégué cantonal, à Saint-Vit; Lévy, à Nancy; Malabouche, à Gignac; de Manny, conseiller général, maire de Brossac, délégué cantonal; Marin, à Tarascon; Maunoury, chirurgien des hospices de Chartres, médecin du lycée; Ménard, conseiller municipal, à Bacqueville, délégué cantonal; Michel, à L'Arbresle; Molas, délégué cantonal, à Auch; Montalier, médecin-adjoint de l'institution nationale des sourds-muets de Bordeaux; Moreau, membre du bureau d'administration du lycée de Sens; Nolé, directeur de l'asile d'aliénés du département de l'Allier, à Sainte-Catherine; Paulin, délégué cantonal, à Lunéville; Peloni, maire de Boukanéfis; Périer, maire de Champagne-lès-Marais, délégué cantonal; Persillard, conseiller général, maire de Saint-Benoit-sur-Loire, délégué cantonal; Philippon, délégué cantonal, à Huriel; Pichez, délégué cantonal, à La Rochelle; Pilleyre, directeur, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Prémontré, délégué cantonal; Pissot, médecin de plusieurs sociétés de secours mutuels, à Robert-Espagne; Pouchin, membre du conseil central d'hygiène, à Rouen; Poulain, médecin de bord du *Maréchal-Bugeaud*, à Marseille; Poussié, délégué cantonal, au Châtelet; Puech, délégué cantonal, à Roquecourbe; Raoult, délégué cantonal, à Raon-l'Étape; Reissier, à Oued-Fodda; Rigail, délégué cantonal, à Carcassonne; Rosse, médecin-inspecteur des écoles, à Marseille; Roudaire, maire de Lapeyrouse, délégué cantonal; Rousseau, médecin de l'école normale de Parthenay; Sabourin, président de la délégation cantonale, à Mirambeau; Sassier, médecin du collège de Chalon-sur-Saône; Soulayrac, à Narbonne; Tachard, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 11e corps d'armée; Tessel, maire de Luc-sur-Mer, délégué cantonal; Théron, maire de Capestang, délégué cantonal; Timal, médecin du collège de Cambrai, délégué cantonal; Tournadre, médecin-inspecteur des écoles, à Saint-Germain-Lembron, délégué cantonal; Turriès, maire de Puimoisson, délégué cantonal; Vialettes, à Montbazin; Vié, à Montredon; Vincent, délégué cantonal, à Agon; Woolonghan, à Bordeaux; Zuccarelli, à Bastia.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 février 1898, M. Le Moal, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, a été nommé médecin stagiaire des colonies.

— Par décision ministérielle, en date du 1er février 1898, une prolongation de congé de convalescence de deux mois, à solde entière, a été accordée à M. le médecin principal Gazeau, pour en jouir à Toulon et à Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 3 février 1898, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin auxiliaire de deuxième classe* : M. Thomas-Derevoge, élève de l'école du service de santé de la marine, reçu docteur devant la Faculté mixte de Bordeaux, le 26 janvier 1898. M. Thomas-Derevoge est affecté à Toulon.

— Liste de départ pour les colonies, au 1er février 1898, de MM. les médecins du service des troupes de la marine :

*Médecins principaux* : 1 MM. Cauvet, 2 Trabaud, 3 Thémoin, 4 Négadel, 5 Alix (P.-M.), 6 Prat, 7 Curet.

*Médecins de première classe* : 1 MM. Castellan (H.), 2 Branellec, 3 Reboul, 4 Fortoul, 5 Arami.

*Médecins de deuxième classe* : 1 MM. Féraud, 2 Ruelle, 3 Roudié, 4 Parin, 5 Pourtal.

— M. le médecin principal Sicilliano, médecin-major du 1er d'infanterie de marine, à Cherbourg, est destiné au 9e régiment de l'arme au Tonkin, en remplacement de M. le médecin principal Nodier, qui terminera, le 25 mars 1898, deux années de service colonial et qui est affecté au 1er régiment à Cherbourg.

MM. les médecins de deuxième classe Chagnolleau, aide-major au 4e d'infanterie de marine, à Toulon; Regnault, aide-major au 8e régiment au même port; Portes, aide-major au 7e régiment à Rochefort, et Reygondaud, aide-major au 1er d'artillerie de marine, à Lorient, sont destinés : les deux premiers, au 2e régiment de tirailleurs tonkinois; le troisième, au 10e d'infanterie de marine au Tonkin, et le quatrième au 11e régiment en Cochinchine, en remplacement de MM. les docteurs Berger, Fournes, Chalibert et Chabannes, qui termineront vers la fin de mars 1898 la période réglementaire de service colonial et qui seront affectés : le premier, au 1er d'artillerie de marine, à Lorient; le second, au 8e régiment, et le troisième, au 4e d'infanterie de marine, à Toulon; enfin, le quatrième, au 7e régiment de l'arme, à Rochefort.

MM. les docteurs Sicilliano, Chagnolleau, Regnault, Portes et Reygondaud prendront passage sur le navire affrété qui partira de Marseille le 1er mars 1898.

— M. le médecin de deuxième classe Féraud, aide-major au 1er régiment d'infanterie de marine, à Cherbourg, est destiné aux tirailleurs tonkinois, en remplacement de M. le docteur Cassien, qui terminera, vers le 1er avril prochain, la période réglementaire de service colonial et qui sera affecté au 1er régiment d'infanterie à Cherbourg.

M. le docteur Féraud prendra passage sur le navire affrété partant de Marseille le 1er mars 1898.

— M. le docteur Huguet, lauréat de l'Institut, médecin-major de deuxième classe, est chargé, par le ministère de l'Instruction publique, d'une mission scientifique au Mzab, à l'effet d'y poursuivre ses recherches sur l'histoire du Mzab, sa population, le commerce, l'industrie et la médecine chez les Mzabites.

— Un concours spécial pour la nomination à la place de médecin résident à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 4 avril 1898, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 7 mars jusqu'au samedi 19 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

— M. le docteur Ballivet vient d'être élu membre du conseil général de l'Ain pour le canton de Gex.

— *Hospice de Trévoux.* — Des médailles d'argent de deuxième classe sont décernées à Mme Mochot, supérieure des religieuses de Saint-Vincent-de-Paul, à l'hospice de Trévoux; et à Mme Charlot, en religion sœur Sainte-Philomène, religieuse au même hospice : 1847-1897, 50 ans de services dévoués : belle conduite dans plusieurs épidémies.

— *Hospice de Villeneuve-sur-Lot.* — Une médaille d'argent est décernée à Mme Blot, en religion sœur Cornélie, sœur de charité à l'hospice : 1854-1897, 43 ans de services dévoués : belle conduite dans plusieurs épidémies.

— *Asile d'aliénés du Rhône.* — Une médaille d'argent est décernée à M. Loisy, infirmier à l'asile (5 décembre 1897) : a courageusement porté secours à un aliéné tombé dans une fosse d'aisance.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chevassus (de Paris); Pierre Combres, chef des travaux d'histologie, près la Faculté de médecine de Montpellier; Marquez (de Redon).



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

# VALS

| Thermalité 13° | Saint-Jean | Rigolette | Précieuse | Désirée | Magdeleine |
|---|---|---|---|---|---|
| Acide carbonique libre.... | 1.425 | 2 095 | 2.218 | 2.145 | 2.050 |
| Bicarbonate de soude..... | 1.480 | 5.800 | 5.940 | 6.040 | 6.280 |
| — de potasse... | 0.040 | 0.263 | 0.230 | 0.263 | 0.255 |
| — de chaux..... | 0.310 | 0.259 | 0.630 | 0.571 | 8.520 |
| — de magnésie.. | 0.120 | | 0.750 | 0.900 | 0.672 |
| — fer et mang.. | 0.006 | 0 021 | 0.010 | 0.010 | 0.029 |
| Chlorure de sodium...... | 0.060 | 1.200 | 1.080 | 0.100 | 0.169 |
| Sulfate de soude et chaux. | 0.054 | 0.220 | 1.185 | 0.200 | 0.235 |
| Silicate et silice, alumine.. | 0.080 | 0.060 | 0.060 | 0.058 | 0.097 |
| Iodure alcalin, arsenic, lith. | indice | traces | indice | indice | traces |
| | 2.151 | 7.826 | 8.885 | 9.142 | 9.247 |

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux* : ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

**DOMINIQUE**

| | | |
|---|---|---|
| *Acide sulfurique libre* | | 1.33 |
| *Silicate acide* / *Arséniate* » / *Phosphate* » / *Sulfate* » | *Sesqui-oxyde de fer......* | 0.44 |
| — *de chaux.........* | | |
| *Chlorure de sodium.........* | | |
| *Matières organiques.........* | | |

*Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes.* Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

# AFFECTIONS CARDIAQUES

# CONVALLARIA MAIALIS

**LANGLEBERT**

**SIROP** : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
**PILULES** : 6 par jour.
**GRANULES de CONVALLAMARINE** : 4 par jour.

# TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

## BAIN DE PENNÈS

*HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,*
Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer,**
*Exiger Timbre de l'État* — Pharmacies. Bains.

**Elixir laxatif** contre **la CONSTIPATION**
*agréable à prendre*
LIQUIDE
CASCARA ALEXANDRE
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
0g.50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS

# ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

## NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

*Nota.* — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPOT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## ALBUMINATE DE FER LAPRADE

**Chloro-anémie.** — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

***16,600*** **fr. de Récompense à** ***LAROCHE***, **etc.**

# QUINA-LAROCHE

***Six Médailles d'Or***

*Affections d'estomac, débilité générale, fièvres, etc.* (EXTRAIT complet DES 3 QUINQUINAS)

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

**GRANULÉE**
1 cuillerée à café équivaut à quatre cuillerées d'Huile de Foie de Morue...... Le grand flacon 5 fr.

**DRAGÉES**
1 dragée équivaut à une cuillerée à bouche d'Huile de Foie de Morue.................. Le flacon 4 fr.

**ÉLIXIR**
*On croirait boire du Vin d'Espagne.* 1 cuillerée équivaut à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le fl. 5 fr.

**SIROP**
1 cuillerée équivaut à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue.................. Le flacon 4 fr.




**Délicieuse au goût**

# La Pangaduine

**Le Meilleur des Fortifiants**

**Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'Huile de Foie de Morue**

Elle est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

*Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée* : **Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète.** *Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'Huile de Foie de Morue.*

DÉPOT : 44, rue Cambon, PARIS

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

**LA PANGADUINE est préparée par J. BOUILLOT, Licencié ès-sciences, ex-Interne des hôpitaux - Médaille d'Or des Travaux chimiques**

# VICHY

## Sources de l'État

*Administration :*
*24, Boulevard des Capucines.*

✣ AVOIR SOIN DE BIEN DÉSIGNER LA SOURCE ✣

**VICHY-CELESTINS** MALADIES DE LA VESSIE GOUTTE. GRAVELLE

**VICHY-GRANDE-GRILLE** MALADIES DU FOIE ET DE L'APPAREIL BILIAIRE

**VICHY-HOPITAL** MALADIES DE L'ESTOMAC

*PRODUITS AUX SELS VICHY-ÉTAT* { PASTILLES VICHY-ÉTAT / COMPRIMÉS VICHY-ETAT

# DRAGÉES MARIANI

**AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE**

**Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué :** ***Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.*** **L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.**

**Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.**

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES.

**HÉMORRHAGIES** **LYMPHATISME**

# DRAGÉES CARBONEL

*AU PERCHLORURE DE FER PUR*

**ANÉMIE** Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°. Le Flacon : 4 francs. **CHLOROSE**

# MIGRAINE NÉVRALGIES

guéries par les *DRAGÉES* et les *CACHETS* de

## PHÉNÉDINE-PELISSE

*Ils n'occasionnent*
**NI TROUBLES GASTRIQUES NI VERTIGES**
Phie PENNÈS, 49, *Rue des Écoles.* DÉTAIL TOUTES PHies

N° 16. — MARDI 8 FÉVRIER 1898. 71e ANNÉE. MARDI 8 FÉVRIER 1898. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**





Paris, le 7 février 1898.

L'étude du rapport au Conseil de l'Université, qui nous a déjà montré le fonctionnement de la Faculté au point de vue des examens, du nombre des étudiants et du mouvement de la bibliothèque, nous permet d'examiner aujourd'hui les études anatomiques et opératoires.

S'il est juste de placer au premier rang notre Faculté au point de vue de la valeur de son personnel enseignant, il faut singulièrement en rabattre si l'on se place au point de vue purement matériel. Certes, il est bien d'avoir l'élite des professeurs, mais il est mieux encore pour l'étudiant d'avoir à sa disposition le cadavre nécessaire à ses études. C'est en anatomie surtout que les leçons de choses sont utiles et que les études purement de bibliothèque doivent être reléguées au deuxième plan. Or si l'on continue, l'enseignement anatomique de la Faculté de Paris sera réduit à des dissertations des prosecteurs sur des squelettes, des pièces sèches ou des mannequins d'Auzoux.

Les chiffres suivants que nous donnons ne sont que trop démonstratifs.

1159 élèves ont pris part aux travaux de dissection pendant l'hiver, savoir :

A l'École pratique. . . . . . . . . . . 933
A l'amphithéâtre des hôpitaux. . . . . 226

406 élèves ont fait des exercices de médecine opératoire pendant l'été, dont :

A l'École pratique. . . . . . . . . . 366
A l'amphithéâtre des hôpitaux . . . . 40

Or, pour l'ensemble de ces travaux, la Faculté a reçu 1573 sujets, dont 1117 ont été utilisés :

Pour la dissection. . . . . . . . . . . . 453
Pour la médecine opératoire. . . . . . 453
Pour les examens et les cours . . . . . 151
Pour les laboratoires et les concours . . 60

Le reste (456) n'a pu être utilisé pour les raisons suivantes :

Se trouvant dans un état de putréfaction trop avancée au moment de la livraison. . . . . . . . . . . . . . . 436
Ont été rendus aux familles qui les ont réclamés. . . . . . . . . . . . . . . 20

En réalité, 453 cadavres ont été distribués aux 933 élèves, soit moins d'un demi-sujet par élève. Or, dans ce nombre, que de cadavres autopsiés privés de leurs viscères, dont le cou, le thorax, l'abdomen et le crâne ont été ouverts et vidés à l'autopsie? La plupart des cadavres sont réduits en réalité à leurs quatre membres et souvent dans un mauvais état; bien favorisés sont les élèves qui, dans le cours complet de leurs études, ont eu à leur disposition un sujet entier. Aussi cette partie de l'anatomie, pourtant si utile au futur médecin, est-elle souvent profondément inconnue des élèves, réduits à apprendre la splanchnologie dans leurs livres comme on apprend la géographie dans un atlas. Ne soyons donc pas étonnés si, à un examen pratique, un élève ne sait distinguer l'aorte de l'œsophage. Cela paraît invraisemblable, cependant il en est ainsi. La faute n'en est pas à l'étudiant qui manque de sujets.

Il en est de même pour la médecine opératoire où chaque étudiant n'a pas un sujet en entier pour pratiquer toutes les ligatures et opérations, amputations ou résections.

Le rapport est muet sur un point qui, cependant, mériterait d'être soulevé. Tous les étudiants en cours régulier d'étude ont-ils pu suivre et pratiquer les exercices de médecine opératoire? A chaque instant, dans les examens, le juge reste déconcerté devant l'inhabileté d'un candidat dont l'excuse cependant appelle l'indulgence. L'élève n'a pu suivre les exercices opératoires faute de sujets, il en a été réduit à de courtes séances faites en cachette et à la hâte, entre deux autopsies, dans les amphithéâtres des hôpitaux.

Le nombre des sujets est donc tout à fait insuffisant ; aussi répétons-nous aux jeunes étudiants qui peuvent rester dans les Facultés ou Écoles de province plus abondamment pourvues, d'y rester jusqu'à la fin de leurs études anatomiques.

Le rapport au Conseil de l'Université ne fait pas assez ressortir, suivant nous, cette insuffisance du matériel d'enseignement anatomique et opératoire. Il se borne à constater que 456 cadavres inutilisés constituent une proportion trop forte sur 1573 sujets reçus, et émet le vœu, déjà émis, mais

non exaucé, qu'un accord intervienne entre la Faculté et l'Assistance publique dans le but de procéder à un embaumement provisoire vingt-quatre heures après la mort à l'hôpital même.

Nous nous permettrons, toutefois, de nous étonner que la Faculté ne soit pas reliée téléphoniquement avec les hôpitaux, afin d'être avertie de suite dès qu'il y a un sujet disponible. Les hôpitaux étant pourvus du téléphone, il suffirait que la Faculté, moyennant un simple abonnement de 200 francs par an, voulût bien s'enrichir d'un appareil téléphonique. Peut-être de la sorte économiserait-elle quelques sujets. Ce serait déjà un petit progrès, en attendant l'embaumement provisoire à l'hôpital, qui éviterait la perte du quart des sujets disponibles. Il est vrai que, chez nous, les plus petites réformes sont les plus longues à faire.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Le nombre des observations où la néphrite scléreuse coïncide avec l'aplasie artérielle est déjà considérable. Mais ces cas soulèvent une très importante question de doctrine, aussi bien y a-t-il grand intérêt à les comparer et à ne pas les laisser dans l'ombre. C'est ce qui a engagé MM. Moutard-Martin et Bocaloglu à apporter l'observation dont suit le court résumé : Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, aux membres grêles, à la taille petite, à l'allure infantile; elle entra à l'hôpital pour une affection simulant une méningite, laquelle sembla d'abord devoir guérir; mais quelque temps après survint une poussée furonculeuse, de l'albumine apparut dans les urines, l'état général déclina, des symptômes d'urémie se montrèrent, et bientôt la malade succomba.

A l'autopsie, on put constater deux faits intéressants : en premier lieu, une aplasie artérielle généralisée, et, d'autre part, une néphrite scléreuse.

Différentes hypothèses permettent d'interpréter ce fait; on peut, avec Virchow, rattacher la chlorose à un vice congénital de l'arbre artériel; avec Lancereaux, rattacher la néphrite à l'hypoplasie artérielle; ou avec Brault, penser que les petits reins scléreux relèvent seulement d'une infection par intoxication lente, ou, enfin, croire, comme le professe M. Dieulafoy, à l'association possible du mal de Bright et de la chlorose, déterminant une entité morbide à part, dite chloro-brightisme. Ce sont là encore des cas dont, à n'en pas douter, la pathogénie doit rester en suspens.

La dernière question que soulève M. Moutard-Martin amène une réplique intéressante de la part de M. Hayem. Pour ce dernier auteur, le chloro-brightisme créé par M. Dieulafoy *n'existe pas*. Ayant pu prendre et étudier, depuis près de vingt-cinq ans, plus d'un millier d'observations de chlorotiques, M. Hayem n'a jamais rien observé qui, de près ou de loin, ressemble au chloro-brightisme.

Les malades qui ont permis à M. Dieulafoy de créer son entité morbide sont sans doute atteints d'anémie symptomatique, mais ce ne sont pas *des chlorotiques* et les néphrites, jusqu'à nouvel ordre, n'ont que deux causes tangibles : l'infection et l'intoxication.

M. Louis Guinon communique le fait clinique, fort suggestif, d'une fièvre typhoïde à forme rénale hématurique, survenant dans le cours d'un purpura exanthématique récidivant. Il s'agit ici d'un enfant de dix ans, qui en était à la troisième atteinte de purpura simple, ne s'accompagnant que de vagues douleurs dans les membres, chez lequel survint une fièvre typhoïde, dont le premier symptôme fut une hématurie; celle-ci dura deux jours; la dothiénentérie fut grave et l'albuminurie très abondante; et pendant cette période, de nouvelles poussées de purpura apparurent. Malgré tout la guérison put se faire, et l'albuminurie disparut complètement. En résumé, chez ce malade, on put tour à tour observer le purpura, la roséole typhoïdique, et enfin une roséole morbilliforme qui survint au vingt et unième jour de la fièvre typhoïde.

## LA PERMÉABILITÉ RENALE

### ET LA COMPOSITION DES URINES DANS LA CONGESTION D'ORIGINE CARDIAQUE ET DANS LE CAS DE MAL DE BRIGHT (1)

Par MM. Ch. ACHARD et J. CASTAIGNE.

I

Les caractères des urines dans l'asystolie des cardiaques sont bien connus et absolument classiques. On sait que, dans ces altérations surtout congestives des reins, les urines, peu abondantes, sont denses, riches en urates et en urée, et ne présentent pas de diminution de leurs principes minéraux. On en peut conclure que, malgré la présence d'albumine en quantité variable chez ces malades, les reins n'ont pas perdu leur aptitude à laisser passer les substances qu'ils ont pour fonction d'éliminer à l'état normal.

L'application que nous avons faite du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale, nous a permis de vérifier sur ce point l'exactitude des renseignements fournis par ce procédé. Chez les cardiaques en asystolie, alors qu'il n'y a pas de lésions profondes des reins et qu'il s'agit d'accidents purement circulatoires, le bleu de méthylène passe dans l'urine dès la première heure et son élimination ne se prolonge pas au delà des délais normaux. Comme les urines sont rares et concentrées, elles prennent rapidement une teinte bleue très foncée; l'élimination de la matière colorante se fait d'une manière en quelque sorte massive, et il en résulte un type d'élimination un peu spécial.

Chez neuf cardiaques asystoliques, nous avons vu le bleu passer dans ces conditions dès la première heure; le maximum de coloration se montrait de la deuxième à la sixième heure et durait de quatre à dix-sept heures; l'élimination se terminait après trente-cinq à soixante-quinze heures. Chez sept de ces malades, il y avait de l'albuminurie qui s'élevait même, chez deux d'entre eux, jusqu'à 6 grammes.

Voici quatre analyses d'urine qui peuvent être données comme types de cette élimination, dans les cas de simples lésions du rein cardiaque.

I. — L... (Marie), soixante-quatre ans. Insuffisance mitrale, asystolie.

Épreuve du bleu : coloration dès la première heure; maximum de la cinquième à la vingt-deuxième heure; cessation au bout de cinquante-deux heures.

Urine : acide, rouge briqueté. Quantité en vingt-quatre heures : 800 grammes. Albumine : 40 centigrammes.

| | |
|---|---|
| Matériaux fixes | $41^{gr}20$ |
| Urée | $20^{gr}648$ |
| Phosphates | $4^{gr}872$ |
| Chlorures (en NaCl) | $8^{gr}48$ |

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

II. — S... (Jeanne), cinquante-deux ans. Insuffisance mitrale, asystolie.

Épreuve du bleu : coloration dès la première heure ; maximum de la quatrième à la vingtième heure ; cessation au bout de soixante heures.

Urine : acide, jaune rougeâtre. Quantité en vingt-quatre heures : 1 200 grammes. Albumine : 24 centigrammes.

| | |
|---|---|
| Matériaux fixes | 59gr40 |
| Urée | 30gr6 |
| Phosphates | 5gr14 |
| Chlorures (en NaCl) | 14gr4 |

III. — D... (Victor), quarante ans. Maladie mitrale, asystolie.

Épreuve du bleu : coloration dès la première demi-heure ; maximum de la deuxième heure à la quinzième ; cessation au bout de soixante-quinze heures.

Urine : acide, très foncée. Quantité en vingt-quatre heures : 700 grammes. Albumine : 2 grammes par litre.

| | |
|---|---|
| Matériaux fixes | 52gr25 |
| Urée | 25 grammes. |
| Phosphates | 6gr42 |
| Chlorures (en NaCl) | 12gr5 |

IV. — D... (Maria), cinquante-huit ans. Insuffisance aortique d'origine rhumatismale, asystolie.

Épreuve du bleu : coloration nette dès la première heure ; maximum de la quatrième à la dix-huitième heure ; cessation au bout de soixante-deux heures.

Urine : acide, rouge foncé. Quantité en vingt-quatre heures : 700 grammes. Albumine : 50 centigrammes par litre.

| | |
|---|---|
| Matériaux fixes | 45gr12 |
| Urée | 32gr15 |
| Phosphates | 5gr57 |
| Chlorures (en NaCl) | 8gr27 |

Par contre, lorsque, chez des cardiaques, pour une raison quelconque le rein est altéré plus profondément que par la simple congestion, l'imperméabilité peut survenir et l'épreuve du bleu de méthylène en rend compte. Ainsi, chez un ancien asystolique, nous avons vu le bleu passer seulement au bout de deux heures ; chez deux aortiques asystoliques dont les reins présentaient les lésions de la néphrite interstitielle, le bleu ne passa qu'à la deuxième et à la troisième heure. Chez un mitral, qui mourut de thrombose cardiaque avec gangrène embolique d'un membre inférieur et dont les reins étaient complètement kystiques, l'élimination ne se fit qu'à la deuxième heure. Enfin, chez un autre mitral atteint de néphrite chirurgicale ascendante, c'est seulement au bout de quinze heures que l'urine se colora en bleu. Ces résultats n'ont rien que de très naturel. Il est clair que chez tous ces malades il y avait des causes sérieuses d'imperméabilité, et que des lésions profondes s'étaient surajoutées à la simple congestion du rein cardiaque.

Aux caractères de l'élimination rénale dans l'asystolie cardiaque, il convient d'opposer ceux qu'on observe dans les néphrites chroniques donnant lieu à des altérations profondes du parenchyme rénal. Les urines, plus et moins abondantes, présentent une densité faible, une diminution des matériaux solides, une moindre teneur en urée. Or, l'épreuve du bleu de méthylène accuse des troubles de perméabilité qui consistent dans les caractères suivants.

Tout d'abord, c'est un retard dans l'apparition du bleu. La néphrite interstitielle est surtout propre à montrer ce retard permanent de l'élimination. Nous en avons cité plusieurs exemples dans nos communications antérieures et depuis d'autres observateurs en ont également signalé quelques autres (1). Il arrive parfois, en pareil cas, que l'apparition du bleu en nature soit précédée de celle du chromogène incolore ; c'est ce qui caractérise l'élimination dissociée ; le bleu peut même ne jamais passer en nature et s'éliminer exclusivement à l'état de chromogène. En général, la matière colorante ne traverse pas les reins en grande quantité à la fois, de sorte qu'on ne voit pas nettement de maximum d'élimination. La durée de l'élimination est très variable : elle peut être très abrégée, mais elle peut aussi se prolonger d'une façon excessive, huit jours et davantage. Cette prolongation anormale se reconnaît surtout lorsqu'on emploie comme réactif la nitro-benzine, qui, agitée avec l'urine, entraîne la matière colorante en prenant une teinte vert clair : on peut ainsi déceler des traces de bleu que le chloroforme serait impuissant à révéler.

Cette prolongation inusitée de l'élimination coexiste habituellement avec un retard dans le passage du bleu. Mais elle peut aussi exister seule, le bleu apparaissant dans le délai normal de la première heure. Nous avons observé quelques exemples de ce type un peu particulier d'imperméabilité rénale, et nous avons pu vérifier l'un de ces cas à l'autopsie. Il s'agissait d'un homme de quarante-deux ans, ayant de l'œdème et de l'albuminurie ; le bleu passa dès la première heure en minime quantité et l'élimination se poursuivit pendant huit jours, toujours en quantité faible et sans jamais présenter de maximum bien net. Trois semaines après, l'état du malade ayant empiré, le bleu n'apparut qu'après quatre heures, en petite quantité, et persista jusqu'au cinquième jour ; à ce moment le malade devint complètement anurique et succomba dans le coma urémique. A l'autopsie, on trouva des lésions rénales, caractérisées par de la sclérose ancienne avec des altérations récentes.

On peut, d'après cela, supposer que ce mode particulier d'élimination, dans lequel le passage du bleu à travers le rein commence dans le délai normal, mais ne se fait que par petites quantités à la fois, et se prolonge d'une façon exagérée, est dû à ce que les reins, profondément altérés dans leur ensemble, présentent cependant quelques parties assez bien conservées et jouissant encore d'une perméabilité normale.

En somme, retard de l'apparition du bleu en nature dans l'urine, abondance relative du chromogène, diminution de la quantité de matière colorante éliminée dans un temps donné, prolongation anormale de l'élimination : tels sont les principaux indices d'imperméabilité qui, combinés ou isolés, peuvent être révélés par l'emploi du bleu de méthylène. *(A suivre.)*

---

## LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, DE L'IDIOTIE ET D'AUTRES ÉTATS ENCÉPHALIQUES ANALOGUES, PAR LA RÉSECTION DES GANGLIONS CERVICAUX SUPÉRIEURS DU SYMPATHIQUE

Par A. Chipault,

Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

Après l'échec, dont on pourrait sans peine citer des centaines d'exemples, des trépanations même les plus larges,

(1) Bard. *Gaz. hebd.*, 27 mai 1897, p. 494. — G.-H. Lemoine. *Ibid.*, 17 juin 1897, p. 565. — J. Baylac et Perès. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 juillet 1897, p. 1076. — L. Bourg. *Essai sur le diagnostic de la perméabilité rénale*, Th. de Paris, 23 juillet 1897, Obs. I, II, III. — Bard. Soc. des sc. méd. de Lyon, 8 déc. 1897.

dans l'épilepsie généralisée, les chirurgiens se sont ingéniés à découvrir une intervention modifiant, d'une manière plus efficace, la circulation de l'encéphale malade : ligatures de l'artère vertébrale, ponctions lombaires, interventions sur le sympathique cervical.

Ce sont ces dernières que je désirerais étudier aujourd'hui devant vous.

Les interventions sur le sympathique cervical dans l'épilepsie ne sont pas du reste absolument nouvelles. Dès 1883, Alexander, ce même chirurgien qui a donné son nom à une opération désormais classique, le raccourcissement des ligaments ronds, tentait contre cette affection la résection bilatérale et simultanée des ganglions cervicaux supérieurs; six ans plus tard, il publiait à ce sujet un volume entier, basé sur vingt-quatre observations personnelles. En 1892, Kümmel pratiquait, dans un cas, la résection unilatérale du même ganglion et Yacksh exécutait, dans deux autres, la section du tronc sympathique au-dessus du ganglion cervical inférieur, avec résection concomitante du plexus sympathique vertébral. En 1893, Bodjanik, moins anatomiste, entreprenait la résection du ganglion cervical moyen. En 1895, Jaboulay exécutait une fois la section bilatérale, en deux séances, du tronc du sympathique à sa partie moyenne. Enfin, en 1896 et 1897, Jonnesco, l'habile et heureux chirurgien de Bucarest, pratiquait, chez des épileptiques, toute une série de résections totales et bilatérales du sympathique cervical.

On me permettra d'ajouter que, dès 1894, c'est-à-dire, à n'en pas douter, de beaucoup le premier en France, j'attirais l'attention sur ce mode de traitement, en lui consacrant, dans le tome II de ma Chirurgie opératoire du système nerveux, tout un long chapitre.

Quoi qu'il en soit, c'est en se basant sur une série déjà imposante de faits qu'il est actuellement possible d'apprécier les interventions sur le sympathique cervical dans l'épilepsie, au point de vue opératoire et thérapeutique.

Au point de vue opératoire, deux questions me semblent, tout d'abord, devoir être résolues :

1° Quelle est, parmi les multiples interventions possibles, celle qui se présente comme suffisante et nécessaire? Rappelons, tout d'abord, que leur but commun est d'obvier à l'anémie encéphalique aiguë qui caractérise les crises d'épilepsie et aux troubles de nutrition qui finissent par en résulter : but logique, puisque — Vulpian, Claude Bernard, Brown-Séquard et tant d'autres l'ont démontré — la suppression de l'action vaso-constrictrice du sympathique cervical chez les animaux active, d'une façon absolument remarquable, la circulation de leur encéphale. Mais la section simple du tronc de ce nerf à la partie moyenne du cou suffit-elle pour produire cette suppression? Cela est au moins douteux. Il est, en effet, très probable que, d'une manière ou d'une autre, les ganglions du sympathique sont de véritables centres d'action. Négligeons le ganglion cervical moyen. Restent les ganglions cervicaux inférieur et supérieur. Le ganglion cervical inférieur agit, suivant certains physiologistes, par le plexus vertébral sur les parties postérieures de l'encéphale; cette influence est douteuse; elle est en tout cas insignifiante; on peut donc chirurgicalement la négliger, ce qui n'est pas indifférent, car la résection du ganglion cervical inférieur rendrait, si elle était nécessaire, l'intervention sinon plus difficile, au moins plus grave. C'est donc le ganglion cervical supérieur, point de départ indiscuté des vaso-constricteurs encéphaliques, qui doit être seul réséqué, avec les 2 ou 3 centimètres sous-jacents du tronc du nerf : sa résection est l'indispensable condition d'une intervention suffisante.

2° Quelle est, pour arriver jusqu'à ce ganglion cervical supérieur, la voie préférable. Ce n'est point certainement la voie prémastoïdienne indiquée par Alexander, mais la voie rétromastoïdienne. Elle est longuement décrite dans ma Chirurgie opératoire déjà citée, et, dans le mémoire publié par Jonnesco dans les Travaux de neurologie chirurgicale : je n'y insiste donc point; je tiens seulement à dire qu'il s'agit là d'une intervention extrêmement simple, durant dix minutes, ne faisant pas perdre vingt gouttes de sang au malade, et ne lui faisant courir aucun danger : sa mortalité a été nulle jusqu'à présent.

Ses conséquences thérapeutiques paraissent d'autre part du plus haut intérêt. En effet :

1° Les inconvénients post-opératoires constatés sont insignifiants. La plaie est un peu douloureuse pendant quelques jours et c'est tout. Si l'intervention est faite en deux séances, on observe parfois, du côté correspondant à la première résection, une élévation de température de quelques dixièmes de degré, limitée à la face, un rétrécissement plus ou moins marqué de la pupille avec ptosis et larmoiement : ces phénomènes sont si légers qu'ils passent absolument inaperçus, même aux yeux les mieux prévenus, si l'intervention est faite des deux côtés en une séance. On ne note plus alors, et encore inconstamment, qu'une minime et transitoire accélération du pouls. On pouvait s'attendre à plus;

2° Les avantages curatifs sont singulièrement plus importants. Trente observations ont été, jusqu'à ce jour, publiées avec des détails suffisants pour entrer en ligne de compte; or, elles comprennent : aggravations, 0; états stationnaires, 7; améliorations progressives, portant sur les crises et sur l'état mental, 10; guérisons complètes, 13; 2, il est vrai, suivies quelques jours seulement, et 1 quelques semaines, mais 1 suivie huit mois, 2 suivies un an, 1 suivie un an et demi, 3 suivies deux ans, 2 suivies trois ans.

Malgré l'autorité des chirurgiens auxquels appartiennent ces observations, malgré qu'Alexander n'ait adopté et loué les interventions sur le sympathique, qu'après avoir renoncé à toute une série d'autres thérapeutiques, j'avoue que j'étais encore réfractaire. La thérapeutique chirurgicale de l'épilepsie a donné tant de désillusions! J'ai cependant cédé, entraîné par l'exemple de mon confrère et ami Jonnesco. Or, le résultat que j'ai obtenu, chez un malade que j'ai récemment opéré, a été tellement frappant par sa brusquerie, tellement invraisemblable par son intensité, que je n'hésite pas à attirer sur lui toute votre attention.

Voici cette observation, très résumée :

X..., âgé de quinze ans, m'est envoyé, en décembre dernier, par le docteur Targowla (d'Amagne). Il a eu, pendant sa petite enfance, des convulsions, qui disparurent à quatre ans et demi. Ses accidents actuels débutèrent à l'âge de neuf ans, c'est-à-dire il y a six ans. Caractérisés par des crises généralisées et des absences, ils ont, quoique irrégulièrement, augmenté peu à peu de fréquence, et, depuis un an, il y a eu, à cinq ou six reprises, de véritables états de mal. En même temps, l'état intellectuel et mental s'est graduellement modifié, pour aboutir, dans les derniers mois, à un état permanent de demi-stupidité. Il s'agissait, en somme, d'une épilepsie généralisée, prenant fort mauvaise tournure. Sachant, par expérience personnelle, les insuccès de la craniectomie dans les cas de ce genre, je proposai la résec-

tion du sympathique cervical, qui fut acceptée. Elle fut faite sans la moindre difficulté, en deux séances, les 9 et 12 janvier dernier, avec la bienveillante assistance de mon excellent ami J.-L. Faure. Chacune des résections a duré un petit quart d'heure ; ni l'un, ni l'autre n'a nécessité de ligatures. Dans l'intervalle des deux séances, il y eut une dilatation considérable de la pupille du côté opposé à la première résection ; après la seconde, les deux pupilles ont repris très exactement leur diamètre préopératoire. Le malade n'a eu, depuis la première intervention, ni crise, ni absence, mais, ce qui est plus curieux et plus important encore, il s'est fait, depuis la seconde résection, dans son état mental, une incroyable modification ; personne ne reconnaîtrait le garçon somnolent, aux yeux congestionnés et à la figure violette qu'était mon malade, il y a dix jours, dans le jeune homme d'aujourd'hui : ses yeux ont pris une vivacité nouvelle, il est gai, bavard et lit du matin au soir. Cette modification, à laquelle j'étais loin de m'attendre, a stupéfait toute sa famille : elle a été tellement rapide et marquée que je n'hésite pas à l'attribuer, pour une bonne part du moins, aux modifications de la circulation encéphalique qu'a dû provoquer l'intervention pratiquée.

Je ne voudrais point tirer de cette observation des conséquences qu'elle ne comporte pas, mais je crois ne pas trop m'avancer en la considérant comme absolument encourageante.

Aussi, me basant sur elle, mais me basant aussi sur les observations déjà publiées, je conclurai en disant : la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur du sympathique, intervention sans dangers ni inconvénients, paraît présenter, dans l'épilepsie essentielle, des avantages thérapeutiques tels qu'elle mérite d'y être largement pratiquée ; elle mérite, je tiens à l'ajouter dès maintenant, de l'être aussi dans certaines idioties et semi-idioties, ainsi que dans certaines maladies mentales : elle ouvre donc à la thérapeutique encéphalique tout un champ nouveau, dont je me propose d'explorer, dans des travaux ultérieurs, les nombreuses et intéressantes parties.

---

## VARIÉTÉS

### Le baron Hippolyte Larrey [1808-1895] (1).

(Éloge prononcé par M. le docteur Paul Reclus à la séance annuelle de la Société de chirurgie.)

II

Avec le repos vinrent de cruels soucis : Larrey était sans fortune et la Restauration supprima le titre et les émoluments d'inspecteur général, ses dotations, les revenus de la Légion d'honneur ; il ne conserva que sa place de chirurgien en chef de l'hôpital de la Garde. Il faillit alors quitter la France : on lui offrait aux États-Unis, au Brésil, en Russie, des avantages considérables, mais le désir de rester parmi ses soldats le retint. Agité de sourdes colères, il assista aux horreurs de la Terreur blanche ; il vit périr de glorieux chefs de la Grande Armée, fusillés légalement comme Ney ou massacrés par la populace, comme Brune. Il perdit coup sur coup sa mère et son frère, François Larrey, chirurgien à Nîmes. Le travail seul put vaincre sa mélancolie : il eut ses malades, un ouvrage de chirurgie, son quatrième volume des *Mémoires et Campagnes* et surtout l'éducation de son fils Hippolyte.

Peut-être, pour cette dernière tâche, la main du père fut-elle trop pesante. Des héros, nous avons l'exemple, mais on peut les craindre comme éducateurs. Dominique Larrey fut, avec son fils, autoritaire, sentencieux, violent et sec ; il était fier d'Hippolyte ; il le marquait même trop et ne craint pas de lui écrire : « Je me félicite que la Providence et ta mère m'aient donné un enfant qui réunisse l'intelligence à un physique d'une perfection peu commune. » Mais il comprenait mal l'âme expansive de l'enfant et les besoins de sa jeune imagination. Au lieu des histoires de voleurs que le gamin demande, il lui expédie trois volumes de voyages « pour munir, dit-il, son esprit de choses utiles » et lui annonce l'envoi de ses *Mémoires et Campagnes*. Il voilait tellement sa tendresse que l'enfant croyait ne pas être aimé de son père dont il ne découvrit l'ardente affection que très tard, au cours d'une fièvre typhoïde, en l'entendant frapper les murs de sa tête et crier : « Mon Dieu, j'en ai sauvé tant d'autres, sauvez-moi donc celui-ci. » Hippolyte n'avait pour son père qu'une respectueuse réserve et c'est sur les genoux de sa mère qu'il apportait ses effusions. Comme a dit Dumas, Dieu a bien fait de créer le cœur des mères, celui des pères ne suffirait pas.

Voué à la chirurgie militaire, dès avant sa naissance, il avait acquiescé au vœu paternel et, à dix-huit ans, au sortir de Louis-le-Grand, où il avait fait de remarquables études, il prit sa première inscription ; quelques mois après, il concourait pour l'École de Strasbourg et y entrait premier ; l'année suivante, en 1823, il était nommé sous-aide-major, toujours avec le premier rang, et on le détachait au Gros-Caillou, dans le service de Dominique Larrey. Pendant « les trois glorieuses », il se rangea aux côtés de son père, lorsque le vieux chirurgien, faisant tête aux bandes victorieuses qui voulaient massacrer les blessés de la garde royale, leur lança ce cri superbe : « Allez-vous en ! Ces blessés sont à moi. » — En 1832, à vingt-quatre ans, Hippolyte enlevait le titre de docteur et, presque aussitôt, prenait part au siège d'Anvers ; il y remplit tout son devoir, et même un peu celui des autres ; pendant les vingt-trois jours du bombardement, il ne quitta pas la tranchée, toujours au premier rang, mais avec tact, sans bruit, sans vaine ostentation. Le maréchal Gérard le proposa pour la croix, mais le ministre de la Guerre, Soult, duc de Dalmatie, trouva Hippolyte trop jeune et décora un de ses protégés plus jeune qu'Hippolyte.

Il avait repris son service au Gros-Caillou, sous la direction paternelle, quand éclata la première épidémie de choléra, la plus terrible, celle qui frappa la cité d'une folle épouvante. Le peuple accusait « l'ennemi » d'empoisonner les fontaines et les médecins de propager le fléau. Hippolyte, comme Dominique à Jaffa, vécut à l'hôpital, au centre de cette nouvelle peste et, parmi tant de dévouements, son dévouement fut tel, il déploya tant de zèle auprès des moribonds que, de nouveau, ses chefs réclamèrent pour lui la croix de la Légion d'honneur. Mais Soult était encore ministre et la proposition fut écartée. Le duc de Dalmatie en frappant le fils visait le père qu'il détestait depuis la campagne de Saxe. L'incident est historique et vaut d'être raconté.

Après la bataille de Bautzen, on constata, sur plus de deux mille recrues, une blessure identique à l'index droit ; les grands maréchaux, qui voulaient la paix pour jouir enfin de leur gloire, de leurs duchés, de leurs richesses, osèrent affirmer que les jeunes soldats s'étaient mutilés volontairement pour regagner leurs foyers. L'empereur furieux veut un exemple : on décimera les blessés ; on en fusillera plus de deux cents. Larrey accourt, le visage bouleversé, les mains tendues : — Sire, on vous trompe ! ces enfants sont innocents ; ils ne demandent qu'à servir encore la patrie. — Napoléon, pâle de colère, lui crie qu'il le trouve bien arrogant de prendre la défense de ces misérables : — Je vous

---

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 116.

donne, dit-il, vingt-quatre heures pour démontrer leur innocence ; allez. — Larrey examine un à un les mutilés; il prouve que leur blessure vient de leur inhabileté dans le maniement du fusil. Son rapport convainc l'empereur dont la colère retombe sur les maréchaux parmi lesquels était Soult. Et voilà pourquoi le fils de Dominique ne fut décoré ni après le siège d'Anvers, ni après l'épidémie de choléra.

En octobre 1834, Dominique Larrey emmène son fils à Rome, visiter la mère de Napoléon. Hippolyte nous raconte l'entrevue avec un respect religieux. Conduit par le cardinal Fesch, frère de Lœtitia, ils entrent, comme en un temple, dans le palais silencieux et s'arrêtent sur le seuil d'une salle dont la fenêtre ouverte montre au loin la tour du Capitole. Les portraits et les statues de tous les Bonapartes sont là; d'abord le père, Charles, puis les cinq fils et les trois filles que domine le buste colossal de Napoléon; à côté, Joséphine, Hortense, son fils, le futur Napoléon III, Eugène, et enfin, au pied du lit, le roi de Rome dont le marbre gracieux, revenu de Sainte-Hélène, avait reçu le dernier regard de l'empereur. Et là, au milieu de ce panthéon, dans ce rare cortège évoqué par David, Gros, Isabey, Gérard et Canova, les visiteurs aperçoivent, à demi couchée sur le petit lit de fer de Napoléon, la mère presque séculaire, blanche dans ses vêtements de deuil, d'une maigreur d'ascète, aveugle et les membres ankylosés. Sa tête, dont le profil, long et pur, rappelle celui de l'empereur, est inclinée sur sa poitrine; ses mains sont jointes. Oui, elle est bien telle qu'il l'a rêvée, « l'auguste aïeule, survivant au destin de sa famille, à la gloire et au martyre de Napoléon, à la mort du roi de Rome. » L'émotion d'Hippolyte fut inoubliable, et de ce jour date l'idée de son ouvrage sur *Madame Mère*.

Un concours pour l'agrégation s'ouvrit, l'année suivante. Hippolyte Larrey y prit part avec Malgaigne, Huguier, Lenoir, Sédillot, Cullerier, Chassaignac devant des juges qui se nommaient Jules Cloquet, Roux, Laugier, Gerdy, Marjolin et Blandin. Larrey fut nommé, avec Sédillot, Lenoir et Malgaigne, et pour nous prouver que, depuis soixante-trois ans, rien n'a changé sous le soleil, et que les revendications d'aujourd'hui étaient celles d'hier, la *Gazette des hôpitaux* écrit : « Comme toujours, les nominations étaient faites à l'avance. » Grâce à son titre nouveau, Larrey suppléa Cloquet, pendant trois ans, dans sa chaire magistrale à l'hôpital des Cliniques. En 1841, au concours et à l'unanimité des voix, il devenait professeur de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce où il eut bien vite conquis les élèves par son zèle et par sa parole, un peu froide peut-être, mais élégante et précise; il n'abordait son sujet qu'après s'être documenté à loisir et le traitait avec conscience et compétence.

(*A suivre.*)

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 14 AU 19 FÉVRIER 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 14 FÉVRIER**, à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et Sebileau.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Delbet et Bonnaire; — (2e partie) : MM. Fournier, Letulle et Widal; — M. Hanriot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Marchand, Segond et Tuffier; — (2e série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Ricard; — M. Lejars, suppléant.

**MARDI 15 FÉVRIER**, à une heure. — 3e examen (oral, 1re partie) : MM. Berger, Quénu et Maygrier; — (2e série) : MM. Hallopeau, Charrin et Ménétrier; — M. Gilbert, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Campenon et Albarran; — (2e série) : MM. Le Dentu, Nélaton et Thiéry; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Letulle et Achard; — M. Roger, suppléant.

**MERCREDI 16 FÉVRIER**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Ricard et Tuffier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Lejars et Bonnaire; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Kirmisson, Segond et Walther; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Gilles de La Tourette; — M. Gaucher, suppléant.

**JEUDI 17 FÉVRIER**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Nélaton et Hartmann.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Rémy et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Panas, Bar et Albarran.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Troisier et Thoinot; — M. Chassevant, suppléant.

**VENDREDI 18 FÉVRIER**, à une heure. — 4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Netter et Gilles de La Tourette; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Marchand, Reynier et Broca; — (2e série) : MM. Segond, Kirmisson et Walther; — (2e partie) : MM. Déjerine, Gaucher et Thoinot; — M. Sebileau, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

**SAMEDI 19 FÉVRIER**, à une heure. — 3e examen (2e partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Cornil, Raymond et Letulle.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Roger et Achard; — M. Gley, suppléant.

5e examen (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Hutinel, G. Ballet et Marfan; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Troisier et Marie; — M. Campenon, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements, rue d'Assas* : MM. Panas, Bar et Maygrier.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Séance du 4 février :

Questions posées à l'oral : Muscles intrinsèques du larynx; — Signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début.

MM. Pestelmalzoglu, 17 + 25 = 42. — Lejonne, 18 + 23 = 41. — Mauberg, 14 + 26 = 40. — Milhiet, 13 + 26 = 39. — Grenet, 12 + 24 = 36. — Follet, 12 1/2 + 22 = 34 1/2. — Lance, 10 + 22 = 32. — Le Roy des Barres, 12 + 20 = 32. — Mesley, 10 + 20 = 30. — Arloing, 4 + 21 = 25.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 janvier 1898, M. le docteur Jouault, délégué cantonal à Saint-Denis-le-Gast, a été nommé officier d'Académie.

— M. le médecin principal Négadelle, médecin-major au 6e régiment d'infanterie de marine, à Brest, passera, sur sa demande, au 2e régiment de même arme dans le même port, en remplacement de M. le docteur Kermorvant, appelé à servir à la mer.

— Un concours pour la nomination à la place de sous-chef des laboratoires de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices de Paris sera ouvert le mercredi 20 avril 1898, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 21 mars jusqu'au samedi 2 avril inclusivement, de onze heures à trois heures.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Ferrand, comme il s'y était engagé, a pris la défense du vésicatoire. Pour plaider cette cause, quelque peu ingrate, il s'est appuyé à la fois sur la physiologie et sur la clinique. Il a tout d'abord combattu la tendance qu'on a montrée à s'attaquer aux abus du vésicatoire pour en condamner l'usage. Il est vrai que ce n'est pas là un argument acceptable et qu'il n'y a pas une médication active qu'on ne pourrait condamner si on l'employait avec exagération. Le vésicatoire est, pour M. Ferrand, une médication naturelle, dont l'indication est flagrante dans les altérations diacritiques des maladies. Les dangers résultant de la plaie, la douleur, les altérations rénales peuvent être facilement évités et si l'on veut mettre en balance les services que peut rendre cette médication et les inconvénients ou les dangers que peut procurer son abus, si facile à éviter, on est forcé de reconnaître que c'est une médication fort utile et qui mérite d'être conservée. Telle est l'opinion que M. Ferrand a défendue avec la compétence que tout le monde lui reconnaît en matière de thérapeutique.

M. Huchard a tenu un tout autre langage ; s'il considère la saignée comme toute réhabilitée et le vomitif comme n'ayant pas besoin de l'être, il se montre assez sévère pour le vésicatoire, au moins si l'on en peut juger par la première partie de son discours, qui a porté uniquement sur le côté historique de la question. Remontant aux temps les plus reculés, il a parcouru les diverses étapes du vésicatoire, sa grandeur et sa décadence, et il n'a pu cacher sa tendance à le condamner. C'est ce que nous saurons positivement dans le prochaine séance, la parole lui ayant été réservée pour la seconde partie de son argumentation.

M. Chauvel a fait deux rapports : l'un sur une observation de M. Coustan (de Montpellier) relative à un cas de varices volumineuses des jambes, de l'abdomen et du tronc par angio-sclérose ; l'autre sur un travail de M. Loison relatif à un nouveau traitement de la pelade.

M. Guéniot a analysé une note de M. Delore (de Lyon) ainsi intitulée : « Pourquoi la face fœtale du placenta est-elle grenue? » M. Delore donne une explication du mécanisme par lequel se fait cette granulation.

M. Albert Robin a eu la parole pour la lecture d'un rapport sur les eaux minérales. Dans les conclusions de ce rapport, M. Robin insiste de nouveau pour que les pouvoirs publics exercent la plus grande surveillance sur l'embouteillage des eaux minérales.

Enfin, M. Doyen a fait une nouvelle communication sur 146 cas de chirurgie de l'estomac.

Au début de la séance, M. le président a donné la parole à M. Delorme pour la lecture du discours suivant qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Péan :

« Mesdames, messieurs et chers collègues,

L'Académie de médecine m'a chargé du douloureux honneur d'exprimer en son nom les unanimes et profonds regrets que lui cause la perte irréparable et si imprévue d'un de ses plus illustres représentants, du grand chirurgien Péan.

Péan disparu, c'est le colosse tombé, un grand génie chirurgical éteint ; c'est le monde médical universellement troublé, la France émue, comme elle l'est chaque fois qu'elle perd une de ses gloires ; c'est un vide immense ouvert, et tel qu'il semble impossible de le combler de longtemps ; c'est le signal d'un grand cri de douleur et de reconnaissance poussé par des centaines de mille malades épars aux quatre coins du globe et qui lui doivent la vie ou la guérison.

Né près de Châteaudun en 1830, Jules-Émile Péan, interne des hôpitaux en 1853, chirurgien des hôpitaux en 1865, chirurgien des Enfants-Assistés, de Lourcine, de Saint-Louis, où il séjourna quinze ans, était membre de l'Académie de médecine depuis 1887 et commandeur de la Légion d'honneur.

Dans les pages d'histoire médicale qui lui seront consacrées, on dira la modestie de ses débuts qu'il exagérait, les étapes de sa carrière, les raisons qui l'ont fait naître, les difficultés qu'il a rencontrées, la grande sympathie quil sut inspirer à Nélaton, ses luttes, ses rapides succès ; je ne veux évoquer ici que ses éminentes qualités de chirurgien et rechercher les causes d'une renommée désormais impérissable.

Vous l'avez tous devant les yeux cet homme de haute taille, véritable hercule aux larges épaules, au port superbe, au masque naturellement grave et impassible ; il possédait au plus haut degré, avec la force, le calme, la patience, la volonté.

Passionné pour la chirurgie, il lui consacra jusqu'à ses tout derniers moments une activité peu commune, jamais lassée, une puissance de travail extraordinaire. L'heure de la retraite ne fut pour lui que le signal d'un déplacement d'activité, et l'hôpital International, qu'il fonda de ses deniers, vit se renouveler cette pratique continue et presque effrayante d'interventions.

Péan fut, avant tout, un opérateur merveilleux. Il n'est point exagéré de dire qu'il fut le plus habile, le plus osé, le plus génial, comme le plus connu des chirurgiens français, au cours de ces trente dernières années.

Péan eut en chirurgie la renommée prodigieuse et méritée qu'eut en médecine Charcot. Cette renommée fut universelle : c'est qu'elle était sans cesse entretenue par ces milliers d'élèves et de maîtres étrangers qui, à Saint-Louis comme à l'hôpital International, venaient s'inspirer de son originale et merveilleuse technique.

D'un sang-froid imperturbable, que n'ont jamais trouvé en défaut les actes opératoires les plus osés, qui semblait, au contraire, s'accroître avec les incertitudes et les périls; fécond en ressources vite trouvées, vite appliquées dans les cas les plus imprévus, il était d'une hardiesse qui n'excluait pas la prudence et à laquelle il dut ses succès les plus éclatants, comme ses conceptions les plus personnelles et les plus durables.

C'est lui qui le premier à Paris, en 1864, osa recourir aux grandes opérations abdominales qui ne se pratiquaient qu'en Amérique, à Londres et à Strasbourg, dont la réussite semblait impossible dans les conditions d'hygiène si défectueuses alors d'une grande ville.

En 1865, il présentait à l'Académie de médecine une première malade à laquelle il avait pratiqué l'ovariotomie; dix-huit mois plus tard, il communiquait trois observations à l'Académie des sciences.

Avec ces quatre opérées, il avait obtenu trois succès et gagné, malgré la réprobation officielle, la cause de ces opérations abdominales, aujourd'hui si communes et si peu redoutables. A une époque où l'antisepsie inconnue semblait rendre impossible la pratique de semblables opérations, Péan devait ses succès à son incontestable habileté et à ses minutieuses précautions de propreté. La valeur de sa méthode de traitement des tumeurs par le morcellement est depuis longtemps affirmée; l'hystérectomie par les voies naturelles, connue sous le nom «d'opération de Péan», suffirait à consacrer à jamais la réputation d'un chirurgien.

Bien qu'il fût surtout connu du public comme gynécologiste de premier ordre, Péan ne s'est jamais spécialisé; aussi les branches les plus diverses de la chirurgie portent-elles des marques de sa puissante ingéniosité. Telle la chirurgie de la langue, de l'arrière-gorge, de la trachée, du corps thyroïde, des articulations. N'a-t-il pas démontré le premier — je ne saurais l'oublier — que l'ablation de la rate peut être appliquée à la cure des grandes tumeurs, et donné des règles pour la gastrotomie?

Sa plus belle, sa plus heureuse innovation, personne ne l'ignore plus aujourd'hui, après de retentissantes et récentes controverses dont il est sorti vainqueur, c'est le mode d'arrêt des hémorragies par les pinces hémostatiques.

La chirurgie actuelle lui doit en grande partie sa précision, sa sûreté; ce mode d'hémostase a étendu ses audaces. C'est une conquête chirurgicale moderne qu'il n'est point déplacé de rapprocher de l'anesthésie et de l'antisepsie.

Péan n'avait pas la parole facile ni séduisante, mais il savait être convaincant; son éloquence, à lui, était autre : c'était celle de l'acte.

Ses ouvrages sont très nombreux. En dehors d'opuscules consacrés à l'étude de maintes questions de chirurgie, des volumes de la deuxième édition du « Traité de Nélaton », on lui doit ses Leçons cliniques, qui sont, avant tout, des témoignages durables de son activité.

Il est peu de chirurgiens, à notre époque, qui aient, je puis le dire, soulevé autant de jalousies et d'inimitiés que Péan. Elles l'ont peut-être attristé, mais jamais aigri ni découragé, tant étaient grands son calme et sa possession de lui-même, puissant le sentiment de sa valeur, préoccupant le but qu'il poursuivait. Ces inimitiés tenaces ne l'ont pas détourné de sa voie et ne lui ont arraché publiquement ni colère, ni sarcasmes. C'est à peine si une atteinte profonde apportée à l'une de ses plus chères conceptions l'a momentanément ébranlé!

Que dire de ces attaques également passionnées qui s'adressaient plus à l'homme qu'au chirurgien! Quand un talent force à ce degré l'admiration, quand aux yeux même de l'étranger — peu suspect pourtant de tendresse pour nous — il constitue l'une de nos gloires, quand les productions de son génie inventif font partie d'un patrimoine national, ce talent, cet homme imposent, sans restriction, d'unanimes et éclatants hommages.

D'ailleurs, ceux qui l'ont connu dans l'intimité, affirment que, sous son aspect rude, il cachait un cœur, à l'occasion, compatissant : la fondation de l'hôpital International témoigne autant de sa philanthropie que de son activité.

Péan reste donc un génie chirurgical, dont l'œuvre très personnelle est impérissable. »

---

## LA PERMÉABILITÉ RÉNALE

### ET LA COMPOSITION DES URINES DANS LA CONGESTION D'ORIGINE CARDIAQUE ET DANS LE CAS DE MAL DE BRIGHT (1)

Par MM. Ch. Achard et J. Castaigne.

II

Comme nous l'avons fait pour le rein cardiaque, sans troubles de la perméabilité, il importe, dans ces cas de néphrites chroniques, de mettre maintenant en parallèle la composition des urines et les troubles de perméabilité accusés par l'épreuve du bleu.

Voici quelques analyses d'urines :

I. — M... (Jean), quarante-deux ans, signes de néphrite interstitielle. Bruit de galop, tension artérielle élevée. Polyurie claire.

Épreuve du bleu : coloration seulement à la troisième heure; jamais de teinte foncée; durée quatre jours.

Urine : acide. Quantité en vingt-quatre heures : 1500 grammes. Traces d'albumine.

| | |
|---|---|
| Matériaux fixes | $32^{gr}25$ |
| Urée | $15^{gr}075$ |
| Phosphates | $2^{gr}85$ |
| Chlorures (en NaCl) | $14^{gr}1$ |

II. — T... (Victor), soixante-trois ans. Néphrite interstitielle.

Épreuve du bleu : des traces de bleu commencent à apparaître seulement à la troisième heure; la coloration reste faible, sans maximum, durée cinq jours.

Urine : acide. Quantité en vingt-quatre heures : 2100 centimètres cubes. Traces d'albumine.

| | |
|---|---|
| Matériaux fixes | $13^{gr}742$ |
| Urée | $15^{gr}13$ |
| Phosphates | $2^{gr}184$ |
| Chlorures (en NaCl) | $8^{gr}51$ |

III. — C... (Hippolyte), trente-huit ans. Phtisie pulmonaire avec œdème et albuminurie abondante. Gros reins blancs.

Épreuve du bleu : répétée à plusieurs reprises, elle a révélé une imperméabilité progressive.

Première épreuve (9 octobre) : la coloration commence légèrement après une demi-heure, puis devient intense et continue bien nette pendant deux jours; le troisième et le quatrième jour, il passe encore des traces de bleu visibles seulement par la nitro-benzine.

Deuxième épreuve (31 octobre) : la coloration commence

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 146.

très légère après trois quarts d'heure ; pas de maximum ; durée huit jours.

Troisième épreuve (28 novembre) : l'urine recueillie une heure un quart après l'injection ne contient pas de traces de bleu ni de chromogène.

Le malade meurt à ce moment.

Urine (trois jours avant la mort) : acide, légèrement trouble. Dépôt peu abondant de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, d'acide urique et d'urate de soude. Densité 1 010. Quantité en vingt-quatre heures : 1 800 centimètres cubes.

Albumine : 14gr58.

| | |
|---|---|
| Urée | 11gr52 |
| Phosphates | 1gr116 |
| Chlorures (en NaCl) | 7gr75 |

IV. — T... (Jean), soixante-deux ans. Saturnisme ; néphrite chronique diagnostiquée depuis cinq ans ; tension artérielle très élevée ; bruit de galop, hypertrophie du cœur dont la pointe bat dans le sixième espace à gauche du mamelon.

Épreuve du bleu : apparition du chromogène à la deuxième heure et du bleu à la cinquième heure par traces. La coloration reste faible pendant toute la durée de l'élimination, qui persiste pendant six jours.

Urine : acide ; densité : 1004 ; coloration faible. Quantité en vingt-quatre heures : 2 500 centimètres cubes. Traces d'albumine.

| | |
|---|---|
| Matériaux fixes | 40gr256 |
| Urée | 12gr5 |
| Phosphates | 1gr854 |
| Chlorures (en NaCl) | 8gr45 |

Si l'on compare ces chiffres à ceux fournis par les urines des cardiaques, on est immédiatement frappé de la diminution générale que subissent, chez les brightiques, les matériaux fixes et notamment l'urée et les phosphates.

On pourrait se demander si cette diminution de certains principes tient bien au trouble rénal, ou n'est pas simplement sous la dépendance de modifications générales de la nutrition ; l'urée, en effet, est influencée par l'alimentation, par l'état du foie ; les phosphates et les chlorures varient de même suivant certaines conditions générales. Aussi est-il intéressant de rapprocher les résultats précédents de ceux qui ont été recueillis en chirurgie urinaire, dans les cas où les lésions ne frappent qu'un seul rein. Étudiées au moyen du cathétérisme de l'uretère, ces lésions unilatérales permettent de comparer l'urine éliminée par chaque rein. Par conséquent, les modifications urinaires qui peuvent résulter soit du régime, soit de l'état général, sont mises hors de cause, et il y a dans cette étude des lésions unilatérales un terme de comparaison fort utile pour les cas médicaux, où les deux reins offrent habituellement le même genre de lésion.

Nous avons déjà fait ressortir, dans nos publications antérieures, l'intérêt théorique et l'utilité pratique que présente le cathétérisme de l'uretère combiné avec l'épreuve du bleu de méthylène pour apprécier séparément la perméabilité de chaque rein. Chez deux sujets du service de M. Schwartz, M. Imbert, son interne, avait bien voulu, sur notre demande, pratiquer cette recherche dont nous avons fait connaître les résultats (1). Or, chez l'un de ces malades atteint d'hydronéphrose et chez une femme atteinte de pyonéphrose, MM. Guyon et Albarran (2) ont récemment étudié le passage du bleu et la composition de l'urine émise du côté sain et du côté malade, et ils sont arrivés à ce résultat fort intéressant, que le rein imperméable au bleu laissait passer aussi moins d'urée, de phosphates et de chlorures. Par rapport à l'urine du côté indemne, l'urée était réduite à 1/3, les phosphates à 1/3 ou 1/4, les chlorures à 2/3. La diminution de ces différents principes de l'urine est, d'ailleurs, un fait général, comme l'ont montré ces observateurs, dans les cas de rétention rénale. Il en est de même pour la potasse, qui se trouve réduite de 1/3 ou 1/2. Dans les néphrites médicales, on sait aussi, par les recherches récentes de M. Charrier [de Marseille] (1), que la potasse, dont la rétention dans l'organisme est considérée, depuis Feltz et Ritter, comme un facteur important de l'urémie, passe en bien moins grande quantité dans l'urine.

Il est à noter que, dans les expériences de MM. Guyon et Albarran, le bleu de méthylène, comparé à d'autres matières, en vue de déterminer les différences de perméabilité des deux reins, a donné de meilleurs résultats comme substance indicatrice. L'iodure de potassium, notamment, passait également bien des deux côtés et n'accusait aucune différence entre les deux reins. C'est également ce que nous avions observé dans nos recherches comparatives (2). L'iodure n'est pas un réactif assez sensible de la perméabilité rénale, parce qu'il est trop diffusible. Nous pouvons ajouter que cette diffusibilité bien plus grande se laisse constater pour les membranes mortes : l'iodure traverse presque instantanément le dialyseur et, dans une de nos expériences, nous avons noté son passage au bout de deux minutes, tandis que le bleu n'est apparu, dans les mêmes conditions, qu'au bout d'une dizaine de minutes.

Enfin, pour achever le rapprochement entre les faits que nous avons rapportés et ceux qui ont été étudiés au moyen du cathétérisme de l'uretère, nous devons relever encore ce qui a trait à la quantité des urines. Nous avons vu chez les cardiaques l'urine diminuer malgré la conservation de la perméabilité, et chez les brightiques la polyurie se produire malgré les troubles de la perméabilité. Or, chez les malades de MM. Guyon et Albarran, et en particulier dans un cas soumis à l'épreuve du bleu, le rein atteint de lésions destructrices, pourtant fort étendues, émettait une quantité d'urine presque égale et parfois même supérieure à celle du rein sain. Ce fait montre bien que l'imperméabilité rénale est tout autre chose que l'oligurie, point sur lequel nous avons déjà insisté ailleurs (3).

Cela ne veut pas dire qu'il faille négliger l'étude de la quantité des urines. Il est bien certain qu'elle a une importance pronostique considérable et une valeur clinique d'autant plus grande que son appréciation est plus simple. Souvent, d'ailleurs, dans divers états morbides, le retour de la perméabilité coïncide avec la polyurie, comme aussi la diminution des urines peut marcher de pair avec les progrès de l'imperméabilité. Mais la quantité et la qualité de la sécrétion rénale constituent deux éléments que la physiologie ne permet point de confondre et dont la pathologie peut opérer la dissociation, comme en témoignent les faits que nous venons de rapporter. La quantité des urines dépend bien plutôt de l'état de la circulation, et leur qualité est influencée davantage par l'état de la perméabilité.

On voit, en somme, que les données fournies par l'étude des lésions unilatérales du rein apportent une confirmation précieuse aux conclusions que nous avions cru devoir tirer de nos recherches antérieures, concernant la valeur théorique et pratique de l'épreuve du bleu de méthylène. Elles

(1) Soc. méd. des hôpit., 18 juin 1897, p. 833, et 30 juillet, p. 1132.

(2) F. Guyon et Albarran. Physiologie pathologique des rétentions rénales, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, nov. 1897, p. 1200.

(1) Charrier. *Contribution à l'étude de l'élimination de la potasse urinaire dans les néphrites*, Th. de Paris, 4 nov. 1897, nº 24.

(2) Soc. méd. des hôpit., 30 juillet 1897, p. 1135. — Des recherches récentes de M. Bard (Soc. des sc. méd. de Lyon, 8 déc. 1897) tendent à montrer que l'élimination de l'iodure et celle du bleu peuvent différer dans certaines néphrites.

(3) Soc. méd. des hôpit., 30 avril 1897, p. 645, note.

se trouvent aussi en parfaite concordance avec les nouveaux résultats consignés dans le présent travail.

De l'ensemble de tous ces faits, il ressort que la teneur de l'urine en urée et en sels ne dépend pas seulement de la nutrition générale, mais aussi de la perméabilité rénale, telle que peut la révéler le bleu de méthylène. Pour apprécier cliniquement la valeur fonctionnelle de la sécrétion du rein, l'épreuve du bleu a, sur l'analyse quantitative de l'urine, l'avantage incontestable d'une simplicité plus grande. Peut-être même l'emporte-t-elle aussi par une signification plus précise, l'élimination du bleu n'étant pas influencée de la même manière que celle des principes normaux de l'urine, par le régime alimentaire et les variations de l'état général.

---

## ÉQUIVALENT NUTRITIF DE LA PEPTONE

| DATES. | Poudre de peptone prise en 24 h. | Azote des fèces. | Poids du corps. | Urée totale des 24 h. | OBSERVATIONS. |
|---|---|---|---|---|---|
| Pendant trois jours, régime normal composé de pain 350 gr., viande 300 gr., pommes de terre 350 gr., graisse 30 gr. | | | | | |
| 23 | 0 | | $71^{k}900$ | 23.45 | |
| 24 | » | | | 24.00 | |
| 25 | » | | | 24.43 | |
| Pendant les trois jours suivants, la viande est supprimée, les autres aliments restent en mêmes quantités. | | | | | |
| 26 | 0 | | | 22.00 | |
| 27 | » | | | 18.20 | |
| 28 | » | | $71^{k}400$ | 15.60 | A cette date, je me sens fatigué et affamé. |
| A partir de ce jour, aux 350 gr. pain, 350 gr. pommes de terre, 30 gr. graisse, j'ajoute de la poudre de peptone. Les doses indiquées dans la deuxième colonne ont été prises en trois fois. | | | | | |
| 29 | 40 | | | 18.63 | La fatigue et la faim cessent dès que je prends la peptone. |
| 30 | 50 | | | 21.84 | |
| 31 | 60 | | | 23.80 | |
| 1 | 80 | | | 30.95 | Cette proportion d'urée correspond à un excès de table; avec 50 gr. on a la proportion normale du début. |
| 2 | 60 | | | 27.79 | |
| 3 | 50 | | | 24.30 | |
| 4 | 50 | 0.0112 | | 23.52 | |
| 5 | 40 | | $72^{k}300$ | 18.94 | |
| A partir de ce jour, au lieu de prendre la peptone par la bouche, je la prends en lavements, matin et soir. | | | | | |
| 6 | 50 | | | 25.70 | |
| 7 | 70 | | | 30.56 | L'urée varie comme ci-dessus; 50 gr. correspondent à l'alimentation normale. |
| 8 | 50 | | | 26.10 | |
| 9 | 40 | 0.0196 | $72^{k}265$ | 19.88 | |
| Je supprime la peptone, et je reprends pendant trois jours : 350 gr. pain, 350 gr. pommes de terre et 30 gr. graisse, *sans viande*. | | | | | |
| 10 | 0 | | | 16.14 | |
| 11 | » | | | 15.23 | |
| 12 | » | 0.0182 | $71^{k}810$ | 15.89 | Le poids du corps diminue de 455. |
| Pendant les trois jours suivants, je reprends le régime du début : pain 350 gr., viande 300, pommes de terre 350, graisse 30. | | | | | |
| 13 | 0 | | | 18.09 | |
| 14 | » | | | 20.86 | Nous retrouvons la proportion normale d'urée. |
| 15 | » | | | 23.79 | |

Ce tableau éloquent est extrait d'un travail fait au laboratoire de Vulpian, lu par M. Catillon à la Société de thérapeutique et présenté par H. Guéneau de Mussy à l'Académie de médecine.

Nous le complétons par un extrait de l'important mémoire de M. le professeur Féris, de l'école de médecine navale de Brest, sur le traitement de la diarrhée chronique au moyen de la peptone (*Archives de médecine navale*) :

« Ce qui caractérise cliniquement cette maladie, dit l'auteur, c'est la *dyspepsie* : dyspepsie intestinale d'abord, puis bientôt stomacale, buccale, biliaire et pancréatique. Les aliments traversent le tube digestif sans profit. Par suite les malades sont dans une cachexie profonde. Sous ce titre spécial ce traitement prend donc un caractère général.

Observation I. — P... (Jérôme), trente-cinq ans, second maître, entre à l'hôpital le 20 juillet 1882.

Contracta la diarrhée chronique en Cochinchine pour la première fois en 1865 et guérit.

En mars 1882, il eut une rechute et se fit diriger sur l'hôpital de Brest.

A son entrée, il est pâle, amaigri, pèse $51^{k}500$, a environ quatre selles liquides par jour. Il est soumis au régime lacté jusqu'au 6 août, c'est-à-dire pendant dix-huit jours; il y a alternance de selles liquides et pâteuses. Malgré ses 4 litres de lait, son poids diminue et descend jusqu'à 49 kilogrammes.

Le 6 août, je prescris 2 litres de lait, le demi-quart d'aliments (laitage surtout), 100 grammes de viande crue. — Jusqu'au 12, pas de changement; les selles ne se modifient pas.

Du 12 au 21, je reviens au régime lacté exclusif; les selles sont au nombre de trois en moyenne, elles sont très liquides, boursouflées, parsemées de grumeaux verdâtres. Le poids continue à diminuer et tombe un moment jusqu'à $47^{k}500$. Le malade est dans le marasme le plus complet; il a de l'œdème de la face, du scrotum et un peu des membres inférieurs. *Tout fait craindre une terminaison fatale inévitable.*

C'est alors, le 21, que je prescris 6 cuillerées à café de poudre de *peptone* avec 2 litres de lait. Le 23 et le 24, trois selles liquides. Le 25, l'œdème des membres inférieurs a disparu, celui de la face et des bourses a diminué, le malade se sent mieux. Deux ou trois selles liquides jusqu'au 1er septembre; ce jour-là, selle pâteuse. Le lendemain, première selle moulée, et cet état doit définitivement persister.

Obs. VI. — T... (Pierre), quartier-maître à bord de l'*Austerlitz*, vingt-quatre ans, entré à la salle 11, le 18 mars 1882.

Le malade présente un facies terreux, de la décoloration des muqueuses, de l'amaigrissement; son poids, avec ses vêtements, est de 59 kilogrammes. Six selles par jour d'une liquidité extrême et présentant des grumeaux verdâtres.

Après huit jours d'une diète lactée rigoureuse, le malade raisonnable s'y soumettant volontiers, il n'y avait pas la plus légère amélioration. Le 26 mars, je donne pour toute prescription : 1 litre de lait et 6 cuillerées à café de poudre de *peptone*.

L'amendement se présente avec la plus grande rapidité. Le 30, le malade nous accuse lui-même un mieux très appréciable; depuis qu'il prend le médicament il sent ses forces lui revenir. Le 1er avril les selles deviennent pâteuses.

Le 10 avril, le malade nous dit spontanément *n'avoir jamais eu d'amélioration semblable depuis vingt-cinq mois*.

Le mieux s'accentue les jours suivants : la teinte terreuse de la face a presque entièrement disparu; les joues et les muqueuses se colorent.

Exeat le 18 mai, la guérison étant complète depuis longtemps; il pesait 77 kilogrammes.

Les autres cas sont plus ou moins semblables à ceux-ci et se trouvent résumés dans le tableau suivant :

*Comparaison des traitements par le lait et la peptone.*

| | Les selles pâteuses ont apparu au bout de : | Les selles moulées ont apparu au bout de : | RÉCIDIVES. |
|---|---|---|---|
| 12 malades, *très gravement atteints*, traités par la peptone. . . . . . | 8 jours. | 12 jours. | 2, soit 16,7 p. 100 |
| 45 individus, *moins atteints*, traités par la diète lactée. . . . . . | 13,7 — | 22 — | 29, soit 64,4 p. 100 |

Le régime lacté constitue une ressource bien précieuse, mais échoue souvent. Beaucoup se dégoûtent rapidement du lait, d'autres le tolèrent mal, d'autres le croient incapable de suffire à leur nutrition.

La peptone, dit M. Féris, ne présente aucun de ces inconvénients et j'ai obtenu, au bout de peu de jours, avec elle, ce qu'on n'acquiert souvent qu'après plusieurs mois avec le régime lacté. Nos malades les plus difficiles s'y sont accoutumés rapidement et d'autant plus volontiers qu'ils constataient eux-mêmes l'*augmentation des forces et du poids du corps*.

En la donnant dissoute dans du lait sucré, on a un aliment complet et très agréable. On peut remplacer le lait par du bouillon ou par un grog. Enfin, on peut, en prescrivant des lavements de peptone, laisser l'estomac et l'intestin grêle dans un repos absolu, tout en augmentant le poids du corps, ainsi qu'il résulte des succès obtenus chez l'homme par Daremberg et chez les animaux par Catillon (1).

En résumé, dit le savant professeur, sans contester l'action du lait, je conclus que la peptone est un moyen plus sûr et plus rapide dans les cas ordinaires et qu'elle peut être, dans les cas désespérés, considérée comme un médicament ou mieux comme un aliment véritablement héroïque. »

Ces faits ont une portée générale, car il s'agissait là de combattre la cachexie bien plus que la diarrhée. Nous avons cru utile de les rappeler au moment où, dans un but commercial, confondant à dessein l'injection intraveineuse avec l'ingestion stomacale, on ose imprimer, pour prôner les miracles de l'albumose, que la peptone est toxique et non nutritive. Les malades qui en vivent depuis vingt ans vont être surpris de l'apprendre.

Berthelot et Wurtz nous ont enseigné que peptone et albumose sont synonymes. A. C.

(1) DUJARDIN-BEAUMETZ. *Clinique thérapeutique*, t. Ier.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 février 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### LECTURE

M. DELORME donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie de médecine aux obsèques de M. Péan. (Voir le Premier-Paris.)

### RAPPORTS

**Varices.** — M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation adressée par M. Coustan (de Montpellier) et relative à un homme de vingt-neuf ans, à antécédents tuberculeux, réformé pour varicocèle et varices du membre inférieur gauche. Ces accidents augmentèrent rapidement et le malade constata que la partie antérieure du tronc, du creux épigastrique et du creux de l'aisselle aux aines, était sillonnée de dilatations variqueuses, les inférieures de très gros volume.

Ces énormes varices sont constituées surtout par les dilatations serpentines des sous-cutanées abdominales, puis par de gros troncs se portant vers l'aisselle, le creux épigastrique, enfin par des anastomoses nombreuses reliant entre elles les arborisations principales. La réplétion de la vessie augmente le volume des varices. Pas de lésion du cœur, du foie, pas de tumeur abdominale.

Dans ces conditions, M. Coustan pensa que le seul traitement à mettre en usage était la compression, le soutien, le relèvement des parties atteintes, de façon à faciliter la circulation veineuse sans gêner les mouvements respiratoires, sans nuire à la respiration cutanée. Ce but fut atteint par un appareil très primitif, formé d'une pièce de linge et appliqué par le malade lui-même, quitte à garnir les aines avec de l'ouate. Grâce à ce palliatif, le malade a pu reprendre ses occupations.

Quant à l'étiologie de ce cas, on ne saurait faire intervenir les causes mécaniques; l'auteur pense, avec raison, qu'il s'agit d'une angio-sclérose, conséquence de l'hérédité tuberculeuse, aggravée par l'alcoolisme et la syphilis.

**Nouveau traitement de la pelade.** — M. CHAUVEL donne lecture d'un rapport sur un traitement de la pelade préconisé par M. Arragon, médecin militaire. L'auteur recommande d'abord les pulvérisations d'éther, plus tard le mélange de chlorure d'éthyle et d'oxyde de méthyle contenu dans les tubes dits chloro-éthyleurs.

Sur la demande du rapporteur, M. Loison a repris ces essais et a constaté que dans les pelades récentes, vierges de tout traitement, la réfrigération avec le chloro-éthyleur donne les mêmes résultats que la cautérisation à l'acide acétique, et que, dans les pelades anciennes, la réfrigération échoue souvent, tout aussi bien que la cautérisation.

En résumé, cette méthode est bonne, dit M. Chauvel, mais elle a contre elle son prix élevé et le grand temps que son exécution exige.

### COMMUNICATION

**Pourquoi la face fœtale du placenta est-elle grenue?** — M. DELORE (de Lyon) fait une communication sur ce sujet.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SAIGNÉE, LES VOMITIFS ET LE VÉSICATOIRE

M. FERRAND entreprend de réhabiliter le vésicatoire qui est une médication naturelle, dont les exanthèmes cutanés sont le type, comme les hémorragies sont le type de la saignée, et le vomissement spontané est le type de la médication émétique.

C'est une mauvaise tendance celle qui s'attaque aux abus du vésicatoire pour en condamner l'usage, et, dans l'usage si fréquent que l'on fait de ce moyen, les abus sont faciles : il ne faut que les réprimer.

L'indication du vésicatoire est flagrante dans les altérations diacritiques des maladies; les simples rubéfiants y sont insuffisants.

Les dangers du vésicatoire sont de tenir une plaie ouverte à la surface du corps ; mais un vésicatoire bien conduit n'est pas une plaie, et de simples mesures aseptiques suffisent à prévenir la plaie ou à la guérir, si un accident la détermine.

La douleur du vésicatoire peut être évitée. La dépression générale qui l'accompagne a son utilité passagère et peut facilement disparaître.

Les altérations vasculaires que produit la cantharide ne sont pas dangereuses par elles-mêmes, elles ont pu servir au traitement de certaines maladies (Liebrech).

Les altérations rénales vont de la diurèse simple jusqu'à la néphrite ; parties des vaisseaux elles s'étendent successivement jusqu'aux glomérules (Cornil), de telle sorte que la cantharide, absolument contre-indiquée par la néphrite interstitielle, peut être utile dans la néphrite parenchymateuse (Cruveilhier, Sée, Lancereaux). Enfin, on peut éviter cette influence en limitant la durée d'application, l'étendue et la fréquence des vésicatoires.

Les indications du vésicatoire varient selon le siège, la forme et la nature de la maladie ; l'indication maîtresse est dans la forme diacritique des séreuses surtout, des muqueuses (catarrhe) et de l'atmosphère cutanée. Les contre-indications relèvent des accidents ci-dessus rapportés.

Le vésicatoire agit sur l'activité nutritive pour la relever, ainsi qu'en témoigne la note de M. Robin, il produit aussi une hyperleucocytose véritable, ainsi qu'en témoignent les travaux de Liebrech, de Winternitz, de Maurel ; il n'est donc pas contre indiqué, même dans tous les cas d'infection ; il agit aussi sur l'activité fonctionnelle, mais pour la modérer, c'est par là qu'il calme les spasmes, dilate la pupille et parfois menace de lipothymie. Cette double action en sens inverse, pour ainsi dire, c'est le contro-stimulisme de l'École italienne, dont le vésicatoire est un des meilleurs agents.

Les faits qu'on oppose sont ou interprétés faussement, ou attribuables à l'incurie du pansement, ou à la méconnaissance des contre-indications, ou enfin à l'abus d'un moyen qui est utile quand il est opportunément employé.

Et c'est ainsi que la physiologie et la clinique se rencontrent, pour nous engager à conserver cet agent, qu'on a mal à propos qualifié de barbare, mais qui ne demande que du soin et de la sagacité.

M. HUCHARD, après avoir résumé les différents points de l'argumentation de M. Robin, déclare que la saignée avait besoin d'être réhabilitée. Il a, pour sa part, fortement contribué à cette réhabilitation. Quant au vomitif, il n'avait pas besoin d'être réhabilité, il n'a jamais été abandonné. Comme l'a très bien dit M. Robin, ce sont là, non seulement des antiseptiques, mais aussi des ventilateurs. La médecine, dit M. Huchard, a eu sa guerre de cent ans et il n'était pas dans l'intention de M. Robin de nous ramener à l'antimoine.

Arrivant au vésicatoire, M. Huchard en fait l'historique complet. Il rappelle que la grandeur du vésicatoire est arrivée avec Sydenham. Stohl, après lui, déclarait qu'il agissait, non seulement par suppuration, mais aussi par excitation. Après cette période de grandeur, le vésicatoire devient l'objet d'attaques sérieuses. Puis il passe par une nouvelle période de faveur et M. Huchard suit ainsi les diverses étapes parcourues par le vésicatoire jusqu'à l'époque, plus récente, où il trouve d'ardents défenseurs avec Bouillaud, Velpeau, Pidoux, Grisolles, et, plus récemment encore, Peter. C'était alors le triomphe du vésicatoire dont tous les hippocratiques, vésicatoriens, comme les appelle M. Huchard, affirmaient les bienfaits. Mais Gallien veillait et M. Huchard, après avoir passé en revue tous les partisans du vésicatoire, énumère maintenant tous ses détracteurs, depuis Van Swieten jusqu'à Louis, Chauvel, Rostan, Rilliet et Barthez, Trousseau. Il rappelle, en passant, les fameuses discussions sur le séton et le vésicatoire, la célèbre discussion qui eut lieu en 1855 et 1856 à l'Académie de médecine et à laquelle prirent part Bouvier, Malgaigne, etc. Si le séton et le vésicatoire permanent ont succombé, les vésicatoires dits volants ont survécu et M. Huchard passe ici à l'étude des faits et, dans la prochaine séance, étudiera les contre-indications du vésicatoire.

LECTURE

**146 cas de chirurgie de l'estomac.** — M. DOYEN (de Reims) fait une communication sur ce sujet.

La séance est levée.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 14 AU 19 FÉVRIER 1898)

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 16 FÉVRIER**, à une heure. — M. LENOBLE. Étude clinique du sang. Caractères séméiologiques du caillot et du sérum (MM. Hayem, président ; Pouchet, Netter et André). — M. MAHU. Le phosphorisme dans les manufactures d'allumettes ; hygiène ; prophylaxie (MM. Pouchet, président ; Hayem, Netter et André). — M. TAVERA. Du traitement des ankyloses vicieuses de la hanche et, en particulier, de l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique (MM. Tillaux, président ; Marchand, Varnier et Broca). — M. COUPU. Contribution à l'étude de l'uterus globularis bipartitus au point de vue obstétrical (MM. Pinard, président ; Marchand, Varnier et Broca).

**JEUDI 17 FÉVRIER**, à une heure. — M. AUDIGANNE. Recherches urologiques dans la tuberculose (MM. Dieulafoy, président ; Raymond, Gilbert et Roger). — M. DAUPHIN. Les causes d'ordre général dans l'étiologie de la paralysie faciale périphérique (MM. Raymond, président ; Dieulafoy, Gilbert et Roger). — M. PIGOT. Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme ; — M. SCHACHMANN. Le thrombus du vagin chez les femmes enceintes (MM. Berger, président ; Hutinel, Maygrier et Hallopeau). — M. CH. LÉVI. Étude anatomo-pathologique et expérimentale de la tuberculose péritonéale (MM. Hutinel, président ; Berger, Maygrier et Hallopeau). — M. LAURENT. Contribution à l'étude de la pleurésie sèche bilatérale dans la grippe ; — M. AMAR. De l'opium chez les diabétiques ; — Mlle VOLPER. Troubles trophiques dans la lèpre (MM. Debove, président ; Chantemesse, Marie et Charrin).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Séance du 7 février :

Questions posées à l'oral : Nerf cubital à l'avant-bras et à la main. — Antrax.

MM. Géraudel, 16 + 26 = 42. — Féronelle, 15 + 24 = 39. — Alglave, 12 1/2 + 26 = 38 1/2. — Degorce (A.), 13 + 25 = 38. — Levesque, 14 1/2 + 23 = 37 1/2. — Katz, 15 + 22 = 37. — Kahn, 12 + 23 = 35. — Godineau, 14 1/2 + 20 = 34 1/2. — Sébilleau, 13 + 20 = 33. — Leh, 12 + 18 = 30.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 février 1898, la chaire de médecine légale et toxicologie de la Faculté de l'université de Montpellier est déclarée vacante.

— Les élèves de M. Hirtz ont eu la pensée de lui offrir un souvenir à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur. — Adresser les cotisations à M. Bernheim, interne à Laënnec, ou à M. Lesné, interne aux Enfants-Assistés.

— Le 18 février, chez Marguery, à sept heures et demie, un banquet sera offert au docteur Marchand, promu chevalier de la Légion d'honneur. Le banquet sera présidé par M. le professeur Potain. Les adhésions et les cotisations, fixées à 20 francs, doivent être adressées à MM. Zeimet et Couvelaire, internes à l'hôpital Boucicaut, rue de la Convention.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 18. — SAMEDI 12 FÉVRIER 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 12 FÉVRIER 1898. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### Les diverses théories sur la nature et la pathogénie du zona (1).

Par M. Grosjean, interne des hôpitaux.

III

Pathogénie. — D'après l'exposé des théories précédentes, on voit que la lésion essentielle du zona est loin d'être connue avec précision dans son siège et dans sa nature. Il est un autre point de la pathogénie de cette affection qui a aussi suscité bien des théories, c'est celui qui consiste à montrer par quel mécanisme la lésion nerveuse essentielle du zona retentit sur la peau ; en d'autres termes, quel est le lien qui unit la lésion nerveuse, spinale ou ganglionnaire, à l'éruption cutanée. Nous trouvons encore à ce sujet plusieurs hypothèses.

1° *Théorie des nerfs trophiques.* — Après les recherches de Snellen, Romberg, Charcot, Brown-Séquard, etc., sur le retentissement cutané de certaines lésions du système nerveux, Samuel (2) était amené à la suite d'une expérience à admettre l'existence de nerfs trophiques destinés à régler la nutrition des tissus. L'expérience de Samuel consistait essentiellement à faradiser le ganglion de Gasser d'un lapin à l'aide de deux aiguilles qui le pénétraient : il en résultait rapidement des troubles trophiques et sensitifs du côté de l'œil. L'auteur en concluait que les nerfs spéciaux, les nerfs trophiques, qu'il avait décrits, étaient irrités, d'où les troubles de la nutrition du côté de l'œil où aboutissaient ces nerfs trophiques.

Appliquant sa théorie au zona, il prétend que, dans cette affection, il y a irritation des nerfs trophiques et que cette irritation est transmise à la peau où se terminent ces nerfs, amenant ainsi le développement des éléments caractéristiques du zona.

Cette théorie n'a pas été longtemps en faveur auprès des physiologistes. Vulpian (1) démontra que l'expérience de Samuel n'était pas concluante. De plus, il n'admit pas l'existence de ces nerfs trophiques et, jusqu'à ce jour, on adopte les conclusions de Vulpian, rejetant l'existence des nerfs spéciaux décrits par Samuel.

2° *Théorie des nerfs vaso-moteurs.* — Quelques auteurs ont voulu rattacher l'éruption de zona à un trouble fonctionnel des fibres vaso-motrices qui accompagnent les nerfs sensitifs dans leurs terminaisons périphériques.

Pour les uns, il y aurait paralysie des fibres vaso-motrices destinées à la peau. Cette paralysie serait suivie d'une hyperhémie de la peau qui est le premier stade de l'éruption zostérienne. C'était encore là une vue de l'esprit que l'on ne saurait admettre : en effet, cette congestion de la peau n'est pas toujours, il s'en faut bien, le premier stade du zona. Parroud (2) a cité des cas où la paralysie des fibres vaso-motrices de la face dura des années, sans que la nutrition fût altérée. Charcot (3) dit au sujet de cette théorie que l'hyperhémie neuro-paralytique, quelque loin qu'elle soit poussée, n'est jamais suffisante pour expliquer à elle seule une altération dans la nutrition des tissus. Cl. Bernard a démontré que l'ablation du ganglion cervical supérieur retardait, en amenant une suractivité circulatoire, les désordres oculaires qui suivent habituellement la section du trijumeau.

Si la paralysie des vaso-moteurs ne peut expliquer l'éruption zostérienne, leur irritation ne saurait l'expliquer davantage. Cette irritation doit théoriquement amener un resserrement des vaisseaux, dont les parois sont innervées par les nerfs irrités. Ce resserrement devrait se traduire par une pâleur de la peau qui fait défaut dans les éruptions zostériennes.

3° *Théorie des fibres motrices sympathiques* (4). — Certaines observations tendraient à faire admettre l'influence de ces fibres sympathiques sur les altérations de sécrétion des glandes de la peau et sur la nutrition des poils. C'est ainsi qu'on a vu une croissance exagérée de la chevelure à la suite de névralgie traumatique. Des faits de ce genre sont cités par Pouteau et Larrey. Hamilton rapporte un cas sin-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 133.
(2) Samuel. *Die Trophischen Nerven*, Leipzig, 1866, p. 61.

(1) Vulpian. Loc. cit., t. II, p. 374.
(2) Parroud. *Mém. de la Soc. des sc. méd.*, Lyon 1866.
(3) Charcot. Loc. cit.
(4) Maupetit. Loc. cit., p. 22.

gulier : un bras se couvrit de poils très abondants après un coup de lancette.

On se demande comment à la suite de faits aussi peu précis on a pu formuler une théorie du zona par altérations de ces fibres sympathiques.

4° *Théorie des nerfs sensitifs.* — Les fibres sensitives peuvent être irritées et leur irritation peut se propager jusqu'à leur extrémité périphérique intracutanée. Partant de ce fait, dit Charcot (1), il est possible de supposer que les irritations pathologiques développées sur un nerf sensitif, soit à son origine, soit sur un point de son trajet, retentissent par voie centrifuge jusqu'à l'extrémité terminale des filets nerveux et là y provoquent un travail d'irritation qui amène le développement d'éruptions pemphygoïdes ou bulleuses.

Dans ce cas, la lésion se transmettrait-elle par une névrite interstitielle ou par une simple irritation des tubes nerveux, sans altération de leur tissu? Les deux opinions étaient soutenues.

5° *Théorie de l'action trophique des nerfs sensitifs.* — Une autre hypothèse suppose que le zona résulte d'une influence trophique des nerfs sensitifs sur la peau. On peut, en effet, supposer que, dans certaines conditions traumatiques ou morbides, un nombre plus ou moins considérable de tubes nerveux s'altèrent jusqu'à leur extrémité périphérique. L'influence trophique des centres nerveux venant à cesser ou à s'affaiblir dans la région de la peau qui est mise en relation avec ces centres par les tubes nerveux altérés, des troubles nutritifs peuvent prendre naissance dans ces régions.

On voit en somme que le retentissement cutané de la lésion centrale du zona a été expliqué soit par un trouble dans le fonctionnement physiologique des nerfs, soit par une altération anatomique de ces nerfs, une névrite plus ou moins accentuée. Il est bien probable que la seconde hypothèse est la plus vraisemblable, car l'altération était patente dans un assez grand nombre de cas où l'autopsie a été faite, cas que nous avons rapportés ci-dessus. Il semble donc bien, malgré les nombreuses théories émises à ce sujet et que nous venons d'esquisser, que le trait d'union entre la lésion centrale et l'éruption soit une altération des nerfs. Cette altération n'a été étudiée que dans bien peu de cas, jusqu'à ce jour ; elle peut porter soit sur tout le nerf, soit seulement sur quelques-unes de ses fibres. Les lésions observées dans les nerfs sont celles de la névrite périphérique.

## IV

Origine et nature du zona. — *Théorie infectieuse.* — La théorie infectieuse du zona a été, pour la première fois, nettement formulée par M. Landouzy (2) dans une leçon intitulée : Fièvre zoster et exanthèmes zostériformes.

Il faut dire pourtant que quelques auteurs, avant M. Landouzy, avaient, quoique d'une façon très vague, émis l'hypothèse que le zona pourrait bien être contagieux. C'est ainsi qu'au XVIIIe siècle nous voyons Lorry et Hoffmann comparer le zona à un érysipèle chronique et déclarer qu'il est contagieux.

(1) Charcot. Loc. cit., p. 136.
(2) Landouzy. *Semaine méd.*, 20 sept. 1883.

Borsieri, un peu plus tard, en fait une fièvre éruptive.

Trousseau (1) émet également l'hypothèse de la contagiosité de cette affection : « Je ne suis pas sûr, dit-il, que le zona ne soit pas quelquefois contagieux comme l'est l'érysipèle de la face. Le 20 août 1862, j'étais appelé auprès d'une malade atteinte de ramollissement cérébral. Cette malade avait eu, six semaines auparavant, un zona fort douloureux qui avait occupé l'un des côtés de la poitrine. Son fils, qui lui donnait des soins et qui était lui-même âgé de trente ans, avait été pris de zona au moment où sa mère entrait en convalescence. »

Il faut mentionner encore : M. Fischer (de Root) qui communiquait le 25 décembre 1875, à la Société médicale de la Suisse centrale, l'histoire d'une petite épidémie de zona ayant atteint six personnes en cinquante jours.

Le docteur Douaud (de Bordeaux) avait entrepris une série d'expériences sur lui-même, tendant à prouver l'inoculabilité de l'herpès. Dans trois expériences, il réussit deux fois à produire à son avant-bras des vésicules d'herpès avec auréole inflammatoire. Cette expérience n'a plus de valeur actuellement, mais on peut y voir une tendance à rechercher la contagiosité du zona.

Il en est de même des expériences de M. Fabre (2) : ce dernier avait essayé d'inoculer le zona à des chiens, mais ses tentatives restaient sans succès.

Il n'y avait donc rien de précis à propos de l'infectiosité du zona avant la leçon du professeur Landouzy, c'est bien à lui que revient l'honneur d'avoir formulé cette théorie en donnant à l'appui de sa conception des preuves très sérieuses.

Dans sa leçon, il arrive aux conclusions suivantes :

« 1° Il faut distinguer la fièvre zoster des éruptions zostériformes, il y a entre ces deux affections toute la différence qui distingue une maladie d'un symptôme.

2° Le zoster, maladie aiguë, presque cyclique, infectieuse, conférant l'immunité, est une maladie générale à détermination circonscrite sur le système nerveux (c'est une névropathie infectieuse) et à expression cutanée dystrophique secondaire.

3° Il y a le zoster maladie générale, comme il y a la scarlatine. Il y a une fièvre zoster, comme il y a une fièvre scarlatine, et des éruptions zostériformes, comme il y a des érythèmes scarlatiniformes, comme il y a une fièvre parotidienne et des parotidites. »

M. Landouzy appuyait sa théorie sur trois ordres de faits : l'immunité que confère une première atteinte de zona, la fièvre qui accompagne cette affection, et enfin le caractère épidémique de l'affection.

Il est généralement admis par les auteurs que le zona ne récidive pas. M. Hardy (3), qui cependant ne voyait dans le zona qu'une affection cutanée accidentelle, à laquelle l'existence d'une névralgie compliquant l'éruption donne un caractère spécial, mais qui ne peut être rangée ici dans la classe des fièvres ni dans la classe des névralgies — M. Hardy, disons-nous, admettait que le zona ne récidive pas. « S'il réapparaît, dit-il, c'est exceptionnellement, car je n'ai guère vu en tout que deux ou trois récidives. » Cette opinion de MM. Hardy, Besnier, Landouzy est généralement admise par les auteurs. Il faut dire, cependant, que depuis quelque

(1) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 269.
(2) Fabre. *Le zona*, 1882, p. 210.
(3) Hardy. *Gaz. des hôpit.*, 1876, p. 819 et 827.

temps l'attention a été particulièrement appelée sur les récidives du zona.

C'est ainsi que M. Matignon (1) communiquait à la Société médicale des hôpitaux, en 1894, le cas d'un jeune soldat qui était sujet, depuis son enfance, à de véritables attaques de zona ophtalmique, et chaque attaque s'annonçait par de la fièvre et des phénomènes généraux. A l'occasion de cette observation, il notait 17 cas de zona récidivant, qu'il avait pu réunir dans ses recherches bibliographiques.

M. Grindon (2), dans un travail plus récent, vient de réunir 61 cas de récidives, il les range dans les catégories suivantes :

1° Zona chronique ordinairement limité à un côté (8 cas).

2° Zona récidivant plusieurs fois ou fréquemment : *a.* récidives fréquentes au même siège (23 cas); *b.* plusieurs récidives à des sièges différents (4 cas); *c.* plusieurs récidives à la même place, puis en des points différents (1 cas); *d.* plusieurs récidives sans indications précises du siège (2 cas).

3° Simples rechutes : *a.* au même siège (3 cas); *b.* à distance (4 cas); *c.* à des sièges non désignés (9 cas).

4° Zona gangréneux récidivant, atypique hystérique (4 cas).

Ces cas de récidive ne sauraient être concluants et démontrer qu'une première atteinte de zona ne confère pas l'immunité. Ces exemples de zona récidivant se rapportaient peut-être à de simples éruptions zostériformes. L'auteur, en effet, reconnaît que dans ces 61 cas il n'y en a peut-être que 6 se rapportant au zona véritable. Or, M. Landouzy admet parfaitement la récidive des éruptions zostériformes; pour se maintenir au terme de comparaison qu'il a indiqué, la scarlatine ne récidive pas, mais il n'est pas rare de voir récidiver les érythèmes scarlatiniformes. Le même rapport existe entre le zona et les éruptions zostériformes. Du reste, il serait démontré que le zona véritable récidive qu'on ne pourrait pas en conclure à la nature non infectieuse de cette éruption. Ne voit-on pas les autres fièvres éruptives récidiver parfois?

Le second argument de M. Landouzy est tiré de l'existence de la fièvre. Il fait remarquer avec raison que, « sous prétexte que cette fièvre est peu de chose, on ne compte pas avec elle; cela, il est vrai, est sans conséquences pratiques, mais cela n'est point sans portée doctrinale. » Actuellement, tous les auteurs reconnaissent l'existence de la fièvre et des phénomènes généraux au début du zona.

La troisième raison donnée par Landouzy à l'appui de sa doctrine est tirée des cas de contagion du zona. M. Landouzy, Erb, Trousseau en ont rapporté des exemples; il en a surgi de nouveaux sur lesquels nous reviendrons. De plus, il est un fait bien connu depuis longtemps à l'école de Saint-Louis, c'est qu'un cas de zona ne survient jamais seul, on sait que cette affection se montre par séries à des mois déterminés, le zona subissant, pour ainsi dire, des influences saisonnières.

Telle est, résumée brièvement, la théorie de M. Landouzy. Depuis, elle a été soutenue par une foule d'auteurs qui l'ont acceptée avec ou sans restriction. Parmi les travaux qu'elle a suscités citons :

Les thèses de Boulanger (3), Debray (4), Baldet (5). Les travaux de MM. Letulle, Legroux, Barthélemy, Kaposi, Wassilewski, Féré, Luca, etc.

Dreyfous (1), tout en adoptant la théorie infectieuse, cherche à montrer le rôle de l'hérédité nerveuse dans la pathogénie du zona. La parenté du zona avec les affections du système nerveux est démontrée par un grand nombre de faits : coïncidence du zona et des névralgies, des paralysies, des atrophies musculaires, etc. La notion de l'hérédité nerveuse devient un échelon de plus apporté à l'origine névropathique du zona, et Dreyfous rapporte plusieurs observations où l'hérédité névropathique est parfaitement établie. Cette notion n'est pas en contradiction avec la théorie infectieuse, l'hérédité nerveuse prépare le terrain sur lequel évoluera le germe qui doit produire le zona.

Quelque temps avant le travail de Dreyfous, M. Letulle (2) publiait quelques remarques à propos de l'étiologie du zona. Voici ses conclusions :

« Si le terrain neuro-arthritique est le terrain par excellence du zona, il n'en est pas moins vrai que l'origine et la nature même de l'herpès zoster, pour un certain groupe de faits au moins, semblent bien se résumer en la notion d'une maladie infectieuse. J'en conclus que, dans l'étiologie du zona, à côté des diverses intoxications, il faut placer plusieurs maladies infectieuses aiguës ou chroniques. Ces zonas d'origine infectieuse seraient, par conséquent, secondaires à l'évolution de germes pathogènes capables de troubler la nutrition des divers éléments constitutifs du système nerveux. Si l'on accepte cette notion, l'infection zostérienne primitive dans les cas si remarquablement décrits par Landouzy serait, pour les faits semblables à ceux que je rapporte, secondaire à une maladie infectieuse bien déterminée. Il ne resterait plus qu'à déterminer le mode d'action des germes infectieux ou des poisons sécrétés par eux et les lésions matérielles qu'ils produisent sur les nerfs, les ganglions nerveux ou les centres bulbo-protubérantiels. »

On voit donc avec ces auteurs la théorie infectieuse s'élargir encore; avec Dreyfous on a des notions du terrain sur lequel évolue l'infection; avec M. Letulle naît cette nouvelle théorie sur laquelle nous reviendrons, théorie d'un zona secondaire, dans certains cas, à une maladie infectieuse déterminée et produit, soit par le germe de cette maladie, soit par les toxines sécrétées par ce germe.

La théorie infectieuse du zona s'est encore enrichie, dans ces dernières années, d'un certain nombre de faits que nous allons résumer.

Ce sont d'abord les observations d'adénopathies zostériennes, publiées par M. Barthélemy (3). Dans deux observations, l'auteur a montré le zona accompagné d'adénopathie, laquelle apparut avant la maladie, eut une marche concomitante et une disparition coïncidant avec celle de l'herpès zoster. Il semble qu'il y ait dans ces faits — qui ont été depuis observés par nombre de cliniciens — la preuve de l'invasion de l'organisme par un agent infectieux, non seulement dans le nerf malade, mais aussi dans le système lymphatique correspondant. Pourtant il faut se demander s'il ne s'agit pas là d'adénopathies résultant d'infections secondaires ayant leur porte d'entrée au niveau des vésicules de l'éruption.

(1) Matignon. Soc. méd. des hôpit., 2 fév. 1894.
(2) Grindon. *Journ. of cut. and gen.-urin. diseases*, mai et juin 1895, p. 191 et 252 (anal. de M. Thibierge, *Rev. de neurol.*, 1895, p. 659).
(3) Boulanger. *Zona infectieux*, Th. de Paris, 1884.
(4) Debray. *Pathogénie du zona*, Th. de Paris, 1894.
(5) Baldet. *Zona épidémique et contagieux*, Th. de Paris, 1895.

(1) Dreyfous. *France méd.*, 7 fév. 1889.
(2) Letulle. *France méd.*, 19 janv. 1889.
(3) Barthélemy. De l'acnitis, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1891, p. 1, et communic. à la Soc. franç. de dermat. et syphil., 12 nov. 1891.

Citons également à l'appui de la théorie infectieuse des cas où le zona a semblé revêtir un caractère épidémique ou contagieux.

M. Féré (1) a relaté dans la *Revue de médecine*, en mai 1890, l'histoire de 4 cas de zona épidémique survenus à Bicêtre.

Gauthier [de Lyon (2)] rapporte l'histoire d'une autre épidémie de zona, observée par lui en 1889.

Weiss (3) a eu à soigner, à la clinique de Prague, 15 cas de zoster en l'espace de deux mois, lorsque dans le courant de l'année et des années précédentes, il n'en voyait que 2 ou 3 cas au plus. Cet auteur dit à ce sujet : « Ces faits ébranlent manifestement la théorie purement neurotique du zoster, et on peut se demander si le refroidissement, qui est signalé dans la plupart des cas, ne favorise pas l'action ou la pénétration d'un agent infectieux. »

Kaposi (4), de novembre 1888 à février 1889, a observé 40 cas de zona. Il a remarqué que les épidémies variaient de gravité comme dans les autres maladies infectieuses; il en conclut que le zona est une infection générale portant son action sur les ganglions nerveux et déterminant secondairement une éruption cutanée.

Baldet (5) a étudié dans sa thèse une épidémie de zoster qu'il avait eu occasion de constater dans le cours de ses études. L'auteur, en 1892, a observé 5 cas de fièvre zostérienne en quinze jours; en 1893 il en constate 7 cas dans le même laps de temps.

On pourrait multiplier les observations tendant à montrer la nature épidémique de l'affection qui nous occupe. C'est ainsi que Geoffroy, en 1778, relatait déjà à la Société royale de médecine une épidémie de zona.

Simon, dans sa thèse (en 1840), cite une autre observation qu'il a recueillie à l'hôpital Saint-Louis.

Bazin dit que le zona est un pseudo-exanthème épidémique (6).

Enfin, d'autres épidémies sont relatées par Rohé, Néligan, Tilbury Fox, Zimmerlin, Pfeiffer (7).

Les cas de contagion ont été signalés presque aussi souvent que les épidémies.

Nous avons rapporté l'observation de Trousseau. Disons que Erb et le professeur Landouzy admettent la contagiosité de l'infection zostérienne.

M. Besnier (8) rapporte qu'un de ses élèves, en examinant un zona ophtalmique, contracta lui-même cette affection qui fut suivie d'une paralysie faciale grave.

Debray (9), dans son observation XII, cite le cas d'un individu, garçon de ferme, forcé de quitter son travail pour un zona. Son successeur prend possession de son lit et huit jours après il présentait un zona thoracique nettement défini.

On connaît également la curieuse histoire, rapportée par G. Walther (10), de trois étudiants qui viennent successivement occuper la même chambre et qui tous les trois contractent un zona.

Enfin, signalons, pour terminer cette énumération, le cas rapporté par Hagopoff (1). Un malade entre à l'hôpital porteur d'un zona; une semaine et demie avant son départ, son voisin de lit, qui était à l'hôpital depuis plus de trois ans, présentait lui-même une éruption zostérienne.

Nous devons encore mentionner, en faveur de la théorie infectieuse, une série de recherches entreprises par Luca (2). Cet auteur a fait trente expériences dans le but de reproduire le zona à des lapins, par irritation directe ou réflexe d'un nerf. Jamais il n'a réussi à provoquer d'altération cutanée rappelant même de loin le zona. Il en conclut que la névrite à elle seule est insuffisante à reproduire cette affection. Nous avons rapporté ces dernières expériences pour mémoire, mais il est évident qu'elles n'ont pas grande importance, car rien ne prouve que le lapin soit susceptible de contracter la fièvre zostérienne, même quand il se trouverait dans les conditions qui déterminent cette affection chez l'homme; de plus, la lésion anatomique caractéristique du zona n'étant pas connue d'une façon parfaite, il est impossible de savoir si ces expériences ont une valeur scientifique.

Il est à remarquer, d'ailleurs, que la théorie infectieuse du zona est parfaitement conciliable avec l'hypothèse de lésions nerveuses, ganglionnaires ou spinales. Le microbe agirait, soit directement, soit par les toxines qu'il sécrète sur les éléments nerveux, il altérerait ces éléments et l'éruption cutanée serait le résultat de cette altération.

Depuis qelques années, on a cherché à préciser la nature de l'infection qui produit le zona. On s'est demandé si cette affection résultait de l'action d'un agent spécifique, ou si elle n'était que la localisation secondaire de processus infectieux multiples.

Les travaux tendant à démontrer que le zona était produit par un agent spécifique sont peu nombreux et peu précis.

Pfeiffer le premier décrit un protozoaire qu'il a rencontré dans la peau des sujets atteints de zona, au niveau de l'éruption.

Vassilewski (3), publiant le résultat de l'enquête de la Société générale des médecins de Thuringe sur la nature du zona, arrive à cette conclusion que c'est une affection contagieuse; de plus, il dit avoir retrouvé le protozoaire décrit par Pfeiffer. Il l'a observé dans les cellules épithéliales du corps papillaire; mais ce protozoaire n'a pu être cultivé ni isolé; il n'y a donc là qu'une pure hypothèse.

Colombini (4) rapporte un cas de zoster généralisé à la peau et à certaines muqueuses; considérant la nature infectieuse du zona et son existence fréquente au cours de la malaria, l'auteur est disposé à croire que le plasmodium malariæ peut se localiser dans les nerfs et amener ainsi l'éruption zostérienne.

Vinfield (5) a publié une observation avec examen du sang démontrant, dit l'auteur, l'origine paludique du zona.

(1) Féré. Loc. cit.
(2) Gauthier. Zona épidémique, *Lyon méd.*, 1er déc. 1889.
(3) Weiss. Zona épidémique, *Arch. f. Dermat.*, 1889, t. XXII, p. 4 et 5.
(4) Kaposi. Nature infectieuse du zona, *Berlin. klin. Wochens.*, 1er juillet 1889; — Une épidémie de zona, communic. au Congr. de Prague, 1890.
(5) Baldet. Loc. cit.
(6) Debray. Loc. cit.
(7) Berbez. Loc. cit.
(8) Besnier. In Th. Debray.
(9) Debray. Loc. cit.
(10) Walther. Cité par Hagopoff.

(1) Hagopoff. *Gaz. méd. de Paris*, 15 déc. 1894.
(2) Luca. *Sicilia medica*, 1890, no 3, p. 201.
(3) Vassilewski. *Résultat de l'enquête de la Société générale des médecins de Thuringe*, Iéna 1892.
(4) Colombini. *Giorn. Ital. delle mal. vener.*, in *Rev. des sc. méd.*, 1894, p. 194 (Balzer).
(5) Vinfield. *Med. Record*, 16 fév. 1895, p. 216.

D'autres recherches ont été entreprises sur la bactériologie de cette affection :

Voldettaro (1) a fait quelques expériences à propos d'un zona dont certains éléments étaient suppurés, tandis que d'autres ne l'étaient pas. Les cultures et inoculations aux lapins d'éléments non suppurés ont été constamment négatives. Les pustules, au contraire, renfermaient des staphylocoques. L'auteur en conclut que la suppuration des éléments est indépendante du processus zostérien.

La bactériologie du zona ne compte donc pas un fait précis : on ne peut pas dire que ce soit une infection spécifique, aucune preuve scientifique n'étant donnée à ce sujet.

On voit que la théorie infectieuse est en somme basée sur une série de faits très sérieux et qu'elle peut admirablement expliquer certains cas de zonas, ceux précisément que M. Landouzy désigne sous le nom de fièvre zostérienne.

Il resterait à expliquer les éruptions zostériformes. On peut leur reconnaître diverses causes. Toutes ces éruptions auraient pour base anatomique une lésion du système nerveux, mais cette lésion résulterait de divers processus.

Dans un premier groupe de faits, cette lésion serait due à un traumatisme ; nous avons rapporté plusieurs observations qui indiquent nettement la possibilité d'une éruption zostérienne à la suite d'une blessure ou d'une compression nerveuse.

Dans un second groupe de faits, la lésion serait le résultat d'une intoxication.

On sait, en effet, que Leudet a décrit des éruptions zostériformes dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. Le plomb (Lomier), l'arsenic ont été également incriminés.

Enfin, dans un troisième groupe de faits très intéressants, il semble que le zoster soit secondaire à d'autres processus infectieux et, dans ces cas, comme nous allons le voir, on a pensé que les toxines résultant de ces infections agissaient sur le système nerveux et y provoquaient la lésion ou l'irritation nécessaire à la production d'une éruption de zona.

Nous voulons parler des cas observés au cours de certaines maladies chroniques ou aiguës. C'est ainsi que depuis longtemps on a appelé l'attention sur le zona survenant au cours de la tuberculose pulmonaire. Leroux (2) l'a étudié dans sa thèse en 1888 et Leudet (3), Barié (4) ont contribué à son étude. M. Rendu (5) a fait sur ce sujet une intéressante clinique en 1894.

M. Rendu, après avoir montré combien il est fréquent de constater de la névrite au cours de la tuberculose, pense que souvent l'éruption zostérienne est le résultat de cette névrite. Pourtant, il est des cas où le zona apparaît au début de la tuberculose et il semble qu'il faille alors incriminer les toxines sécrétées par les bacilles de Koch.

M. Letulle (6) a publié également deux observations de zona au cours de la syphilis et il considère cette affection comme constituant un terrain favorable à la culture des éruptions zostériennes.

M. Letulle rapporte encore dans son mémoire deux cas de grippe, un cas de scarlatine chez un tuberculeux et deux cas d'infection puerpérale au cours desquels il a observé des zonas.

Adenot rapporte, dans la *Revue de médecine*, une observation de rougeole au cours de laquelle on a noté une éruption zostérienne. Enfin cette même affection a été décrite dans la fièvre typhoïde, la varicelle (Bokai), la grippe (Huchard) ; on l'a rencontrée trois fois au cours de la pneumonie (Heusinger 1878, Schoffer 1889, Giraudeau 1897).

M. Giraudeau (1), à qui nous empruntons cette énumération, a publié au début de cette année une clinique consacrée à l'étude du zona dans la convalescence de la pneumonie ; il admet que ces cas sont dus à l'action des toxines sur les centres nerveux. . . . . . . .

. . . . .

. . . V

CONCLUSIONS.— De l'exposé de ces diverses théories, on ne saurait tirer des conclusions très précises.

On peut admettre comme démontré que toutes les éruptions du zona sont sous la dépendance d'une lésion du système nerveux. Quant au siège de cette lésion, il est loin d'être connu d'une façon précise. Dans les autopsies qui ont été faites, on a le plus souvent noté des altérations des ganglions spinaux ; mais nous avons vu que d'une part le plus grand nombre de ces autopsies étaient incomplètes. Les nerfs périphériques et l'axe encéphalo-médullaire n'ont pas été examinés d'une façon systématique ; d'autre part, nous savons que l'on a donné de bonnes raisons, théoriques il est vrai, en faveur d'une base anatomique siégeant dans la moelle.

Il faut donc attendre des observations plus précises pour fixer le siège de la lésion que provoque le zona.

Il en est de même de la nature de cette affection. Le zona peut n'être qu'un symptôme commun à une foule d'infections ; dans bien des cas, il semble qu'on puisse le considérer comme une maladie infectieuse sous la dépendance d'un organisme spécial, mais on n'a aucune donnée sur cet agent pathogène. Enfin nous avons vu que d'autres fois le zona pouvait apparaître comme résultat d'une toxi-infection ou d'une intoxication. Il faut donc conclure que la nature du zona est loin d'être établie d'une façon précise.

---

## TRAITEMENT DE L'HÉMOPTYSIE

Voici les conclusions d'un travail de M. Capitan, publié dans la *Médecine moderne* :

Comme conclusion à cet exposé général, nous indiquerons très succinctement la conduite que nous conseillons de tenir lorsqu'on a à traiter un cas d'hémoptysie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet qui vomit du sang, il faut d'abord faire un premier diagnostic, celui de l'origine du sang. — Est-ce bien une hémoptysie? Il est entendu que nous supposons cette question résolue.

Un second diagnostic, qui souvent peut se faire tout aussi vite, est le suivant : de quelle nature est cette hémoptysie? Ce diagnostic est important, nécessaire même ; mais si l'hémoptysie est abondante, si le danger presse, il faut immédiatement et en tout cas faire une médication générale univoque.

Lorsque le péril est conjuré, le diagnostic étant bien posé,

(1) VOLDETTARO. *Clin. Derm. e Syph. della R. univ. di Genova*, 1892, t. XI. — MERMET. *Rev. des sc. méd.*, t. XLIII, p. 195.

(2) LEROUX. *Zona chez les tuberculeux*, Th. de Paris, 1888.

(3) LEUDET. Le zona et les troubles des nerfs dans la tuberculose, *Gaz. hebd.*, 1878.

(4) BARIÉ. *Zona périnéo-génital chez les tuberculeux.*

(5) RENDU. *Presse méd.*, 23 déc. 1894.

(6) LETULLE. Loc. cit., 19 janv. 1890.

(1) GIRAUDEAU. *Semaine méd.*, 31 mars 1897.

on peut modifier la médication. Mais alors cette médication est celle d'une des formes ou complications de la maladie, ce n'est plus à proprement parler celle de l'hémoptysie.

Celle-ci peut essentiellement se résumer ainsi : Immobiliser le malade, la tête élevée; faire poser des sinapismes aux membres inférieurs; faire sucer des morceaux de glace, et, si la chose est possible, faire prendre une cuillerée d'éther dans un peu d'eau sucrée; enfin, surtout, pratiquer immédiatement une injection sous-cutanée avec la valeur d'une seringue de Pravaz de la solution suivante, qui devra être injectée profondément, dans un muscle de préférence :

| | |
|---|---|
| Ergotine Yvon . . . . . . . . | 5 grammes. |
| Chlorhydrate de morphine . . . | 4 centigr. |
| Antipyrine . . . . . . . . . . | 1gr50 |
| Sulfate de spartéine . . . . . | 20 centigr. |
| Sulfate d'atropine . . . . . . | 2 milligr. |
| Eau distillée, q. s. pour volume total de 10cc. | |

F. s. a. Solution.

On peut pratiquer une seconde piqûre une demi-heure après, et ainsi de suite de demi-heure en demi-heure, ou même de quart d'heure en quart d'heure, si le danger presse, sans dépasser 4 ou 5 seringues au plus.

On pourra ensuite, si le malade peut boire, lui faire prendre d'heure en heure, ou de demi-heure en demi-heure, une cuillerée à soupe, par exemple, de la potion :

| | |
|---|---|
| Ergotine Bonjean . . . . . . | 2 grammes. |
| Acide gallique . . . . . . . | 50 centigr. |
| Sirop de térébenthine. . . . | 120 grammes. |

F. s. a. Potion.

On pourra également, si la chose est possible, faire poser de nombreuses ventouses sèches, ou encore faire appliquer, dans des sacs de caoutchouc, soit localement, soit à distance, ou bien de la glace, ou bien de l'eau chaude.

On voit que, dans ces quelques prescriptions, nous avons cherché à condenser les substances médicamenteuses qui semblent les plus actives contre l'hémoptysie, et qu'il est ainsi facile d'administrer immédiatement et simultanément.

Ensuite, suivant les diverses indications qui se présenteront, on aura recours à l'opium et à la morphine à doses plus élevées, ou au contraire aux toniques.

Un peu plus tard, si on le croit nécessaire, on pourra employer l'ipéca, le tartre stibié ou les autres médications que nous avons indiquées ci-dessus.

Enfin, plus tard encore, lorsque l'hémoptysie sera arrêtée, on pourra prescrire une médication appropriée au traitement de la maladie générale dont elle est un épiphénomène. Cette médication sera toujours utile et pourra souvent agir à titre préventif.

Telles sont les indications thérapeutiques générales qui découlent de l'analyse de cet important syndrome, l'hémoptysie, et la méthode générale pour arriver à le traiter rationnellement et souvent d'ailleurs heureusement.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Séance du 9 février :

Questions posées à l'oral : Lèvres. — Chancre induré.

MM. Herscher, 14 + 24 = 38. — Lamouroux, 14 + 24 = 38. — Lévy, 14 + 23 = 37. — Silhol, 13 + 24 = 37. — Nicaise, 11 + 23 = 34. — Legroux, 10 + 22 = 32. — Camus, 9 + 21 = 30. — Gorsse (de), 8 + 22 = 30. — Charpentier, 8 + 21 = 29. — Fernique, 9 + 18 = 27.

— Par décision ministérielle, en date du 7 février 1898, ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, les élèves de l'École du service de santé, docteurs en médecine : MM. Damond et Brisemiur, affectés à Toulon.

— Une médaille d'argent vient d'être décernée à M. le docteur Pellegrin (de Villeneuve-de-Berg), en récompense du dévouement dont il a fait preuve dans diverses épidémies, et notamment dans celle de fièvre typhoïde (1896-1897).

— Un concours pour la nomination à la place de médecin-adjoint du service des aliénés à l'hospice de Bicêtre, sera ouvert le jeudi 5 mai 1898, à midi, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le vendredi 1er avril, et sera clos définitivement le lundi 18 du même mois, à trois heures.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Barrois, professeur de parasitologie, est nommé assesseur du doyen de la Faculté.

— MM. les docteurs dont les noms suivent sont désignés pour remplir, jusqu'au 31 décembre 1900, les fonctions de médecins-inspecteurs des écoles primaires et maternelles publiques de la ville de Paris :

Ier arrondissement : MM. Paul Richard, Ernest Richard et Carpentier-Méricourt.

IIe arrondissement : MM. Henri Gillet, Reteaud et Bruchet.

IIIe arrondissement : MM. Debierre, Gerson, Willamier, Henri Bouchard et Pellier.

IVe arrondissement : MM. H. Vigouroux, Louis Gourichon, Guyard, Michaux, Garnier et Virey.

Ve arrondissement : MM. Gervais, Vauthier, Delisle, Dautel, Deffaux, Barrault et Parizot.

VIe arrondissement : MM. Butte, Boucheron et Piéchaud.

VIIe arrondissement : MM. A. Veil, J. Delaunay et Tolédano.

VIIIe arrondissement : MM. Canuet, Stackler et Paul Bezançon.

IXe arrondissement : MM. Caubet, Variot et Lucien Hirtz.

Xe arrondissement : MM. Lancelin, Seiler, Hischmann, Arm. Mercier, Pennel, Tripet et Gaston Dreyfus.

XIe arrondissement : MM. Calmeau, Naudet, Miquel, Dubief, Pasteau, Montignac, Andrérety, Tourangin, des Brissards, Landois, Bimsenstein, Signez, Chevallereau et Guillot.

XIIe arrondissement : MM. Plessard, Bonnefoy, Yvon, Gibert, Salmon, Ed. Binet, Henri Gourichon et E. Bloch.

XIIIe arrondissement : MM. du Périer, Mangenot, Monnet, Paulier, Planteau, Reuet, Rives et Em. Laurent.

XIVe arrondissement : MM. Delpeuch, Floquet, Lartigue, Piérin, Coumétou, Macqret et Bonne.

XVe arrondissement : MM. de Pradel, Marieux, de Germes, Lagelouze, Destrem, Doury et Bra.

XVIe arrondissement : MM. Rafinesque, Paul Raymond et Laurand.

XVIIe arrondissement : MM. Eloy, Ramonat, Blayac, Marevéry, Hitier, Rubé, Riché et Jasiewicz.

XVIIIe arrondissement : MM. Jacques Cazaux, Fern. Giraud, de Cours, Juranville, Léon Deschamps, Dutauziet, Karth, Gachet, Charroppin, Marquez et Dusseaud.

XIXe arrondissement : MM. Thominet, Delhomme, Barbarin, Em.-Arm. Laurent, Morin, Huguenin et Lomier.

XXe arrondissement : MM. Kinzelbach, Braunberger, Victor Delarue, Raym. Nogué, Dufestel, Calton, Balland, Chauveau, Chenet et Laloy.

— M. le docteur Ballivet est élu membre du conseil général de l'Ain, pour le canton de Gex.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'agence Desroches, une excursion permettant de visiter (tous frais compris) Marseille, le littoral, Nice au moment du carnaval, Gênes et Turin, du 16 au 26 février. — 1re classe, 350 francs; 2e classe, 300 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence Desroches, 21, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 14 février 1898.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Pierre Marie propose de donner le nom de *spondylose rhizomélique*, à une nouvelle entité morbide, proche voisine du rhumatisme chronique déformant, mais bien différente de celui-ci par ses principales localisations. Au point de vue étymologique on peut, ainsi qu'il suit, décomposer cette nouvelle dénomination : σπονδυλος, vertèbre, d'où le premier terme spondylose, lequel signifie ankylose rachidienne, et ριζα, racine; μελος, membre, formant le second mot, rhizomélique, qui veut dire : affectant les articulations de la racine des membres. Au point de vue symptomatique, l'affection se présente de la façon suivante : d'une façon générale elle est constituée par l'association d'une soudure complète de la colonne vertébrale en cyphose cervico-dorsale supérieure, avec une ankylose complète des deux articulations coxo-fémorales, et une ankylose incomplète des deux articulations scapulo-humérales. Au niveau des genoux, il n'existe qu'une limitation peu sensible des mouvements de flexion. Les petites jointures des membres sont absolument indemnes; à leur niveau, cependant, on constate les nodosités de Bouchard. Le thorax est très aplati dans le sens antéro-postérieur, les côtes ont perdu toute leur mobilité, de telle façon que la respiration reste purement abdominale. La marche est difficile sans l'aide de cannes ni de béquilles; elle a lieu comme si un axe unique passait à travers les deux genoux. Pour rester debout, les malades sont obligés de fléchir plus ou moins les genoux, ce qui leur donne une attitude en Z. Cette affection, dit M. Marie, n'a encore été observée que dans le sexe masculin, elle débute dans les dernières années de l'adolescence ou dans la première moitié de l'âge adulte. Le début se fait par des douleurs dans les genoux ou les hanches, ou dans le coccyx, puis la soudure vertébrale s'opère de bas en haut; les articulations de la racine des membres se prennent d'une façon parallèle. A aucun moment on ne constate de rougeur, ni de gonflement des articulations atteintes.

L'entité morbide que crée M. Marie repose actuellement sur quelques observations; trois qui appartiennent à M. Marie, une à Strumpell, une à Kœhler, publiée en 1887, dans les « Annales de la Charité de Berlin ». Il est vraisemblable qu'il s'agit là d'une maladie résultant d'un trouble de la nutrition, bien plutôt que d'une infection; mais ce ne peut être qu'une hypothèse, car à l'heure actuelle, la nature même de ce syndrome morbide est complètement ignorée.

M. Siredey rapporte un ensemble de neuf observations qui démontrent, d'une façon très nette, les avantages que l'on peut retirer des applications locales de sérum gélatiné au cas d'hémorragies graves. Dans presque tous ces faits, la perte de sang était due soit à des corps fibreux, soit à des fausses couches, soit à la rétention de débris placentaires ou déciduaux. Le traitement nouveau, dont le promoteur est M. Paul Carnot, est appliqué de la façon suivante :

Après injection d'eau bouillie tiède destinée à nettoyer le vagin des caillots qu'il contient, on badigeonne la cavité de l'utérus avec un tampon d'ouate imbibé de gélatine; puis on introduit dans la cavité utérine une lanière de gaze stérilisée imbibée de sérum gélatiné. Même sans avoir recours au tamponnement serré, on obtient presque toujours ainsi l'arrêt de l'écoulement sanguin. On peut aussi tenter, avec succès, l'emploi des tampons de sérum gélatinisé dans les épistaxis.

M. Siredey rapporte à ce propos l'histoire d'un homme de soixante-dix ans, athéromateux, qui était atteint d'une violente épistaxis, durant déjà depuis trois heures, et qui avait résisté à des injections d'eau chaude pure, à des injections d'eau additionnée de perchlorure de fer, à des applications locales d'antipyrine. Dès le premier pansement gélatiné, l'hémorragie s'arrêta.

La préparation du sérum est très simple et sa formule est la suivante : chlorure de sodium, 7 grammes; eau, 1 litre; gélatine, 50 grammes. La stérilisation se fait à l'autoclave, mais il faut avoir soin de ne pas dépasser 105 degrés, sans cela la gélatine subirait des modifications dans son mode de coagulation. On peut y ajouter — mais ce n'est pas là une précaution absolument indispensable — du sublimé à 1/1000 ou de l'acide phénique à 1/100 et faire de la sorte préparer des flacons de volumes différents, lesquels se peuvent conserver un temps assez long.

Cette méthode est, en tout cas, tout à fait inoffensive et mérite d'être soigneusement poursuivie.

M. Variot présente un enfant de quatre ans atteint de microsphigmie permanente sans lésions cardiaques appréciables : son pouls est, en effet, d'une petitesse remarquable; l'hypothermie est permanente et très marquée, la température demeurant, de façon constante, entre 35 et 36 degrés. La peau est rugueuse, ichthyosique. Il s'agit là très probablement de troubles circulatoires que l'on peut mettre sur le compte d'une atrésie congénitale du système artériel.

M. Hayem communique un cas curieux de corps étranger de l'estomac. A l'autopsie d'un malade, on trouva dans la cavité gastrique une masse volumineuse, de consistance mollasse, dans laquelle l'examen chimique dénota exclusivement les éléments du beurre. Il est probable, d'après l'auteur, que la formation de ce beurre doit être attribuée à la stagnation du lait que le malade prenait en grande abondance.

---

## HOPITAL BEAUJON

### Phlébite de la jambe consécutive à une angine à streptocoques (1).

Par MM. Troisier et Decloux.

Il est rare d'observer la phlébite à la suite de l'angine pultacée. On comprend cependant que cette complication puisse se produire, puisque l'angine, désignée sous le nom d'angine pultacée ou d'angine herpétique, est une angine à streptocoques et qu'elle s'accompagne quelquefois d'accidents infectieux plus ou moins graves. Le cas suivant présente à ce point de vue un certain intérêt.

Louis N..., âgé de dix-neuf ans, garçon de restaurant, est entré à l'hôpital Beaujon, le 13 décembre 1897, pour une angine caractérisée par la rougeur du pharynx, la tuméfaction des amygdales, qui présentent à leur surface des concrétions pultacées, isolées les unes des autres et se détachant assez facilement. Un ganglion douloureux et légèrement tuméfié sous l'angle de la mâchoire, à gauche. En même temps, très grande gêne de la déglutition, céphalalgie, courbature générale. Pas d'albumine dans l'urine. La température rectale n'est que de 37°6, mais la veille, le malade avait eu un violent accès de fièvre. Cette angine présentait donc tous les caractères de l'angine pultacée ou herpétique. Une culture faite sur sérum donna le lendemain des colonies pures de streptocoques.

On se borna à faire des lavages de la gorge avec l'eau boriquée. Au bout de trois jours, les dépôts pultacés avaient disparu, et le 19 décembre, c'est-à-dire six jours après son entrée à l'hôpital, le malade, quoique ne se sentant pas complètement remis, demanda à sortir. Il n'y avait plus ni gêne de la déglutition, ni rougeur de la gorge.

Le 20, il marcha toute la journée à la recherche d'une nouvelle place.

Le 21, il se mit au travail, dès huit heures du matin, debout toute la journée. Le soir, il éprouva une vive douleur à la jambe droite, au niveau du creux poplité, avec une sensation de pesanteur considérable et impossibilité de fléchir le genou. Il eut beaucoup de peine à monter jusqu'au sixième étage où était sa chambre à coucher.

Le 22 décembre, malgré la persistance des douleurs, il put descendre et travailler toute la journée; ce n'est que vers sept heures du soir qu'il demanda à se reposer; il souffrait de plus en plus et il avait remarqué que son mollet était tuméfié.

Le 23, il vient à pied à l'hôpital et il est placé de nouveau dans notre service. On constate un œdème assez marqué de la jambe droite et du pied, sans changement de coloration de la peau; la circulation veineuse est plus apparente que du côté opposé et le membre est plus chaud. On provoque une vive douleur en comprimant légèrement la veine poplitée et en palpant la masse musculaire du mollet; on ne trouve aucun cordon induré sur le trajet des saphènes. Les douleurs spontanées sont moins fortes qu'au début. Il n'y a pas de fièvre. Toute trace d'angine a disparu.

Cet état persista pendant quelques jours seulement, et, dès le 26, il se produisit une amélioration très notable. La douleur à la pression était beaucoup moins vive, le malade pouvait fléchir et étendre la jambe sans souffrir, l'œdème avait beaucoup diminué.

Vers le 5 janvier, tous les symptômes de phlébite avaient disparu; la pression n'était plus douloureuse, même au niveau du creux poplité, il n'y avait plus d'œdème et le malade pouvait marcher sans éprouver aucune douleur.

Le 10, il quitte l'hôpital pour aller en convalescence à Vincennes.

Voici donc une phlébite de la jambe qui s'est développée dans la convalescence d'une angine à streptocoques, dix jours après l'invasion de la maladie. Au point de vue clinique, elle est remarquable par sa courte durée et sa bénignité. Elle n'en démontre pas moins qu'une simple angine pultacée, pourvu que l'exsudat contienne des streptocoques, peut être le point de départ d'une dissémination microbienne et d'une infection générale. Pour compléter l'étude de ce cas, nous fîmes la culture du sang, en ensemençant trois tubes de bouillon avec dix centimètres cubes pris au niveau de la médiane céphalique; le résultat fut négatif. Il importe d'ajouter que cette recherche n'a été faite que trois jours après l'apparition de la phlébite, c'est-à-dire à une époque beaucoup trop tardive. On sait d'ailleurs combien il est rare de trouver des streptocoques dans le sang, même dans les formes graves de l'infection streptococcique.

Nous ne connaissons que deux observations qui puissent être rapprochées de la nôtre. La première a été publiée par Trumbull dans le *New-York medical Record* (1890) et analysée par M. Duflocq dans la *Revue de Hayem*, 1891, sous le titre de : « Phlébite infectieuse consécutive à une amygdalite folliculaire. » Dans ce cas, l'amygdalite était intense et l'état général grave; une phlébite de la cuisse gauche apparut le huitième jour et la mort survint trois semaines après le début de la maladie.

La seconde observation se trouve dans le mémoire de M. Vaquez, sur la *Phlébite des membres*, qui a paru dans la Clinique de la Charité. Notre collègue rapporte un cas de *phlegmatia alba dolens* consécutive à une amygdalite phlegmoneuse. Quelques jours après la résolution de l'angine, il se produisit des accidents infectieux caractérisés par la réapparition de la fièvre, des douleurs rhumatoïdes, des palpitations, des tendances syncopales, un état général mauvais. Tout semblait rentrer dans l'ordre, quand apparut, un mois après la disparition de l'angine, une phlébite du membre inférieur gauche qui évolua sans complication et se termina par guérison.

En citant ces deux observations, nous tenons à faire remarquer qu'il s'agissait là d'angine phlegmoneuse, c'est-à-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

dire d'une forme présentant beaucoup plus de conditions favorables à la production des accidents infectieux que l'angine pultacée.

---

En 1880, alors que j'étais son interne, M. Bouilly avait été frappé par ce fait que les phlébites variqueuses succèdent souvent à des phénomènes plus ou moins accentués d'infection : angine, grippe, embarras gastrique, etc. Il se basait sur cette succession de la phlébite à un léger état fébrile antérieur pour admettre que l'inflammation veineuse était due non pas à la fatigue, ou à toute autre cause mécanique banale, mais à un état infectieux préalable. La bactériologie depuis a montré quelle est la nature des agents infectieux. Leur pénétration par l'amygdale n'a rien qui puisse étonner. L'amygdalite est souvent le premier acte d'infections généralisées à manifestations diverses : il y a quelques jours, j'observais dans mon service un cas très net d'érythème noueux consécutif à une amygdalite suppurée. La phlébite constatée dans d'autres cas est évidemment une manifestation de signification et de pathogénie analogues.

A. MATHIEU.

---

## SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ

### DE DÉTERMINATION DE LA POSITION DES CORPS ÉTRANGERS PAR LA RADIOGRAPHIE (1).

Par M. H. MORIZE.

La difficulté trouvée jusque dans ces derniers temps pour la détermination exacte, par la radiographie, de la position des projectiles dans les régions profondes du corps, a suscité, de la part des expérimentateurs, plusieurs méthodes ingénieuses, dont la plus perfectionnée est, sans contredit, celle de MM. Contremoulins et Rémy. Toutefois, toutes ces méthodes, et surtout la dernière, sont d'une complication extrême, que ne me semble pas justifier la simplicité des données. Je crois que le procédé facile et rapide que j'ai trouvé donnera ample satisfaction à tous les expérimentateurs et leur permettra de déterminer, avec une précision supérieure à 5 millimètres, la position d'un projectile dans une partie quelconque du corps.

Le procédé consiste à définir la position du corps étranger par deux droites qui s'y coupent, et dont les extrémités sont des points situés à la surface du corps du patient.

Le patient étant placé entre le tube et l'écran, on cherche une position telle que la balle, par exemple, se voie facilement. On prend alors un petit disque de plomb, rendu adhésif par de la cire ou du diachylum, qu'on place sur la surface du corps qui est tournée vers le tube, et l'on déplace ce disque jusqu'à ce que son image se superpose à celle de la balle ; on répète ensuite l'opération avec un autre disque placé du côté de l'écran. Quand les deux disques et le projectile sur l'écran se projettent en ne formant qu'une seule image, tous les trois se trouvent sur la même droite.

On tourne alors le sujet d'un certain angle arbitraire et l'on détermine de la même façon une autre droite, dont l'intersection avec la première fixe la position du projectile. Les extrémités des deux droites sont déterminées sur la surface du corps par les disques de plomb, qu'on enlève ensuite et dont la place est marquée par un procédé quelconque, par le crayon dermographique, par exemple.

Les deux droites déterminent un plan qui contient le projectile et les quatre marques extérieures qu'on désignera par $a, b, c, d$. Ces marques forment un quadrilatère dont on peut mesurer les quatre côtés et les deux diagonales, au moyen d'un compas d'épaisseur ou d'un craniomètre. En le dessinant à l'échelle, l'intersection des deux diagonales donne la place de la balle rapportée aux quatre sommets ; la distance qui l'en sépare étant directement mesurée sur l'épure avec une échelle millimétrique. Comme cinq longueurs suffisent pour la construction, et qu'on en a six, la dernière sert de vérification. La position de la balle est définie en disant qu'elle se trouve à $n$ centimètres comptés à partir de $a$ sur la droite $ac$, par exemple.

L'épure est faite en quelques minutes ; des essais répétés, faits sur des crânes contenant des balles placées à l'insu de l'opérateur, ont montré qu'en moins de dix minutes le projectile était retrouvé avec une précision de 1 ou 2 millimètres.

La position de deux des quatre marques étant arbitraire, on doit les disposer de façon que les droites se coupent, suivant un angle suffisamment grand pour que leur intersection soit bien définie.

Il est évident que le procédé est applicable à une partie quelconque du corps et à toute substance opaque aux rayons X, la seule difficulté rencontrée provenant de la plus ou moins bonne visibilité sur l'écran.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 février 1898. — Présidence de M. BERGER.

### DISCUSSION SUR LES ABCÈS DU FOIE

M. WALTHER rapporte deux observations. Dans les cas qu'il a observés, le diagnostic, au début, a toujours été celui de coliques hépatiques ou de congestion hépatique. Cette erreur, dans certains cas, a pu se maintenir jusqu'au moment où l'abcès hépatique s'est ouvert spontanément.

Dans une première observation, il s'agit d'un homme de trente-huit ans qui avait séjourné six ans au Siam ; qui, en 1887, y avait eu la dysenterie et, en 1889, le choléra dont il fut pris à Singapour. Il arrive à Marseille où les médecins le traitent pour une gastro-entérite avec anémie des pays chauds. On ne trouvait rien au foie. Le malade part pour Paris ; il est obligé de s'arrêter à Valence où on trouve des signes de congestion du foie. Enfin, il arrive à Lyon où il est pris d'une vomique très violente. L'abcès s'était ouvert à la fois par les bronches et dans l'intestin. C'est dans ces conditions que M. Walther vit ce malade pour la première fois. Il ouvrit l'abcès du foie. Le malade a bien guéri et est retourné au Siam. C'est encore là un de ces cas où le diagnostic de simple congestion du foie a été porté jusqu'au moment de l'ouverture du foyer dans les bronches et dans l'intestin.

Il y a des cas où l'augmentation de volume du foie peut aider au diagnostic, mais encore, dans ces cas, il est souvent difficile de faire le diagnostic différentiel entre un abcès et un kyste hydatique. Tel est le fait d'une jeune négresse de dix-huit ans qui se trouvait dans le service de Hanot à Saint-Antoine et chez laquelle Hanot n'a pu savoir s'il s'agissait d'un abcès hépatique ou d'un kyste hydatique de la face convexe du foie.

M. Walther communique une troisième observation ; il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans qui avait eu des coliques hépatiques à vingt-cinq ans. Il était allé à Contrexéville où il avait rendu un grand nombre de calculs. Il fut repris longtemps après de nouvelles crises de coliques hépatiques. En même temps, l'état général empirait ; la

fièvre s'allumait; la température était de 38 à 38°5. Il avait une toux quinteuse et, à la base du poumon droit, une zone de matité très nette. Le diagnostic était hésitant entre une pleurésie de la base ou un abcès du foie. M. Fernet, qui vit le malade, conclut à une pleurésie enkystée de la base droite. On fit la ponction, on trouva du pus et M. Walther fut aussitôt appelé pour faire un empyème d'urgence. Comme le diagnostic était incertain entre un abcès sous-diaphragmatique du foie et une pleurésie enkystée, M. Walther résèque la neuvième côte, de façon à faire, à volonté, la pleurotomie ou l'ouverture d'un abcès hépatique. Il fait l'opération et trouve la cavité pleurale libre. L'abcès était sous le diaphragme, c'était un abcès sous-phrénique. M. Walther plaça deux gros drains et le malade a bien guéri.

Dans une autre observation, il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans qui, le 18 septembre, entre à l'hôpital, atteinte de coliques hépatiques et d'ictère. Elle avait en même temps une cystite très douloureuse, purulente. Elle fut prise d'une douleur dans la région lombaire droite avec tuméfaction. Bientôt apparurent des symptômes de septicémie grave. En avant, il y avait une voussure. La vésicule biliaire était pleine de calculs durs. Il y avait profondément une tumeur paraissant siéger au-dessous du foie, profondément dans la fosse lombaire. Le diagnostic était difficile et on ne pouvait savoir s'il s'agissait d'une collection purulente hépatique ou rénale ou périrénale. M. Walther fit la cholécystotomie, retira quarante-cinq calculs, fit très aisément le cathétérisme du canal cholédoque jusque dans l'intestin. Comme il n'y avait aucune infection des voies biliaires, M. Walther fit la cholécystotomie idéale, c'est-à-dire qu'il referma la vésicule biliaire. Se trouvant gêné pour aborder le foyer profond, il réséqua les cartilages des neuvième et dixième côtes et atteignit ainsi la région saillante du foie; il trouva un abcès en bissac sur les faces antéro-supérieure et postéro-inférieure du foie. Il ouvrit et draina. Un mois après, la guérison était complète.

M. Walther communique encore une observation analogue, qu'il a recueillie en 1896 dans le service de M. Tillaux.

M. GÉRARD-MARCHANT cite un fait d'abcès du foie, qu'il n'a pu découvrir par des ponctions et qui, néanmoins, contenait 1 litre de pus.

### RAPPORT

**Ponction de la vessie.** — M. BAZY fait un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Dubrandy. Il s'agit d'un homme de soixante-quinze ans qui, quarante ans auparavant, avait fait une chute grave. Il vint consulter parce qu'il urinait mal. Une bougie était arrêtée à 12 centimètres du méat. M. Dubrandy pratique une ponction de la vessie et laisse un tube dans la vessie. Le malade ne voulut plus qu'on le débarrassât de cet urèthre de sûreté et il garda sa fistule vésicale et son tube dans la vessie, pendant près de cinq ans.

M. Bazy fait suivre cette observation de réflexions sur la conduite à tenir dans ces cas et il conclut qu'en cas de rétention absolue avec impossibilité du cathétérisme, il vaut mieux recourir à la taille hypogastrique qu'à une ponction toujours aveugle et incertaine.

M. REYNIER appuie cette manière de voir. Il ne lui paraît pas que l'opération pratiquée dans ce cas par M. Dubrandy soit recommandable. Si on intervient dans ces cas, ce doit être pour rendre à l'urine son cours naturel. Chez les rétrécis, bien plus que chez les prostatiques, M. Reynier fait, dans ces cas, d'emblée, l'uréthrotomie externe sans conducteur. Cette opération est la seule qu'on doive faire.

### PRÉSENTATIONS

**Section et suture de l'uretère.** — M. REYNIER présente un chien parfaitement bien portant, sur lequel il a fait la section et la suture d'un uretère. Il donne la description d'un certain nombre d'expériences qu'il a faites à ce sujet et fait connaître le mode de suture particulier auquel il a recours.

**Ostéo-arthrite tuberculeuse.** — M. GÉRARD-MARCHANT présente un malade qui était atteint d'une arthrite tuberculeuse tarso-métatarsienne, qui a été singulièrement améliorée par les injections de chlorure de zinc avec immobilisation dans un appareil plâtré.

M. KIRMISSON félicite M. Marchant de ce nouveau cas en faveur des méthodes conservatrices.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que, pour obtenir ce résultat, il a fallu un grand nombre d'injections.

M. MICHAUX montre deux malades analogues qui ont été très améliorés par le grattage et l'excision des parties atteintes.

M. ROUTIER présente également un cas d'arthrite tuberculeuse, dans lequel le massage a donné de très bons résultats.

**Laparotomie; gastro-entérostomie.** — M. CHAPUT présente une malade chez laquelle il a fait une laparotomie pour un ulcère de l'estomac; il avait fait une gastro-entérostomie. Consécutivement étaient survenus des vomissements bilieux incessants; M. Chaput a fait une entéro-anastomose secondaire et aussitôt les vomissements ont cessé.

**Traitement chirurgical des phlébites variqueuses.** — M. SCHWARTZ présente une malade chez laquelle il a fait l'ablation totale d'énormes phlébites variqueuses.

**Néphrectomie.** — M. BAZY présente un rein atteint de myxo-sarcome qu'il a enlevé par la voie transpéritonéale.

La séance est levée.

---

## VARIÉTÉS

### Le baron Hippolyte Larrey [1808-1895] (1).

(Éloge prononcé par M. le docteur Paul Reclus à la séance annuelle de la Société de chirurgie.)

III

A cette époque, Hippolyte Larrey était un beau jeune homme, dont le tableau de Pérignon a conservé la séduisante image : longs et doux yeux étonnés, comme alanguis par des paupières un peu closes, front large où la pensée flotte encore indécise, souples et abondantes boucles noires, aimable bouche et, comme impression générale, une physionomie à la fois fière et naïve. La tendresse de son cœur était voilée par une délicate réserve; à l'âge difficile où l'imagination s'enflamme et où le cœur s'affole, il avait maîtrisé les sentiments et les désirs suspects qui laissent après eux crainte, remords ou dégoût, et, dans la troublante atmosphère des salons, ce charmeur atteignait le seuil de la trentaine, intact et tout enivré encore des blanches illusions de son adolescence. A ce moment, il conçut un vif amour dont nous trouvons la trace dans sa correspondance : hors de Paris, dans ses voyages, la nostalgie le prend dès le départ; dès les premières étapes, il se précipite à la poste, il palpite à la vue du facteur, et, si la lettre espérée manque, le ciel lui devient vide et la terre est déserte.

Ce n'était pas sa première passion : à vingt ans, il aimait la fille d'un général connu; il voulait l'épouser. Dans le délire d'une fièvre typhoïde son secret échappe devant son père; la jeune fille était pauvre, et, lui, Dominique, qui

---

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 149.

n'avait pas craint de prendre, joyeusement et plein de confiance dans l'avenir, la belle Elisabeth, dénuée de toute fortune, il redoute le même destin pour son fils ; il lui signifia ou de renoncer au mariage ou d'épouser une femme riche. Le bon fils céda : son admiration pour le héros, mêlée à son respect pour le père, le faisait se courber toujours sous une autorité devenue despotique. La belle Isaure en souffrit aussi : ses prétendants s'enfuirent devant l'humeur jalouse de Dominique. Parmi eux, on citait Clot-Bey, dont la vie est un vrai roman. Enfant, il quitte son village et vient à Marseille avec sa garde-robe dans un mouchoir et 30 francs dans son gousset : il entre comme garçon chez un barbier, apprend la médecine, puis se met au service de Méhémet-Ali, et, grâce à son génie d'organisation, il conquiert une des premières places dans l'Égypte « régénérée ». Il vint à Paris, au plein de sa gloire ; l'Académie de médecine, l'Institut, le monde lui font un accueil triomphal ; il fréquentait chez les Larrey ; on s'attendait à un mariage, mais il regagna l'Égypte sans demander la main d'Isaure désolée.

Cette tyrannie, pesante et cependant aimée, allait prendre fin. Pourtant le vieux chirurgien conservait sa vigueur première ; il ne voulait abdiquer aucune de ses fonctions et sa surprise fut cruelle lorsque, en 1835, on lui accorda sa retraite de chirurgien en chef des Invalides. En 1839, il fit, avec son fils, un voyage dans le Sud-Ouest pour y revoir Baudéan, sa bourgade natale où vivait encore sa sœur Geneviève ; il y trouva sa maison délabrée ; le curé, qui l'habitait, brûlait les arbres fruitiers, aveuglait les vitres cassées par des bouchons de paille et laissait les lézardes entr'ouvrir les murs. L'année suivante, la *Belle-Poule* ramène à Paris les cendres de l'empereur, Larrey fut de l'inoubliable fête et malgré le froid, malgré ses soixante-quatorze ans, au bras de son fils, sous son manteau de campagne, il escorta le cercueil, à pied, de Courbevoie aux Invalides. En 1842, il réclame l'inspection des hôpitaux d'Algérie et part avec Hippolyte ; le voyage fut triomphal, dans notre Afrique mal soumise encore et où Abdel-Kader tenait toujours la campagne. Ils voyageaient de camp à camp, éclairés par des spahis, escortés par des zouaves, et les soldats acclamaient le vieux chirurgien de l'empereur. La fatigue était grande, mais le vieillard la supportait sans faiblir. Tout à coup il apprend que la santé de sa femme décline ; il hâte son retour et débarque à Marseille pour regagner Paris.

Quel douloureux calvaire que ce voyage ! Pendant la traversée, Dominique Larrey est pris d'une vive oppression ; le 8 juillet, à Marseille, elle augmente ; le 11, un léger mieux se manifeste, mais comment s'en réjouir ? De Paris, Isaure écrit que sa mère est très mal ; Hippolyte répond en annonçant l'état du père, et ce fut, pendant plus d'une semaine, entre les deux enfants désolés, un échange de lettres où chaque jour le cercle se rétrécit de la sinistre certitude. On saigne cinq fois Dominique qui veut, malgré sa faiblesse, continuer son voyage ; il gagne Toulon ; il en repart le 16 et s'évanouit dans les bras de son fils ; le 17, il est à Aix ; le 18 à Avignon, où les forces diminuent encore ; le 21, il se sent mieux, et, malgré de vives prières, il prend le bateau du Rhône pour Lyon ; il y arrive le 24 et meurt le 25, à neuf heures du matin ; à cinq heures du soir, le même jour, une lettre d'Isaure annonçait à Hippolyte la mort de sa mère. Une dernière amertume était réservée aux orphelins : Dominique Larrey voulait être enterré à l'infirmerie des Invalides, au milieu des gloires impériales ; Soult répondit par un refus : la vieille haine de Bautzen ne désarma pas devant la mort.

La gloire a son envers qu'elle réserve, dit-on, pour la famille : l'admirable héros que fut Dominique Larrey, ce bras, ce cœur prêt à toutes les tâches, cette âme ardente et généreuse fit porter aux trois êtres charmants qu'il adorait, sa femme, sa fille et son fils, le poids d'une autorité écrasante. Certainement, l'individualité d'Hippolyte eût été plus originale et frappée d'un coin plus net si, pendant trente-quatre ans, son initiative n'avait pas été brisée par les inflexibles arrêts de son père. Lorsqu'on regarde, au Louvre, dans la salle des Sept cheminées, les portraits des deux Larrey, le Dominique de Girodet et l'Hippolyte de Pérignon, placés côte à côte sur la cimaise, on s'inquiète en songeant aux heurts possibles entre deux êtres si dissemblables. A voir le front volontaire, le menton violent, la physionomie dominatrice du père, on tremble pour Hippolyte, pour son ingénuité naïve et sa délicate bonté.

Ces deux morts mirent en détresse l'âme du jeune Larrey ; il se réfugia dans le travail ; il avait ses leçons, ses élèves. Il fut nommé membre de notre Société, et l'accueil qu'il y reçut fut si empressé que, au bout de trois années, il en était nommé le président ; en 1850, l'Académie de médecine lui ouvrit ses portes et il échangeait sa chaire de pathologie contre la chaire de clinique chirurgicale qu'il occupa jusqu'en 1858. Pendant cette période, il publia ses travaux les plus estimés, sa monographie sur l'adénite cervicale, son mémoire sur le trépan et ses recherches sur les plaies de la vessie. Il voulut reculer les limites de la conservation dans les traumatismes, mais, à l'époque où il la prêcha, sa croisade était stérile. Opérer ou ne pas opérer, le résultat était le même : la mort à brève échéance. La méconnaissance toujours plus grande de l'hygiène nosocomiale avait rendu les complications des plaies plus redoutables qu'au temps de l'Empire, où Dominique Larrey sauvait plus de la moitié de ses amputés. Depuis l'antisepsie, la doctrine de la conservation systématique est devenue féconde ; nous l'avons érigée en dogme et je professe que dans les écrasements des membres il faut toujours s'abstenir : jamais d'amputation traumatique, telle est ma formule intransigeante. Le blessé, que l'intervention tuait parfois, guérit et dans de meilleures conditions, car la nature, plus avare dans ses procédés de réparation, sacrifie moins de tissus que la plus parcimonieuse de nos exérèses.

*(A suivre.)*

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 21 AU 26 FÉVRIER 1898)

### Examens de doctorat.

**MERCREDI 23 FÉVRIER**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Marchand, Rémy et Sebileau.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Ricard et Bonnaire ; — (2e série) : MM. Segond, Delbet et Varnier ; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gilles de La Tourette ; — M. Hanriot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Reynier, Lejars et Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Brissaud et Widal ; — M. Netter, suppléant.

**JEUDI 24 FÉVRIER**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Nélaton et Hartmann.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Guyon, Bar et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Marie et Roger ; — (2e série) : MM. Cornil, Marfan et Achard.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Troisier et Charrin ; — M. Gilbert, suppléant.

**VENDREDI 25 FÉVRIER**, à une heure. — 4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilles de La Tourette et Netter ; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Reynier et Lejars ; — (2e série) : MM. Marchand, Segond

et Walther; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Thoinot; — M. Sebileau, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

**SAMEDI 26 FÉVRIER**, à une heure. — 3e examen (2e partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Letulle.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Chantemesse et Ménétrier; — M. Rémy, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements, rue d'Assas* : MM. Le Dentu, Bar et Maygrier; — M. Albarran, suppléant.

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 23 FÉVRIER**, à une heure. — M. BAILLET. Les paralysies urémiques (MM. Potain, président; Terrier, Gaucher et Broca). — M. SAVARIAUD. Ulcère hémorragique de l'estomac et son traitement chirurgical (MM. Terrier, président; Potain, Gaucher et Broca). — M. VILLIÈRE. Intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire (MM. Tillaux, président; Joffroy, Tuffier et Retterer). — M. JUNIEN LA VILLAUROY. Contribution à l'étude anatomique des carcinomes du testicule (MM. Joffroy, président; Tillaux, Tuffier et Retterer).

**JEUDI 24 FÉVRIER**, à une heure. — M. FAITOUT. Quelques observations d'autoplastie; — M. FAUVEL. De la suture de la paroi abdominale dans la laparotomie (MM. Berger, président; Chantemesse, Thoinot et Thiéry). — M. SAVOIRE. Étude sur les alcaloïdes d'origine microbienne (MM. Chantemesse, président; Berger, Thoinot et Thiéry).

**SAMEDI 26 FÉVRIER**, à une heure. — M. CANGE. Des éventrations spontanées et de leur traitement chirurgical; — M. DELARUE. Contribution à l'étude des fractures de l'astragale, fractures par arrachement (MM. Berger, président; Hutinel, Marfan et Hartmann). — M. DUMAS. Contribution à l'étude de la diphtérie toxique (MM. Hutinel, président; Berger, Marfan et Hartmann).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Séance du 11 février :

Questions posées à l'oral : Trompes utérines. — Causes, signes et diagnostic des abcès du sein.

MM. Durand-Viel, 19 + 26 = 45. — Babonneix, 15 + 25 = 40. — Tesson, 18 + 21 = 39. — J. Heitz, 15 1/2 + 22 = 37 1/2. — Elias, 14 + 23 = 37. — B. Weill, 15 + 21 = 36. — Armand Delille, 14 + 21 = 35. — H. Voisin, 11 + 22 = 33. — Mettey, 12 + 20 = 32. — Polle, 12 + 20 = 32. — Poulard, 12 + 20 = 32. — Marais, 7 + 18 = 25.

— Par décret, en date du 9 février 1898, sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, au titre étranger :

*Au grade de chevalier.* — M. Henri Bastard, citoyen suisse, docteur en médecine de 1882; ancien interne des hôpitaux; auteur de divers ouvrages de médecine. — M. Ivanichevitch, sujet serbe, docteur en médecine de 1882; délégué de la Serbie au Congrès d'hygiène de 1889 : a dirigé une clinique pour les tuberculeux.

— Par décision ministérielle, en date du 10 février 1898, un témoignage de satisfaction a été accordé à chacun des médecins ci-après dénommés, qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie, ainsi qu'à leurs familles, savoir :

MM. les docteurs Maurin, au Luc, 47 ans de services; — Poidevin, à Segré, 38 ans de services; — M. Houel, officier de santé à Goderville, 36 ans de services; — M. le docteur Bourdon, à Méru, 32 ans de services; — M. Chaudony, officier de santé à Mézel, 31 ans de services; — MM. les docteurs Dantagnan, à Saint-André-de-Cubzac, 31 ans de services; — Dollez, à Guise, 31 ans de services; — Couhard, à Lucenay-l'Évêque, 30 ans de services; — M. Richard, officier de santé à Riaillé, 29 ans de services; — MM. les docteurs Barrié, à Toulouse, 28 ans de services; — Houdé, à Coulanges-la-Vineuse, 27 ans de services; — Croquet, à Tergnier, 27 ans de services; — Duvernoy, à Audincourt, 27 ans de services; — MM. les officiers de santé Susini, à Caldarello, 26 ans de services; — Rochefort, à Lassigny, 25 ans de services; — Lemarchand, à Messac, 25 ans de services; — M. le docteur Godfrin, à Clermont-Meuse; 25 ans de services.

— Par décision ministérielle, en date du 12 février 1898 :

M. Guillemin, médecin principal de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Nancy, est nommé directeur du service de santé du 20e corps d'armée.

M. Guibal, médecin-major de deuxième classe au 26e d'infanterie, est affecté à la direction du service de santé du 20e corps d'armée.

— Par décision ministérielle, en date du 12 février 1898, un congé de convalescence de trois mois, à solde entière, est accordé à M. le médecin de deuxième classe Letrosne (Paul), du port de Toulon, pour en jouir à Nice et à Paris.

— *Neuvième congrès des médecins aliénistes et neurologistes.* — Le neuvième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes français s'ouvrira à Angers, le lundi 1er août 1898, sous la présidence de M. le docteur Motet, membre de l'Académie de médecine.

Le programme comprendra :

1° Questions mises à l'ordre du jour. — *Pathologie mentale* : Les troubles psychiques post-opératoires (rapporteur : M. le docteur Rayneau, médecin en chef de l'Asile d'Orléans). — *Pathologie nerveuse* : Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux (rapporteur : M. le docteur Sabrazès, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux). — *Médecine légale* : Les délires transitoires au point de vue médico-légal (rapporteur : M. le docteur Vallon, médecin en chef de l'Asile de Villejuif);

2° Lectures, présentations, travaux divers;

3° Visite de l'Asile d'aliénés de Maine-et-Loire;

4° Assemblée générale de l'Union des aliénistes français;

5° Excursions;

6° Impression et distribution des travaux du Congrès.

Prix de la cotisation : 20 francs.

Adresser, dès maintenant, les adhésions, les cotisations et toutes communications au secrétaire général du Congrès, M. le docteur Petrucci, directeur médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près Angers (Maine-et-Loire).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Caroze (de Fourmies), Gallavardin (de Lyon), Sornas (de Château-Renault), Tellier (de Waterloo).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fêtes du carnaval.* — A l'occasion des fêtes du carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés du 19 au 21 février inclus, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 23 février.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



**PRIX DE L'ABONNEMENT :**

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est encore le vésicatoire qui a occupé toute la séance. S'il a trouvé d'ardents défenseurs en MM. Robin, Hervieux et Ferrand, il a rencontré en M. Huchard un passionné détracteur. Avec beaucoup de talent, d'ailleurs, beaucoup d'érudition et pas mal d'esprit, M. Huchard a fait le procès du vésicatoire qu'il considère comme souvent dangereux et toujours inutile. Il n'en connaît que les méfaits, le condamne absolument et le met, dès maintenant, dans l'histoire sur le même plan que le séton, le moxa et les exutoires de nos aïeux. Il va jusqu'à lui reprocher de calmer la douleur, considérant celle-ci comme un symptôme précieux, une sentinelle vigilante qu'il faut se garder de supprimer. C'est peut-être pousser un peu loin le respect de la symptomatologie et le vésicatoire n'aurait-il précisément pour effet que cette action calmante de la douleur, qu'il y aurait lieu de le conserver. Quand on déteste quelqu'un, on lui trouve tous les défauts. C'est évidemment un sentiment de cette nature que M. Huchard éprouve pour le vésicatoire. Avec M. Albert Robin, nous dirons à notre distingué collègue que son plaidoyer, ou pour mieux dire son réquisitoire, nous a séduit et charmé, mais non pas convaincu. Chemin faisant, M. Huchard a parlé du traitement de la pneumonie par les bains froids comme d'un traitement en quelque sorte classique aujourd'hui; eh bien! il peut être assuré qu'il y a loin encore de la pratique de certains médecins des hôpitaux de Paris à celle des praticiens de la ville et de la province et que, s'il y a encore beaucoup de pneumoniques qui soient traités par les vésicatoires, il y en a bien peu qui le soient par les bains froids. Nous ne voulons pas dire par là que M. Huchard ait tort de vouloir remplacer le vésicatoire par la balnéation froide, mais nous voulons simplement faire observer que, malgré tout son talent et toute son autorité, il n'aura pas moins de difficultés à faire délaisser l'un qu'à faire adopter l'autre.

M. Panas, bien qu'élève de Malgaigne, a conservé pour la révulsion en général, pour le vésicatoire et le cautère en particulier, une prédilection qui n'a pas paru ébranlée par la brillante argumentation de M. Huchard.

M. Cornil a fait connaître l'action physiologique de la cantharidine sur les tissus et les cellules. Il résulte des expériences de M. Cornil que le vésicatoire, mal appliqué, peut avoir des inconvénients graves au point de vue de la néphrite. Toutefois, comme clinicien, M. Cornil ne repousse pas absolument le vésicatoire; il recommande seulement de s'assurer que les reins fonctionnent bien et de prendre toutes les précautions possibles pour empêcher les accidents de néphro-cystite.

Enfin M. Robin a répondu, en quelques mots, à M. Huchard et la suite de la discussion a été remise à la séance prochaine.

---

## FONCTION DE L'URÈTHRE CONTRE NATURE

(URÈTHRE PROSTATIQUE) CHEZ LES PROSTATIQUES ANCIENNEMENT CYSTOSTOMISÉS; RÉSULTATS D'UNE STATISTIQUE PORTANT SUR 34 CAS (14 CONTINENTS, 13 INCONTINENTS, 7 CONTINENTS PARTIELS).

Par M. Xavier DELORE,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

### I

Il y a déjà neuf ans que notre maître M. Poncet pratiqua sa première cystostomie sus-pubienne. En 1892, M. Bonan (th. de Lyon) réunissait 28 observations; en 1894, Lagoutte pouvait en publier 63, dans une étude d'ensemble fort importante. Il traitait alors, avec beaucoup de justesse, les résultats de la fonction après cette intervention dont les résultats immédiats n'étaient déjà plus discutables. C'est qu'en effet, il pouvait sembler *a priori*, à certains chirurgiens, que la cystostomie, bonne et même excellente pour conjurer les accidents immédiats du prostatisme, créait pour l'avenir une infirmité irrémédiable; cet argument est encore invoqué théoriquement aujourd'hui. Aussi avons-nous repris consciencieusement depuis deux ans cette étude de la fonction chez les prostatiques cystostomisés depuis plus de six mois et ayant conservé un méat hypogastrique perméable (cystostomie permanente de Poncet). Nous donnons ici le résultat de nos examens portant sur 34 observations de cystostomies permanentes datant de six mois au moins et recueillies avec impartialité et sans aucune distinction; la plus ancienne, que nous ayons, a été pratiquée en mai 1890, c'est-à-dire il y a sept ans et demi.

Au point de vue de la fonction du nouvel urèthre contre

nature, on peut ranger les opérés en trois catégories principales :

1° Les malades incontinents ; 2° les malades qui retiennent partiellement leurs urines ; 3° les malades continents.

Cette division est celle qui est adoptée par M. Poncet depuis 1892 (1), par Bonan et par Lagoutte dans leurs thèses.

Elle est fort juste et facilement comprise par tous et permet d'y faire rentrer les cas les plus variés ; car il faut bien le dire, autant d'urèthres sus-pubiens, autant de fonctions différentes. L'urèthre contre nature a des dispositions très différentes, il n'est donc pas étonnant que la miction soit variable dans les mêmes proportions. En somme, il y a deux catégories principales : les continents, les incontinents ; entre ces malades, existe toute une série intermédiaire, qui forme notre second groupe : les continents partiels.

Ce chapitre est tout entier puisé dans les travaux de MM. Poncet et Lagoutte et dans nos observations. Nous donnerons, en le terminant, les résultats de notre statistique au point de vue de la continence et de l'incontinence portant sur trente-quatre observations.

1° Parlons d'abord *des malades incontinents*, puisque tout cystostomisé est voué à cette situation pendant un certain temps ; l'incontinence du début est, en effet, le but de l'opération, au moins dans la majorité des faits, puisqu'elle seule met au repos une vessie infectée et assure un drainage de quelques jours à cet organe rempli de pus et que l'on a souvent comparé à un abcès.

Combien de temps dure cette période d'incontinence du début par laquelle passent les opérés ? Certains malades restent toujours incontinents ; chez ceux, au contraire, qui deviendront continents, cette période est relativement très courte et varie de quarante jours à quatre mois environ. Ce sont là les principales données fournies par nos observations. Nous passons rapidement aux vrais incontinents, c'est-à-dire ceux qui ne recouvrent jamais la faculté de garder leurs urines.

Le phénomène qui caractérise cette incontinence sera pour nous l'absence de mictions. Donc, chez les malades incontinents, l'urine s'écoule au dehors par la fistule hypogastrique au fur et à mesure de son arrivée dans la vessie, qui semble avoir perdu complètement sa capacité. Jamais il n'y a de retenue de l'urine, jamais de mictions par la verge ou par le méat hypogastrique. Mais il est cependant une distinction fort utile à poser : tandis que certains malades ont été, dès le début, incontinents pour garder cette situation pendant toute leur vie, d'autres, au contraire, ont eu quelque temps après la cystostomie un certain degré de continence, mais cet état a dû être transformé en incontinence à cause des accidents qu'il engendrait. Les premiers malades sont incontinents du fait de l'opération, sans doute à cause de certaines dispositions anatomiques que l'opérateur a été impuissant à modifier ou à diriger. Nous reviendrons là-dessus. Les seconds malades ont de l'incontinence parce que le chirurgien l'établit et la maintient par divers moyens.

Quelles sont les indications de cette incontinence cherchée ? Ce sont, tout d'abord, les mictions douloureuses. D'autres fois, une cystite nouvelle indiquera la nécessité d'une incontinence, chez les individus menacés d'une extension du processus infectieux dans les voies urinaires supérieures. La formation de calculs dans la vessie, une récidive des calculs que l'on enleva pendant une première intervention commanderont également un drainage nouveau et prolongé du réservoir urinaire.

Deux procédés sont à notre disposition pour rétablir l'incontinence : la dilatation et le débridement à l'instrument tranchant. La dilatation ne convient guère aux cas que nous venons de passer en revue ; faite avec une sonde, elle sert plutôt à maintenir une continence partielle ou totale qu'à reproduire une incontinence. On devra donc préférer l'instrument tranchant, débrider la fistule de haut en bas, et ajouter une incision transversale ; en définitive, faire une incision de débridement en forme de croix, afin d'éviter une coarctation trop rapide des lèvres de la plaie. Dans les jours qui suivront, il est fort important de pratiquer des cathétérismes de la fistule pour maintenir l'élargissement du nouveau canal. Les malades qui ont une incontinence complète sont naturellement soumis à tous les inconvénients d'une infirmité à laquelle on peut remédier, du reste, au moyen d'appareils appropriés. Nous reviendrons plus tard sur ces différents instruments.

Il nous semble donc que nous pouvons ainsi classer les variétés d'incontinence : 1° l'incontinence passagère du début ; 2° l'incontinence définitive qui comprend deux classes : *a.* l'incontinence qui persiste malgré l'opérateur ; *b.* l'incontinence établie par le chirurgien dans un but déterminé.

2° *Cystostomisés avec incontinence partielle.* — *a.* Comme transition entre cette catégorie et la précédente, on peut signaler tout d'abord ces malades qui, continents le jour, deviennent incontinents la nuit, et inversement.

Un de nos malades en est un fort bel exemple. Dans la position horizontale, il conserve complètement ses urines et ses draps ne sont pas mouillés la nuit. Il éprouve le besoin d'uriner, se lève, urine par la fistule hypogastrique et le jet sort alors projeté à une certaine distance. Pendant le jour, au contraire, l'incontinence est complète ; les urines s'écoulent, sans que le sujet s'en aperçoive, dans l'appareil qu'il porte constamment. D'après nos propres observations, il est assez fréquent de voir cette alternance de la continence et de l'incontinence chez le même malade, suivant la position, et il nous a semblé que, dans ces cas, la continence était, d'une façon générale, toujours plus marquée dans le lit.

*b.* Nous retrouvons encore, dans cette classe d'incontinents partiels, ces malades qui ont des mictions, mais des mictions si fréquentes par le nouvel urèthre, qu'elles se répètent toutes les dix minutes ou tous les quarts d'heure. Ces malades sont obligés d'avoir un appareil pour ne pas être souillés constamment et se trouvent ainsi dans la situation des incontinents vrais. En réalité, ce sont de faux incontinents, puisqu'ils ont des mictions. Ils peuvent être comparés, à juste raison, à ces malades atteints de cystite intense qui se trouvent constamment baignés dans leurs urines, parce que les contractions vésicales sont si impérieuses, qu'elles ne leur permettent plus d'y résister : ces malades sont des faux incontinents et ceux que nous avons en vue sont dans une position identique. Ce sont les faux incontinents hypogastriques. Ordinairement, ces prostatiques ont de la cystite et la fausse incontinence diminue ou même disparaît pour faire place à la continence, quand un traitement vésical bien conduit a guéri la cystite.

(1) Poncet. *Bull. méd.*, 1892.

c. Quelquefois cette situation arrive tardivement chez des cystostomisés, qui sont restés longtemps continents et très privilégiés à ce point de vue, et chez lesquels nous ne pouvons pas invoquer la cystite. Nous savons par expérience, en effet, que, chez les cystostomisés, la vessie a de la tendance à perdre peu à peu sa capacité. Tel malade qui, immédiatement après l'intervention et pendant deux ou trois ans, urinait régulièrement toutes les trois ou quatre heures, voit peu à peu le nombre des mictions augmenter; ce fait est dû à la rétraction vésicale progressive et il est bien évident que plus le réservoir est petit, plus les mictions doivent être fréquentes; de là, quelquefois, mais rarement, une nouvelle variété de fausse incontinence, lorsque les mictions doivent être satisfaites toutes les dix minutes environ. Cette catégorie de faux incontinents est exceptionnelle. Nous rappelons, en effet, que, chez les malades continents, la vessie subit une rétraction moindre que chez les incontinents. (*A suivre.*)

---

## LA TYROSINE

### VACCIN CHIMIQUE DU VENIN DE VIPÈRE (1).

Par M. C. Phisalix.

Dans une récente communication (2), j'ai montré que la cholestérine extraite des calculs biliaires exerce, vis-à-vis du venin de vipère, une action immunisante bien marquée. J'ai répété mes expériences avec deux nouveaux échantillons de cholestérine, qui m'ont été obligeamment fournis par M. le professeur Arnaud, auquel j'adresse tous mes remerciements. L'un d'eux était de la cholestérine végétale, qu'il a découverte dans la carotte, et fondant à 136 degrés; l'autre, de la cholestérine extraite de calculs biliaires et fondant à 146 degrés. Avec ces deux substances, d'origine différente, on peut conférer aux animaux l'immunité contre le venin. La fusion à 146 degrés n'enlève pas à la cholestérine ses propriétés.

L'explication de ces faits soulève de nombreux problèmes. Mais, avant de les aborder, j'ai cherché s'il n'existerait pas d'autres vaccins chimiques dans les composés organiques définis, extraits des végétaux et des animaux. Parmi ceux-ci, il en est un qui joue un rôle capital dans la constitution des matières albuminoïdes dont il constitue le noyau : c'est la *tyrosine*. Ce corps existe en grande abondance dans certains végétaux; particulièrement dans les *tubercules de Dahlia* et un champignon, la *Russule noircissante*. C'est de ces végétaux que M. G. Bertrand l'a retirée à l'état de pureté parfaite (Soc. chimique de Paris, 1896). Il a bien voulu m'en donner la quantité nécessaire pour l'étude dont je vais exposer les principaux résultats.

La substance blanche, entièrement formée de cristaux de tyrosine, est très peu soluble dans l'eau, mais elle s'y divise en particules si ténues, qu'elle reste en suspension dans le liquide auquel elle donne un aspect laiteux. Un tel mélange, dans la proportion de 1 p. 100, peut être inoculé facilement et sans danger, sous la peau d'un cobaye, à la dose de 2 à 3 centimètres cubes. Il se produit un léger gonflement au point d'inoculation, mais il ne survient aucun accident général. L'injection intrapéritonéale est moins inoffensive : elle détermine un abaissement de température de quelques degrés; mais ce malaise est de courte durée et l'animal revient à l'état normal.

Les animaux qui ont reçu cette émulsion de tyrosine peuvent être éprouvés au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, avec une dose de venin mortelle en cinq ou six heures pour les témoins : ils n'éprouvent pas de symptômes généraux d'envenimation, leur température ne s'abaisse pas; toutefois, quelques accidents locaux peuvent se manifester.

Il suffit de 5 milligrammes de tyrosine pour vacciner un cobaye, mais on comprend que l'immunité est plus ou moins forte et durable suivant la dose. En général, avec 10 à 20 milligrammes, l'immunité est déjà très prononcée au bout de vingt-quatre heures; elle peut durer encore après vingt-cinq jours; quelquefois, cependant, elle a disparu vers le quinzième jour.

Injectée en même temps que le venin, mais dans un point différent du corps, la tyrosine peut retarder la mort de plusieurs heures, mais elle n'est pas capable de l'empêcher : elle n'est donc pas antitoxique. Elle n'est pas non plus un antidote chimique; mélangée au venin, elle ne le détruit pas et le mélange est aussi toxique que le venin seul.

La tyrosine qui a servi à ces expériences peut être considérée, d'après la méthode de préparation employée (voir G. Bertrand, loc. cit.), comme débarrassée de toute substance étrangère. D'autre part, la tyrosine animale, dans la préparation de laquelle toutes les substances albuminoïdes sont détruites, possède aussi les mêmes propriétés antivenimeuses que la tyrosine végétale. Ajoutons, dans le même ordre d'idées, que la tyrosine chauffée à 120 degrés, pendant vingt minutes, ne perd pas ses propriétés immunisantes.

De tous ces faits, il ressort clairement que « la tyrosine peut être considérée comme un nouveau vaccin chimique du venin de vipère ».

En ce qui concerne la tyrosine des tubercules de Dahlia, il était naturel de penser que le suc des tubercules où elle est en dissolution devait aussi se comporter comme un vaccin.

C'est, en effet, ce qui a lieu. Il suffit de 1 à 2 centimètres cubes de ce suc fraîchement exprimé, pour vacciner un cobaye contre une dose mortelle de venin. Or, si la tyrosine seule agissait, il faudrait 10 centimètres cubes environ de ce suc, puisque, d'après M. Bertrand, la tyrosine s'y trouve dissoute dans la proportion de 50 centigrammes par litre, et qu'il en faut 5 milligrammes pour produire l'état vaccinal. Il est donc probable que d'autres substances confèrent au suc de Dahlia ses propriétés antivenimeuses. La composition de ce suc est, du reste, très complexe, et son étude physiologique exige de nouvelles recherches. En attendant, il était intéressant de signaler ce fait comme « le premier exemple connu d'un végétal dont le suc cellulaire est doué de propriétés immunisantes contre un venin ».

---

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) « Les sels biliaires exercent, vis-à-vis du venin de vipère, la même neutralisation chimique que la bile entière. Dans les deux cas, cette propriété est détruite par un chauffage à 120 degrés pendant vingt minutes. Ils possèdent aussi une action vaccinante mais non antitoxique. Leur présence permet donc d'expliquer les propriétés de la bile. Quant à la cholestérine, la quantité contenue dans 20 milligrammes de bile est certainement inférieure à la dose nécessaire pour immuniser, dose qui est aussi de 20 milligrammes environ. Il n'est donc pas surprenant que le chauffage à 120 degrés, tout en laissant intacte la cholestérine, détruise les propriétés de la bile. Quoi qu'il en soit, le fait intéressant à retenir, en dehors de toute application à la bile, c'est que la cholestérine pure, malgré son peu de solubilité et ses faibles affinités chimiques, immunise contre le venin de vipère. C'est là un fait difficile à expliquer pour le moment, mais qui mérite d'être signalé, comme le premier exemple connu d'un composé chimique défini qui agisse comme un vaccin. » (Académie des sciences, 13 décembre 1897.)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 février 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### RAPPORT

**Altérations du sang produites par le froid.** — M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL, au nom de M. Laborde, lit un rapport sur un travail de M. Carrière (de Marseille) relatif aux altérations du sang produites par le froid. M. Carrière a démontré que, sous l'influence du froid, les globules sanguins étaient altérés dans leur nombre et abandonnaient au sérum une partie de leurs matières colorantes.

### DISCUSSION SUR LE VÉSICATOIRE

M. HUCHARD s'applique à démontrer que le vésicatoire est souvent dangereux et presque toujours inutile. Il étudie d'abord l'action du vésicatoire sur l'appareil urinaire, c'est-à-dire la cystite et la néphrite cantharidiennes. Il reconnaît que la cystite cantharidienne n'est jamais d'un pronostic grave et que, d'ailleurs, elle survient rarement chez les individus n'ayant pas de tare rénale. Il cite, à cette occasion, une observation publiée dans la thèse de Parisot, en 1858, sur le traitement de la syphilis par les vésicatoires à hautes doses.

Cette observation a trait à un jeune homme syphilitique, qui a pu avoir 216 vésicatoires sans jamais présenter aucun accident. Il y a des individus prédisposés, il y en a d'autres qui, par le fait de leur âge et de l'absence de toute tare pathologique, ne présenteront jamais d'accidents de cystite, ni de néphrite. M. Huchard admet donc, qu'en général, la cystite et la néphrite cantharidiennes sont rares et peu dangereuses. En revanche, elles le deviennent chez les goutteux, chez les artério-scléreux, dans les cas de néphrite interstitielle. Ici, M. Huchard prévoit qu'on va lui opposer l'action diurétique de la cantharide depuis longtemps démontrée et sur laquelle est revenu M. Lancereaux. Mais cette action diurétique est infidèle. Il serait dangereux d'y compter et M. Huchard rapporte un cas de mort par urémie à la suite de l'application d'un vésicatoire sur un homme âgé et goutteux. A ce propos, il répond à M. Hervieux que, s'il n'a jamais constaté d'accidents attribuables au vésicatoire, cela tient à ce qu'il ne l'appliquait que sur des sujets encore jeunes. Les accouchées, en effet, ne sont généralement pas dans l'âge de l'artério-sclérose. Il faut donc tenir compte de l'imperméabilité rénale tenant à l'âge. M. Huchard rappelle ici les expériences de M. Brouardel avec l'acide salicylique.

On a étrangement abusé du vésicatoire dans la phtisie chronique et ici M. Huchard ne parle pas seulement de l'action de la cantharide, mais aussi de la plaie formée par le vésicatoire. On sait que la peau des cachectiques est particulièrement favorable aux cultures microbiennes. Or, on peut prévoir ce que peut devenir une plaie formée sur pareille peau. Le vésicatoire est donc formellement contre-indiqué chez les phtisiques, comme chez les urinaires, les goutteux, les arthritiques, les gens âgés, les rénaux, etc. Plusieurs auteurs, Verneuil, entre autres, ont prétendu que l'application d'un vésicatoire sur le foie des malades atteints d'épistaxis faisait merveille. C'est le cas de dire que contre les saignements de nez il n'y a que le foie qui sauve. Au point de vue du traitement des états puerpéraux, M. Huchard ne doute pas que, si M. Hervieux recommençait aujourd'hui sa pratique, il n'emploierait plus le vésicatoire comme autrefois. Aujourd'hui, c'est de l'histoire.

On a dit que le vésicatoire supprimait la douleur, mais dans certains cas la douleur doit être considérée comme une sentinelle vigilante qu'il faut savoir respecter et dont la suppression pourrait entraîner à des erreurs de pronostic et de traitement.

M. Huchard repousse également l'application du vésicatoire dans les maladies infectieuses comme dangereux par la plaie qu'il provoque.

Dans les maladies infectieuses, il faut savoir respecter la peau. Il en condamne donc absolument l'emploi dans la pneumonie et cite même des exemples où cette affection a été aggravée par l'application d'un vésicatoire.

M. Huchard arrive à l'application du vésicatoire dans la pleurésie. Il rappelle les faits de Potain qui a vu, chez des pleurétiques, la néphrite cantharidienne se produire après l'application de six ou sept vésicatoires. Laënnec déjà avait observé les relations de la pleurésie avec la phtisie; M. Jaccoud a parlé de la pleurésie phtisiogène; Landouzy, enfin, a démontré combien était fréquente la nature tuberculeuse de la pleurésie. Or, on a déjà vu plus haut l'inefficacité absolue du vésicatoire contre le bacille tuberculeux. Quant à l'épanchement de la pleurésie, il n'a sur lui qu'une action trompeuse et illusoire. M. Lancereaux, en 1892, a signalé l'existence d'une fièvre pleurétique au même titre que les fièvres dothiénentérique, variolique. Il a démontré également qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, beaucoup de pleurésies peuvent être assimilées à une lymphangite pleurale. Or, que peuvent faire des vésicatoires ou des diurétiques contre de pareils accidents? En 1856, Bouillaud a démontré que la diminution du liquide, dans l'épanchement pleurétique, sous l'influence du vésicatoire, n'était qu'apparent; c'est encore là une de ces illusions thérapeutiques dont on revient, quand on se trouve obligé ensuite de faire la thoracentèse aux malades ainsi traités.

Que reste-t-il du vésicatoire? Son action révulsive et son action analgésique. Si le vésicatoire était seul capable d'augmenter la phagocytose, la ventilation, les échanges gazeux, M. Huchard resterait partisan du vésicatoire, mais tous les excitants cutanés produisent les mêmes effets, et le sinapisme vaut le vésicatoire. La phagocytose n'est pas spéciale au vésicatoire; toute excitation cutanée la produit. Les bains froids, les bains chauds, l'enveloppement dans des linges mouillés activent tout aussi bien, sinon mieux, la phagocytose. Les bains froids, dans la pneumonie, répondent à toutes les indications. La mortalité par la pneumonie a considérablement baissé depuis l'application des bains froids. Il ne faut pas négliger non plus les boissons abondantes dans les fièvres ardentes; c'est par ces moyens réunis que nous favorisons l'élimination des toxines.

L'histoire nous a appris qu'après avoir été fort en honneur, le séton, le moxa, les exutoires ont fait leur temps; l'histoire de demain nous apprendra la disparition du vésicatoire et, dans quelques années, on s'étonnera de cette discussion actuelle, comme aujourd'hui nous nous étonnons de la fameuse discussion de 1856. La thérapeutique suit forcément les doctrines médicales. Or, il a bien fallu donner une orientation nouvelle à la thérapeutique pour répondre aux doctrines microbiennes. Ces doctrines paraissent bien définitivement établies, et on ne pourra plus dire, comme autrefois, que souvent les médecins changent d'idées fixes. Il faut donc régler la thérapeutique sur ces doctrines. M. Huchard termine par cette pensée d'un grand philosophe : Si mes idées sont mauvaises, pourvu qu'elles en fassent naître de bonnes, je n'aurai pas perdu mon temps.

M. PANAS veut seulement répondre à cette assertion qu'a émise M. Huchard que tous les révulsifs étaient abandonnés. Il tient à rappeler que les révulsifs rendent encore de grands services dans la chirurgie générale, aussi bien que dans l'ophtalmologie. M. Panas passe en revue les bons effets de la révulsion dans les arthrites, dans les engorgements inflammatoires parenchymateux. On a vu des goitres disparaître sous l'influence d'applications locales de la teinture

d'iode. On a vu des tumeurs, même sarcomateuses, diminuer sous l'influence d'un érysipèle, si bien qu'on a pu proposer l'érysipèle comme un mode de traitement dans ces cas. Les injections de Luton (de Reims) ne sont qu'un mode de révulsion. Tous les procédés d'irritation de la peau, depuis le vésicatoire jusqu'au chlorure de méthyle, peuvent donner de bons effets. On a vu des pachyméningites guéries après l'application d'un vésicatoire en calotte sur la tête rasée. Dans bien des cas de phlegmons chroniques, l'application d'un cautère a pu empêcher la suppuration. M. Panas cite plusieurs exemples dans lesquels, ayant appliqué un cautère dans le but d'ouvrir un foyer, il a amené la résolution de la phlegmasie. Il cite même un cas de kyste hydatique, qu'il voulait ouvrir par la méthode de Récamier, et qui a disparu sous l'influence du cautère.

En ophtalmologie, les mouches de Milan rendent de grands services contre les névralgies et les inflammations. Les Arabes emploient avec succès les raies de fer sur le front et les tempes pour combattre les affections inflammatoires de l'œil si fréquentes en Egypte. M. Panas cite l'observation suivante : étant chef de service à l'hôpital du Midi, il soignait un jeune homme atteint d'une iritis syphilitique suraiguë, très douloureuse. Le traitement mercuriel, l'atropine étaient restés sans effet. Il se contentait de faire des injections de morphine à la tempe, lorsqu'un jour l'infirmier se trompa et lui passa une seringue de Pravaz pleine d'une solution de nitrate d'argent au dixième. Il y eut un phlegmon, mais l'iritis guérit. C'est à partir de ce jour que M. Panas a surtout compris l'importance de la révulsion et il a alors imaginé l'emploi du cautère à la tempe, caché dans le cuir chevelu.

Il a ainsi des malades gravement atteints d'affections chroniques oculaires qui gardent cinq et six mois ces cautères, et qui s'en trouvent très bien. Il en a ainsi obtenu de bons résultats, en particulier dans des cas d'amblyopie syphilitique, de conjonctivites granuleuses. On sait aussi que tout traumatisme fait dans le voisinage de l'œil, incision de la commissure, iridectomie, peut avoir une influence très heureuse sur certaines affections, voire même sur les taies de la cornée.

En résumé, toute révulsion détermine un phlegmon de voisinage qui fait appel aux leucocytes, aux microbes et aux toxines, et qui, par ce fait, en débarrasse le point de l'organisme malade.

M. Panas, bien qu'élève de Malgaigne, est donc resté partisan de la révulsion, des révulsifs et, en particulier, du vésicatoire.

M. CORNIL n'intervient dans ce débat que pour exposer l'action physiologique de la cantharidine sur les tissus et cellules, dont on peut tirer des conclusions applicables à cette discussion.

L'action du poison injecté sous la peau porte d'abord sur la membrane interne des vaisseaux. Elle se manifeste au niveau des petits vaisseaux et des capillaires par la distension vasculaire et les modifications des cellules endothéliales qui laissent passer des leucocytes à travers leurs parois. Cela est très évident au niveau des glomérules du rein. En même temps, le passage du liquide irritant dans les tubes contournés détermine un état granuleux des cellules épithéliales et des tubes.

Cette altération des cellules, partie du glomérule et propagée dans les tubes contournés, se continue dans les tubes droits et collecteurs.

Les mêmes troubles s'observent du côté des poumons, des bronches, de l'intestin, etc.

Cette néphrite cantharidienne, intense et rapide avec cystite, est bien celle qu'on observe chez l'homme après un large vésicatoire, surtout chez un jeune sujet.

Avec l'albumine passent dans les urines, venant du rein, des cylindres hyalins, des leucocytes et des cellules rénales et uretéro-vésicales.

Cette albuminurie passagère, de nature cantharidienne, pourra devenir le stimulant, chez un malade prédisposé par une maladie infectieuse, d'une albuminurie suraiguë. Elle ajoutera son inflammation aux lésions d'une albuminurie légère (comme celle de la scarlatine ou de la fièvre typhoïde), la rendra plus intense et plus longue, ou même tout à fait chronique. De même un vésicatoire pourra donner une cystite intense à un sujet déjà atteint de blennorragie.

Si, au lieu d'une intoxication rapide, on envisage les empoisonnements lents, par petites doses journellement répétées chez les animaux, on n'en constate pas moins des lésions de néphrite, portant à la fois sur tous les éléments du rein. Il n'y a donc pas lieu de distinguer, dans l'intoxication cantharidienne, une néphrite interstitielle et une épithéliale, ni de supposer que la cantharide agira de façon différente dans les deux cas. Nous savons, du reste, que toutes les néphrites portent à la fois sur toutes les parties constituantes du rein.

Pour en revenir à l'emploi des vésicatoires, M. Cornil n'y a recours que très rarement, en raison des dangers qu'il vient d'exposer, et seulement chez les sujets dont les reins fonctionnent bien ; en outre, il prend toutes les précautions possibles pour empêcher les accidents de néphro-cystite. On peut, du reste, obtenir les mêmes effets révulsifs et analgésiques par d'autres agents.

De même, pour ce qui est de l'action générale du vésicatoire, on peut réaliser autrement la congestion vasculaire, la leucocytose, la diapédèse des globules blancs et du sérum, la ventilation pulmonaire dont a parlé M. Robin dans sa communication. Il suffirait, en effet, de faire une injection sous-cutanée d'une quantité bien dosée de cantharidine. Ce serait beaucoup plus sûr, et on éviterait ainsi une plaie qui peut être le siège d'infections secondaires, locales ou généralisées.

M. ROBIN fait observer que M. Huchard a fait dévier le débat. Il avait prétendu que, grâce au vésicatoire, on peut obtenir l'augmentation de la ventilation pulmonaire, l'augmentation de l'absorption d'oxygène. M. Huchard pense que ces résultats peuvent être obtenus par d'autres moyens sans inconvénients.

Ainsi que M. Huchard le rappelait, en 1891, M. Robin avait démontré que le bain salé augmentait les échanges généraux, ce qui n'est pas la même chose que l'augmentation des échanges respiratoires que produit le vésicatoire. M. Huchard pense que le seul moyen de destruction des toxines, c'est de les éliminer. Mais il y a bien d'autres moyens, l'augmentation des oxydations, par exemple, peut jouer un rôle considérable dans leur destruction et c'est ce que fait le vésicatoire, ainsi que M. Robin l'a démontré dans sa communication. Il a donc, à ce point de vue spécial, une action incontestablement utile.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Séance du 14 février :

Questions posées à l'oral : Racines rachidiennes. — Causes, symptômes et diagnostic de la chorée.

MM. Bonnel, 18 + 25 = 43. — Boricaud, 17 + 25 = 42. — Quiserne, 16 1/2 + 21 = 37 1/2. — Mauté, 12 1/2 + 25 = 37 1/2. Robert, 14 + 22 = 36. — Chevalier, 11 + 23 = 34. — Mircouch, 13 + 21 = 34. — Bentz, 13 + 20 = 33. — Chapotin, 13 + 20 = 33.

— MM. les élèves actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, nº 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1898, savoir :

Pour MM. les élèves internes : de deuxième, troisième et quatrième années, le vendredi 18 février, à deux heures ; — de première année et à MM. les internes provisoires, le samedi 19 février, à deux heures.

Pour MM. les élèves externes : de troisième année, le lundi 21 février, à une heure et demie ; — de deuxième année, le mercredi 23 février, à une heure et demie ; — de première année, première moitié de la liste, le jeudi 24 février, à une heure et demie ; deuxième moitié de la liste, le vendredi 25 février, à dix heures.

N.-B. — Les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement au concours.

— *Agrégation des facultés de médecine.* — Sont admis à prendre part au concours d'agrégation qui s'ouvrira à Paris, le 7 mars 1898, pour quinze places d'agrégés des Facultés de médecine (section de chirurgie et accouchements) :

Académie de Bordeaux. — MM. les docteurs de la Faculté de Bordeaux Chavannaz (Georges-Alfred), né à Bordeaux, le 4 juin 1866 (Bordeaux, chirurgie). — Fieux (Jean-Marie-Joseph-Georges), né à Bordeaux, le 10 mai 1868 (Bordeaux, accouchements). — Vitrac (Jean-Marie-James-Junior), né à Libourne, le 1er mars 1871 (Bordeaux, chirurgie).

Académie de Lille. — M. Gaudier (Henri-Joseph), né à Mâcon, le 6 avril 1866, docteur de la Faculté de Lille (Lille, chirurgie).

Académie de Lyon. — MM. les docteurs de la Faculté de médecine de Lyon Albertin (Henri-Alphonse), né à Cours, le 7 novembre 1860 (Lyon, chirurgie). — Bérard (Léon-Eugène), né à Morez, le 17 février 1870 (Lyon, chirurgie). — Bert (Amédée-Louis), né à Céligny (Suisse), le 30 juin 1868, naturalisé Français par décret du 29 octobre 1894 (Lyon, chirurgie). — Destot (Étienne-Auguste-Joseph), né à Dijon, le 1er mars 1864 (Lyon et subsidiairement toutes les autres facultés, chirurgie). — Dor (Louis-Édouard-Henri), né à Vevey (Suisse), le 6 mai 1866, descendant de parents français expatriés pour cause de religion, Français en exécution des dispositions de l'article 22 de la loi des 9-15 décembre 1790 (Lyon, chirurgie). — Gayet (Marc-Eugène-Georges), né à Lyon, le 31 août 1870 (Lyon, chirurgie). — Martel (Désiré-Laurent), né à Lyon, le 14 avril 1868 (Lyon et subsidiairement les autres facultés des départements, chirurgie). — Nové-Josserand (Pierre-Marie-Gabriel), né à Amplepuis, le 3 octobre 1868 (Lyon, chirurgie). — Rivière (Joseph-Léon-Arthur), né à Lyon, le 18 septembre 1867 (Lyon et subsidiairement les autres facultés des départements, chirurgie). — Villard (Marie-Joseph-Eugène), né à Lyon, le 25 décembre 1868 (Lyon, chirurgie).

Académie de Montpellier. — MM. Capman (Maurice-Honoré-Denis), né à Capestang, le 22 septembre 1868, docteur de la Faculté de Montpellier (Montpellier et Toulouse, chirurgie). — Imbert (Jacques-Armand-Léon), né à Orange, le 8 août 1868 (Montpellier et subsidiairement les autres Facultés des départements, chirurgie). — M. Imbert est inscrit sous la réserve qu'il produira le diplôme de docteur en médecine le jour de l'ouverture du concours.

Académie de Nancy. — MM. les docteurs de la Faculté de Nancy André (Charles-Paul), né à Nancy, le 12 décembre 1869 (Nancy, chirurgie). — Pillon (Lucien-Édouard-Aurélien), né à Fréjus, le 25 mars 1867 (Nancy, chirurgie).

Académie de Paris. — MM. Audebert (Joseph-Léon), né à Bordeaux, le 23 mars 1864, docteur de la Faculté de Bordeaux (Bordeaux, accouchements). — Auvray (Louis-Maurice), né à Bernières-sur-Mer, le 1er juin 1868, docteur de la Faculté de Paris (Paris, chirurgie). — Bégouin (Paul-Éloi), né à Réaux, le 23 juin 1867, docteur de la Faculté de Bordeaux (Bordeaux, chirurgie). — MM. les docteurs de la Faculté de Paris Bouffe (Gabriel), né à Saint-Omer, le 2 octobre 1862 (Paris, accouchements). — Cestan (Jacques-Marie-Raymond-Étienne), né à Gaillac, le 4 mars 1867 (Toulouse, chirurgie). — Cladó (Spiro), né à Smyrne, le 3 décembre 1856, naturalisé Français par décret du 30 juillet 1888 (Paris, chirurgie). — Delbet (Denis-Auguste-Pierre-Georges-Paul), né à Paris, le 13 janvier 1866 (Paris, chirurgie). — Demelin (Lucien-Alfred-Alexandre), né à Amiens, le 17 février 1861 (Paris, accouchements). — Demoulin (Marie-Léon-Alphonse), né à Troyes, le 7 mai 1859 (Paris, chirurgie). — Faure (Jean), né à Sainte-Foy-la-Grande, le 27 octobre 1863 (Paris, chirurgie). — Glantenay (Louis-François-Claude), né à Beaune, le 23 novembre 1868 (Paris, chirurgie). — Guillemain (Germain-Alexandre), né à La Châtre, le 10 avril 1864 (Paris, chirurgie). — M. Le Fort (René-Léon), né à Lille, le 30 mars 1869, docteur de la Faculté de Lille (Lille, Bordeaux, Montpellier et Toulouse, chirurgie). — MM. les docteurs de la Faculté de Paris Legueu (Marie-Louis-Félix-Gabriel), né à Angers, le 12 août 1863 (Paris, chirurgie). — Lepage (Gabriel-Albert-Lucien-Ferdinand), né à Verdes, le 4 septembre 1859 (Paris, accouchements). — Lyot (André-Constant), né à Chalon-sur-Saône, le 8 octobre 1861 (Paris, chirurgie). — Maire (Jean-Claude-Léon), né à Vichy, le 27 novembre 1870 (Bordeaux et Toulouse, accouchements). — Mauclaire (Louis-Placide-Henri-François), né à Paris, le 30 juillet 1863 (Paris, chirurgie). — Mencière (Marie-François-Louis-Ernest), né à Saint-Genis, le 25 septembre 1870 (toutes les Facultés des départements, chirurgie). — Mignot (René-Louis-Ernest), né à Pougues-les-Eaux, le 6 février 1864 (Paris, chirurgie). — Paquy (Louis-Jules-Émile), né à Paris, le 15 juillet 1866 (Paris, accouchements). — Peraire (Samuel-Emmanuel-Maurice), né à Aix-en-Provence, le 21 février 1858 (Paris, chirurgie). — Potocki (Louis-Julien), né à Schweizerhall (Suisse), le 22 septembre 1860, naturalisé Français par décret du 9 avril 1888 (Paris, accouchements). — Reymond (Élie-Henri-Émile), né à Tarbes, le 9 avril 1865 (Paris, chirurgie). — Rieffel (Henri), né à Barr, le 1er mars 1862 (Paris, chirurgie). — Schwaab (Albert), né à Saverne, le 7 novembre 1869 (Paris, accouchements). — Souligoux (Antoine-Léonce-Charles-Auguste), né à Brassac, le 3 janvier 1865 (Paris, chirurgie). — M. Tailhefer (Antonin-Clair-Émile), né à Capestang, le 27 avril 1869, docteur de la Faculté de Toulouse (Toulouse et subsidiairement Montpellier, Bordeaux, Lille et Nancy, chirurgie). — MM. les docteurs de la Faculté de Paris Vanverts (Julien-Louis-Joseph), né à Lille, le 10 novembre 1870 (Lille, chirurgie). — Villemin (Julien-Paul-Amand), né à Strasbourg, le 7 mai 1861 (Paris, chirurgie). — Wallich (Victor-Jacques), né à Marseille, le 1er juillet 1863 (Paris, accouchements).

Académie de Toulouse. — MM. les docteurs de la Faculté de Paris Bauby (Denis-Justin-Louis-Marie), né à Perpignan, le 26 mars 1864 (Toulouse, chirurgie). — Chamayou (Léon), né à Rabastens, le 3 février 1864 (Toulouse, chirurgie). — MM. les docteurs de la Faculté de Toulouse Gally (Célestin-Jean-Philippe), né à Armisson, le 1er avril 1869 (Toulouse, chirurgie). — Stieber (Onix-Émile-Michel), né à Négrepelisse, le 7 septembre 1866 (Toulouse, accouchements).

— M. Arnozan, professeur de thérapeutique, membre du Conseil de l'Université, est nommé, pour trois ans, assesseur du doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Sur la proposition de M. Brouardel, l'Académie des sciences a décidé qu'une Commission spéciale sera chargée de l'examen des questions se rapportant aux effets et à la propagation de la tuberculose.

Cette Commission comprendra les six membres de la section de médecine et de chirurgie, les deux secrétaires perpétuels de l'Académie et MM. Brouardel, de Freycinet, de Jonquières, Chauveau, Duclaux et Arm. Gautier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudr.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 21. — SAMEDI 19 FÉVRIER 1898. 71e ANNÉE SAMEDI 19 FÉVRIER 1898. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### L'orchite des prostatiques.

Par les docteurs A. GUÉPIN,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,
et P. LOZÉ.

I

Par « orchite des prostatiques », il faut entendre l'ensemble des accidents inflammatoires funiculo-orchi-épididymaires, ayant leur origine dans une affection aiguë ou chronique de la prostate. Mais cette définition serait incomplète si elle n'était suivie de celle du prostatique et si l'on n'envisageait point les différentes catégories de malades auxquels on peut appliquer cette épithète. On entend, en général, par « prostatique », le vieillard atteint d'hypertrophie sénile de la prostate. La prostatomégalie est un des caractères principaux de son affection ; mais on sait combien ses glandes dilatées et sclérosées sont exposées à s'enflammer facilement ; et les phénomènes d'infection générale ou propagée ont, ordinairement, pour point de départ, la prostate et les vésicules séminales (1).

Des hommes d'âge mur, ou même des jeunes gens, atteints de prostatite chronique, peuvent encore être dits prostatiques. Les conditions dans lesquelles se présentent leurs appareils glandulaires, au point de vue de l'infection, sont presque identiques, en effet, à celles du vieillard atteint d'hypertrophie sénile. Si l'on ne remarque point chez eux la sclérose périglandulaire, on trouve cependant l'organe un peu augmenté de volume (2), distendu par des sécrétions muco-purulentes, parfois sanguinolentes, que la pression fait sourdre par les orifices glandulaires. Qu'il s'agisse d'un état aigu ou chronique, ils présentent les mêmes troubles urinaires que les vieillards, c'est-à-dire : fréquence des mictions, difficultés, stagnation d'urine et parfois rétention. Car ces troubles urinaires dépendent de la prostatomégalie. Ils peuvent aussi avoir, exceptionnellement d'ailleurs, des complications du côté de la vessie ou des reins, ou des accidents généraux dus à l'infection.

Voici donc deux groupes de malades, placés dans des conditions analogues, mais variables suivant l'âge, la durée des accidents, la fréquence des complications, la curabilité ; variables encore suivant les lésions anatomo-pathologiques de la prostate et des vésicules : simple dilatation glandulaire avec infection, sclérose glandulaire au début ou sclérose très accentuée, que l'on peut réunir sous la commune dénomination de *prostatiques*, c'est-à-dire de malades dont les glandes du carrefour génito-urinaire, infectées, déversent dans l'urèthre partie ou totalité de leurs sécrétions (1).

L'orchite survenant dans ces conditions, spontanément, ou à l'occasion d'un incident quelconque et insignifiant en apparence, ayant son origine dans une infection de la prostate et de la région prostatique de l'urèthre, est à rapprocher de l'orchite « par effort », de l'orchite consécutive au cathétérisme ou à la lithotritie.

L'orchite par effort, telle que nous la voyons décrite par Terrillon (2), Castex (3), Guillet (4), est même directement assimilable à l'orchite des prostatiques. La contusion du testicule n'est, en réalité, que la cause apparente ; l'infection de l'urèthre profond en est la cause efficiente.

L'orchite consécutive au cathétérisme (Pilven), et dont la connaissance est due aux travaux de Velpeau (5), Boyer (6), Leroy [d'Étiolles] (7), Civiale, Philips, Curling (8), Mondèle, Smytère, Mickaniewski, etc., n'a que des rapports moins évidents avec l'orchite des prostatiques ; car le canal peut être primitivement indemne de toute infection et les microbes apportés par un cathétérisme septique. Comme il est actuellement possible de faire un cathétérisme aseptique, l'orchite qui lui succéderait serait alors vraisemblablement une orchite prostatique.

Quant à l'orchite de la lithotritie, le traumatisme et les

(1) A. GUÉPIN. Le foyer infectieux prostato-génital, *Tribune méd.*, 28 oct. 1896.

(2) BOUILLY. *Manuel de pathologie externe*, t. IV, 1892, p. 246.

(1) A. GUÉPIN. Orchite des prostatiques, *Tribune méd.*, 26 fév. 1896.

(2) TERRILLON. De l'orchite par effort, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1885, p. 230.

(3) CASTEX. De l'orchite par effort, *Ann. des mal. des org. géni-urin.*, 1891, p. 558.

(4) GUILLET. Pseudo-orchite par effort, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1889, p. 673.

(5) VELPEAU. *Dict. en 30 vol.*, art. TESTICULE, p. 464 et suiv.

(6) BOYER. *Traité des maladies chirurgicales*, 1826, p. 118 et suiv.

(7) LEROY (d'Étiolles). *Des angusties*, 1845, p. 390 et suiv.

(8) CURLING. *Traité pratique des maladies du testicule, du cordon spermatique, etc.*, trad. Gosselin, Paris 1857, p. 291 et suiv.

germes qui ont pu être introduits avec l'instrument suffisent à en expliquer l'apparition et il serait souvent difficile de l'identifier avec la variété que nous étudions ici.

Enfin l'orchite des prostatiques peut être nettement différenciée, par sa symptomatologie spéciale, de l'orchite uréthrale type, consécutive à une uréthrite franche (blennorragie) et de l'orchite de cause générale (oreillons, fièvre typhoïde).

II

Pendant une longue période, l'orchite des prostatiques fut connue et bien observée dans ses symptômes. Mais les causes et la pathogénie en restaient des plus confuses. On avait recours, pour en expliquer l'apparition, à des hypothèses également défendables (cathétérisme, traumatisme, effort, spermatocèle). Smytère (1), dans sa thèse, expose les opinions courantes à son époque et cite Velpeau, Vidal, Fabrice de Hilden, Aug. Bérard, Astley Cooper. Le mémoire de Mondèle (2) et celui de Mickaniewski (3) s'attachent surtout, après Gosselin et Velpeau, à mettre en relief l'importance de l'irritation des voies génitales, soit par continence excessive, soit par excès vénériens. Ils invoquent encore la théorie *a frigore* et l'action des purgatifs drastiques. En somme, ce qui pourrait servir à caractériser cette première et longue période, c'est la multiplicité autant que le manque de précision des causes présumées de l'orchite.

Pilven (4), en 1884, apporta de l'ordre dans la question; il résuma et discuta les opinions précédemment émises de Velpeau, Christian Smith, Roux (5), Mauriac (6), sur la propagation et la métastase; de Langlebert, sur le mécanisme réflexe; de Civiale, Gosselin et Desprès, sur le spermatocèle; et enfin la théorie de la lymphangite funiculaire, de la congestion et de la phlébite des veines du cordon.

Mais, déjà, depuis quelques années, avec Follin et Duplay (7), Delome [8] (1877), etc., on savait que l'orchite dite par effort, et que nous assimilons à l'orchite des prostatiques, semblait liée à l'existence d'une uréthrite profonde méconnue, à des états subinflammatoires du col vésical et de la prostate. Guelliot [1889 (9)] et Castex (1891) vinrent défendre les mêmes idées qui furent désormais à peu près généralement admises. Tout dernièrement, Macaigne et Vanverts (10) ont abordé la bactériologie des orchites non blennorragiques en particulier.

(1) SMYTÈRE. *Diverses variétés d'orchites aiguës*, Th. de Paris, 1853.

(2) MONDÈLE. *Des différentes variétés d'orchites aiguës*, Th. de Paris, 1857.

(3) MICKANIEWSKI. *Considérations sur la terminaison de l'orchite par suppuration*, Th. de Paris, 1879.

(4) PILVEN. *De l'orchite consécutive au passage d'instruments dans le canal de l'urèthre*, Th. de Paris, 1884.

(5) ROUX. *Dict. en 30 vol.*, art. TESTICULE, 1844, p. 466 et suiv.

(6) MAURIAC. Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite, etc., *Gaz. méd. de Paris*, 1869 et 1870.

(7) FOLLIN et DUPLAY. *Pathologie externe*, art. ORCHITE, 1888, t. VII, p. 277 et suiv.

(8) DELOME. *De l'orchi-épididymite prétendue par effort*, Th. de Paris, 1877.

(9) GUELLIOT. Pseudo-orchite par effort, *Union méd. et scient. du Nord-Est*, juillet 1889.

(10) MACAIGNE et VANVERTS. Étiologie et pathologie des orchi-épididymites aiguës et en particulier des orchi-épididymites d'origine uréthrale, non blennorragiques, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896, p. 673.

La valeur pathogénique des différentes raisons invoquées, la nécessité d'une infection uréthrale, désormais bien établies, restait à préciser le siège habituel dans l'urèthre des agents infectieux qui envahissent les voies génitales. On crut que, le plus souvent, ils siégeaient à la surface même du canal dans sa portion profonde. En 1885, Reliquet (1) émit, le premier, la conception actuelle de l'orchite des prostatiques. Déjà, il est juste de le reconnaître, elle avait été présentée par un grand nombre d'auteurs, sans toutefois avoir été formulée d'une façon nette et définitive; il démontra que l'infection des voies génitales succédait ordinairement à la stagnation des sécrétions dans la prostate et les vésicules; et, qu'en agissant sur les causes mêmes de la stagnation dans les glandes du carrefour génito-urinaire, on remplissait à la fois les indications prophylactiques et curatives du traitement de l'orchite spontanée.

Il revint dans la suite sur ce sujet pour apporter de nouveaux exemples, tous favorables à ce mode d'explication des faits (2) [1894].

Depuis cette époque, l'un de nous a eu l'occasion de parler plusieurs fois des accidents orchi-funiculo-épididymaires des prostatiques (3); l'autre en a fait l'objet de sa thèse de doctorat (4).

III

Ainsi qu'il a déjà été dit, la cause primordiale de l'orchite est l'infection de l'urèthre profond et, plus particulièrement, de la prostate et des vésicules séminales. Or, cette condition est surtout fréquente chez le vieillard aux deux premiers stades de l'évolution de la prostate sénile, alors que les glandes sont seulement dilatées et commencent à se scléroser; car, au troisième stade, la sclérose périglandulaire est absolue (5). Elle est à peu près aussi fréquente chez les sujets d'âge moyen, atteints de prostatite subaiguë ou chronique; on la retrouve assez souvent chez les jeunes.

De quelle nature est l'infection dans l'orchite des prostatiques et quels sont les microbes que l'on peut y rencontrer? Il est encore impossible de se prononcer, les auteurs s'étant surtout occupés de la bactériologie de l'orchite blennorragique vraie. Il faut cependant rappeler les conclusions de Sée (6), Eraud et Hugounencq (7), tout en faisant remarquer qu'il ne convient peut-être pas de les généraliser. D'après Eraud et Hugounencq, l'agent pathogène ordinaire serait un micro-organisme spécial, saprophyte normal de l'urèthre, qu'ils ont appelé orchiocoque. D'après Sée, le gonocoque devrait être souvent incriminé, parfois peut-être ses toxines (Jadassohn), mais plus habituellement le diplocoque lui-même [Routier (8), Finger]. Macaigne et Vanverts ont signalé le streptococcus pyogenes, le micrococcus pyogenes aureus, le diplococcus subflavus, le micro-

(1) RELIQUET. *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, 1885.

(2) RELIQUET et GUÉPIN. *Les glandes de l'urèthre*, 1894, t. I, p. 225.

(3) A. GUÉPIN. Orchite des prostatiques, loc. cit. — Prostatite blennorragique subaiguë, *Tribune méd.*, 18 mars 1896, etc.

(4) P. LOZÉ. *L'orchite des prostatiques*, Th. de Paris, juillet 1897.

(5) A. GUÉPIN. Formes curables de l'hypertrophie sénile de la prostate, Acad. de méd., 13 avril 1897.

(6) SÉE. *Le gonocoque*, Th. de Paris, 1896.

(7) ÉRAUD et HUGOUNENCQ. Sur un microbe pathogène de l'orchite blennorragique, Acad. des sc., 1893.

(8) ROUTIER. Orchite blennorragique suppurée, *Médecine mod.*, 17 juillet 1895.

coccus ceruleus albus, les pseudo-gonocoques analogues à l'orchiocoque, la bactérie isolée, la bactérie pyogène, dans des orchites succédant à des uréthrites non gonococciques. Legrain et Legay (1) ont trouvé le bacillus zopfii et un microcoque, le microcoque orangé de l'urèthre, micrococcus ascarius de Doyen ou microcoque n° 2, décrit par Petit et Wassermann dans l'urèthre normal. Les microbes spécifiques, comme celui de la tuberculose, n'ont jamais été rencontrés, sauf dans le cas d'orchites également spécifiques (Mickaniewski).

Parmi les causes prédisposantes, citons le lymphatisme (Reliquet), le rhumatisme, la goutte et peut-être la syphilis.

Mais il ne suffit point de savoir quel est le terrain propre à l'évolution des accidents, on doit connaître encore les modifications locales et les conditions favorables à l'éclosion des phénomènes infectieux et à leur propagation. C'est, avant tout, la stagnation des sécrétions dans les glandes génitales (prostate et vésicules), stagnation qui se complique ordinairement d'hypersécrétion et qui aboutit à la dilatation glandulaire, d'abord curable, puis définitive, par transformation scléreuse des parois glandulaires. En outre, la dilatation glandulaire s'accompagne d'un état congestif local et périphérique, qu'aggravent encore la stagnation d'urine due à la prostatomégalie et la difficulté des selles. Les causes occasionnelles (cathétérisme, effort, traumatisme léger) n'auront désormais qu'une petite importance, le microbe lui-même, gonocoque ou autre, tout en étant indispensable, ne jouera parfois qu'un rôle secondaire. Les lésions tuberculeuses ou cancéreuses des glandes du carrefour génito-urinaire agissent aussi en préparant le milieu pour la pullulation de tel ou tel micro-organisme.

IV

Maintenant que nous avons fait la part, aussi exacte que possible, des causes déterminantes, prédisposantes et occasionnelles, du milieu et du microbe, passons en revue les principales théories pathogéniques de cette forme d'orchite.

Propagation. — La théorie de la propagation simple de l'inflammation de l'urèthre au cordon et au testicule, est celle qui semble tout d'abord la plus rationnelle. C'est ce mécanisme qu'avait invoqué Velpeau (2), qui ajoutait que, lorsque le cordon ne présente pas de gonflement, la muqueuse seule du canal est prise. Il croyait, en outre, que l'inflammation pouvait s'étendre de proche en proche au moyen de particules, sans lésions intermédiaires. Ch. Smith (3) admet la propagation par continuité des tissus; Cullerier se rallie à cette opinion, et dans le cas où l'on ne rencontre pas de gonflement antérieur du canal déférent, songe à l'action réflexe. Roux, Mauriac, Terrillon et Malassez (4), appuyant leurs idées sur des expériences, ne parlent que de propagation.

Métastase. — La disparition de l'écoulement uréthral, quand il existe, au moment où apparaît l'orchite, et son retour lorsque se calment les accidents testiculaires, se rattachaient jadis à la théorie métastatique, aujourd'hui abandonnée (1).

Action réflexe. — La mise en jeu de la sensibilité uréthrale suffisait encore, pour Pilven, à expliquer l'éclosion de l'orchite.

Spermatocèle. — Le spermatocèle n'est autre chose que la stagnation des éléments du sperme dans les voies génitales, consécutive à l'oblitération par gonflement des canaux éjaculateurs (Civiale, Gosselin, Després, Mauriac). Il a été décrit plus haut à propos de l'étiologie, en y ajoutant l'élément essentiel et indispensable auquel ne songeaient point les auteurs précités : l'infection.

Lymphangite funiculaire et phlébite des veines du cordon [Reliquet, Pilven (2)]. — La lymphangite et la phlébite des veines du cordon, seraient l'intermédiaire pathologique entre le testicule et l'urèthre enflammé. Elles donneraient aussi la raison d'être du gonflement en masse du cordon, des abcès qui se produisent dans le tissu cellulaire ambiant à différentes hauteurs, tous accidents qui ont été étudiés sous le nom de *périorchite* (3).

Les théories précédentes, dans leur exclusivisme, ne répondent point à la réalité des faits ; aussi est-il vraisemblablement équitable de faire la part de chacune des hypothèses pathogéniques de l'orchite et l'étude clinique justifie peut-être un semblable éclectisme. Déjà Civiale, Mauriac n'étaient-ils point absolus dans l'interprétation du mécanisme de l'inflammation testiculaire, et Pilven mettait-il en lumière l'insuffisance d'un mode unique d'explication, attachant peut-être une importance excessive à la lymphangite funiculaire. La métastase, ce sont les symptômes d'infection générale qui coïncident avec la rétention des sécrétions glandulaires infectées et par conséquent la cessation de l'écoulement uréthral. Le gonflement inflammatoire (spermatocèle) provoque, en effet, la stagnation du sperme, quand toutefois il y a, au-dessous du point où siège l'obstacle, une irritation, disons une infection, qui modifie les conditions quantitatives et qualitatives des sécrétions normales; la propagation infectieuse a donc précédé le gonflement et la stagnation spermatique. Alors, à un certain moment, s'ajoutent la congestion veineuse, la phlébite du cordon, la lymphangite, qui sont autant des symptômes de la période avancée du mal, que des complications presque inévitables dans les cas de grande intensité.

V

Il n'est pas actuellement possible de faire, à proprement parler, un chapitre d'anatomie pathologique, les autopsies étant muettes ou à peu près sur l'état des voies génitales, quand les sujets succombent à l'infection générale ou à une complication rénale, broncho-pulmonaire, etc. De plus, les lésions constatées pendant la vie sont signalées à propos de la symptomatologie, et il n'y a pas lieu de revenir sur ce point.

(1) Legrain et Legay. Sur un cas d'uréthrite sans gonocoque avec complication d'épididymite, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891, p. 141.

(2) Velpeau. Loc. cit.

(3) Ch. Smith. *Précis clinique des affections des voies génito-urinaires chez l'homme*, Bruxelles 1880.

(4) Terrillon et Malassez. *Arch. de physiol.*, 1880.

(1) A. Guépin. Écoulements uréthraux providentiels, *Tribune méd.*, 19 mai 1897.

(2) Pilven (Th. citée) parle longuement de la pathogénie de l'orchite des prostatiques et fait une bibliographie qu'il nous a paru inutile de reproduire pour les travaux de médiocre importance ou ne traitant le sujet que d'une façon accidentelle.

(3) Reliquet et Guépin. *Les glandes de l'urèthre*, t. I, p. 229.

Toutefois, Reliquet a pu faire la nécropsie d'un malade qui est mort au commencement de la résolution d'une orchite gauche provoquée par de fausses manœuvres du cathétérisme dans la région prostatique. Le canal déférent était gorgé de pus, on en trouvait jusque dans les canaux de l'épididyme. Les tissus voisins du canal déférent étaient intacts; mais ceux qui enveloppaient l'épididyme étaient enflammés; on les séparait difficilement de l'organe, c'était tout à fait un phlegmon du tissu ambiant. Ainsi, là comme autour du rein et de la vessie, se produit l'inflammation des tissus voisins; « et ainsi se forment les abcès du scrotum, assez fréquents dans ces orchites (1). »

## VI

On pourra, artificiellement d'ailleurs, considérer, à l'orchite des prostatiques, trois formes cliniques reliées par de nombreux cas intermédiaires.

1° Forme atténuée. — Dans cette catégorie nous devons faire rentrer les orchites en quelque sorte avortées, sans grande réaction locale ou générale. Une sensation de pesanteur dans les bourses, d'un seul ou des deux côtés, des douleurs vagues le long du trajet du cordon, un gonflement médiocre bien que manifeste, coïncidant avec la disparition ou la diminution de l'écoulement uréthral ou du pus des urines, tel en est le début ordinaire. La prostate est augmentée de volume et de consistance; il y a un peu de fièvre, de l'inappétence, de la constipation.

Spontanément ou sous l'inflence du traitement, les choses en restent là. La sensibilité s'atténue de plus en plus, le gonflement disparaît, les urines redeviennent purulentes et la prostate souple. Cela se rencontre assez souvent chez le vieillard astreint à l'usage de la sonde, parfois aussi chez le jeune prostatique; sur cette modalité clinique on édifia jadis la théorie réflexe.

2° Forme de moyenne intensité. — Les symptômes locaux, dans les circonstances les plus habituelles, prennent une autre importance. Mais le début est en tout analogue à celui de la forme atténuée; c'est-à-dire que la sensibilité obtuse que réveille la pression du doigt, le gonflement local, les modifications du côté de la prostate, des urines ou de l'écoulement, les troubles généraux, se montrent presque en même temps et augmentent parallèlement. L'œdème du cordon, d'abord apparent au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, descend vers le testicule, en paraissant diminuer dans les points primitivement atteints. En un jour ou deux, rarement trois, l'épididyme est pris; sa masse, augmentée de volume, se confond avec celle du testicule, qu'elle recouvre. L'œdème des enveloppes masque le contour des deux organes. Cependant, l'épanchement vaginal est ordinairement médiocre; la peau du scrotum est peu rouge, peu tendue, parfois adhérente aux plans sous-jacents. Les douleurs, sans grande acuité et sans irradiations multiples, sont exaspérées par le toucher, surtout à la partie supérieure du cordon et au niveau de l'épididyme.

En trois ou quatre jours, les accidents ont atteint leur summum d'intensité : la tuméfaction cesse de s'accroître; il faut déplacer le testicule pour réveiller une douleur, même localisée, dans les points particulièrement sensibles signalés plus haut. La fièvre tombe, la langue se nettoie, les garde-robes se régularisent; et la prostate, comme ses sécrétions, redeviennent ce qu'elles étaient avant l'apparition de l'orchite.

L'épanchement dans la cavité de la vaginale est quelquefois en quantité notable (1), et sa présence est alors la cause de vives douleurs que la ponction calme aussitôt. Ordinairement séreux, il peut être chargé de grumeaux et même franchement purulent.

Il est peu fréquent de voir survenir des abcès à siège variable, pendant la marche progressive ou la période stationnaire de l'orchite. Ces abcès se rencontrent le long du cordon à différentes hauteurs, au niveau de l'épididyme, dans le testicule lui-même. De petit volume, peu profondément situés sous la peau qui devient rapidement adhérente, ils s'ouvrent spontanément ou sont incisés par le chirurgien et guérissent très simplement en quelques jours (2). Il est probable qu'il s'agit d'abcès lymphangitiques et nous avons proposé de désigner ces accidents par le terme de périorchite. L'abcès du testicule, rare, est suivi de fongus et de perte de l'organe.

Avec ou sans ces complications, la résolution se fait d'une façon lente; la disparition de l'œdème est progressive et demande parfois plusieurs semaines. Il persiste une légère hydrocèle ou une induration épididymaire. Ces indurations épididymaires consécutives à l'orchite prostatique passent souvent à l'état chronique et sont parfois d'un diagnostic très difficile; nous nous proposons d'étudier en détail cette importante question.

Dans cette description, nous avons surtout pensé au vieillard; mais chez les jeunes, les phénomènes généraux et locaux, plus aigus, cessent aussi plus vite; la résolution est plus rapide et se fait en huit, douze jours, exceptionnellement davantage; et il ne reste bientôt que quelques traces de cette inflammation.

Si la terminaison se fait d'ordinaire d'une façon lente et presque insensible, il arrive qu'elle soit brusque, à la suite d'évacuations abondantes de muco-pus, fétide, strié de sang, se produisant la nuit et que le malade considère comme des éjaculations (3). Toutefois, dans le cas où ces évacuations ont été examinées au microscope, on n'y a pas trouvé de spermatozoïdes.

3° Forme grave (4). — La forme grave n'a été rencontrée que chez les vieux prostatiques et n'est qu'un épiphénomène survenant au cours d'une infection généralisée. Les sécrétions de la prostate et des vésicules distendues, infectées, et dont les micro-organismes subissent l'exaltation de leur virulence à la suite d'une maladie (grippe), d'un cathétérisme, d'efforts de miction volontaire ayant fait pénétrer de l'urine dans les glandes, entrent en rétention. Les deux testicules, ou l'organe d'un seul côté, se tuméfient lentement. En même temps, la dysphagie, la pesanteur de tête, la constipation s'établissent. Le thermomètre ne donne guère que 38°5, 39 degrés. Mais les forces déclinent, la langue devient sèche et noirâtre; les urines abondantes

(1) Reliquet. *Œuvres complètes*, t. III (Complications inflammatoires de la prostate sénile).

(1) P. Lozé. Th. citée, Obs. X.

(2) P. Lozé. Th. citée, Obs. I.

(3) Reliquet. *Les glandes de l'urèthre*, t. I, p. 230; — Lozé. Th. citée, Obs. VII.

(4) Lozé. Th. citée, Observations.

sont cependant peu chargées de pus et ont seulement l'apparence laiteuse. Le malade ne tarde pas à succomber dans le coma ou par le fait d'accidents dits urémiques. A la dernière période, les urines sont rares, brunâtres et présentent l'odeur de macération anatomique. Cette gravité tient non seulement aux modifications profondes de structure des cavités glandulaires, mais également et peut-être surtout à l'insuffisance fonctionnelle des différents organes (foie, reins) et parfois à la virulence de l'agent infectieux.

VII

Le diagnostic positif, tant de l'orchite que de ses complications, est ordinairement de la plus grande facilité, quand il a été possible d'examiner complètement le malade, en tenant compte des données étiologiques et de la symptomatologie.

L'orchite de la blennorragie diffère par les circonstances dans lesquelles elle se montre : blennorragie aiguë au déclin. Elle diffère encore par l'acuité des phénomènes douloureux, les irradiations multiples (lombes, aine, cuisse), l'exaspération facile des souffrances au moindre contact, le gonflement plus considérable des bourses, la localisation plus nette de la tuméfaction sur l'épididyme et le canal déférent, l'épanchement plus abondant dans la vaginale. Le tissu cellulaire qui entoure et réunit les éléments du cordon ne paraît pas intéressé au même degré que dans les cas précédents. La fièvre est ici plus intense. On ne note pas l'envahissement progressif du cordon, de l'orifice inguinal externe à l'épididyme. La terminaison se fait par résolution lente, avec reliquat d'induration épididymaire ; mais pas de periorchite, ni de tendance à la suppuration du testicule ou de la vaginale. L'orchite prostatique, qui récidive souvent, en raison même de la persistance de ses causes déterminantes et occasionnelles, se distingue encore par ce caractère de l'orchite uréthrale vraie.

Quant aux orchites de cause générale (oreillons, fièvre typhoïde, variole), les conditions dans lesquelles elles se produisent permettent, au besoin, d'éviter la confusion. L'orchite ourlienne débute, en général, entre le troisième et le septième jour, est annoncée par un cortège de troubles bruyants ; la tuméfaction est considérable, porte surtout sur le testicule, décroît avec rapidité, et est souvent suivie d'atrophie testiculaire. L'orchite de la fièvre typhoïde survient dans la période de déclin ou dans la convalescence de la maladie ; elle se termine, en général, par résolution, quelquefois par suppuration ou atrophie. L'orchite variolique, le plus souvent bilatérale, est tantôt une épididymite, tantôt une vaginalite, tantôt une orchite parenchymateuse.

Les orchites paludéennes, amygdaliennes, scarlatineuses, rhumatismales, goutteuses, saturnines (?), lymphotoxiques (1), en un mot toutes les orchites aiguës, même l'orchite aiguë tuberculeuse, peuvent, si l'on s'en tient aux descriptions classiques, être distinguées par leurs signes, leur marche, leurs symptômes concomitants, de l'orchite des prostatiques.

L'orchite traumatique n'a que des relations indirectes avec les orchites infectieuses.

En résumé, sans vouloir trop nettement séparer la variété d'orchite, que nous étudions ici, des autres formes plus ou moins connues d'inflammation orchi-funiculo-épididymaire, il faut reconnaître que son étiologie a quelque chose de spécial qui entraîne d'importantes déductions thérapeutiques. En outre, l'apparente bénignité des symptômes, la suppuration toujours à craindre, l'état général souvent alarmant, la guérison brusque à la suite d'évacuations abondantes, lente par évacuations continues le plus ordinairement, telles peuvent être ses caractéristiques.

(1) Duplay, Reclus. *Traité de chirurgie*, t. VIII (Orchites aiguës).

VIII

Le pronostic, absolument bénin pour la première forme, est déjà plus sérieux pour la seconde, où l'on peut redouter la suppuration du testicule lui-même, avec fongus ou atrophie consécutive ; l'oblitération passagère ou définitive des voies spermatiques n'a jamais été signalée. Dans la troisième, le pronostic est intimement lié à celui de l'état général du malade. Il ne faut pas oublier que quelle que soit la variété à laquelle on a affaire, les récidives sont fréquentes, lorsque l'on n'a pu obtenir la guérison définitive des lésions glandulaires (prostate et vésicules) et lorsque le malade continue d'être exposé aux causes occasionnelles par sa profession, etc., ou la nécessité d'un cathétérisme fréquent et parfois difficile.

IX

Nous avons vu, dans les pages précédentes, que toujours la stagnation des sécrétions dans les cavités des glandes du carrefour génito-urinaire, accompagnée bientôt de dilatation de ces mêmes cavités, devançait toute autre altération et préparait le terrain à l'infection, qui, à son tour, envahit les voies génitales jusqu'au testicule.

Le *traitement prophylactique* aura donc pour but, dans ces conditions pathologiques, qui, de la stagnation dans les glandes, aboutit à l'orchite, en passant par plusieurs étapes : 1° de combattre cette stagnation dans ses causes et de favoriser le retrait des glandes sur elles-mêmes. Pour cela, il est nécessaire de rendre à l'urèthre son calibre normal dans sa continuité, en s'attachant surtout à remédier aux malformations de l'extrémité de la verge (méat et prépuce), qui agissent non seulement comme un véritable rétrécissement uréthral, mais entretiennent les états spasmodiques des sphincters (1), partant la stagnation glandulaire elle-même ; 2° les écarts génitaux (coït incomplet ou retardé) qui, à la stagnation, surajoutent l'hypersécrétion et doivent par conséquent être évités avec le plus grand soin ; 3° tout ce qui peut exagérer la congestion locale (efforts violents et répétés, constipation) sera également proscrit.

Mais lorsque plus tard la dilatation glandulaire est désormais notable et que les sécrétions déjà modifiées constituent un milieu essentiellement favorable aux pullulations microbiennes, il importe que le malade n'infecte jamais ses glandes. Le cathétérisme régulier et aseptique, pendant tout le temps qu'il pourra être nécessaire, les lavements facilitant les garde-robes et s'opposant au séjour des matières dans l'intestin, un régime convenablement choisi pour maintenir la composition normale des urines, ainsi que leur quantité physiologique, sont absolument indispensables. Ils le seront d'autant plus que l'on s'efforcera en

(1) *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 19 janv. 1895.

même temps, par les moyens sus-indiqués, de triompher des causes de la stagnation et de l'hypersécrétion glandulaires. Car c'est au moment où les glandes évacuent leur contenu que l'infection se produit avec la plus grande facilité (1).

Si, pour une raison ou pour une autre (cathétérisme septique, pénétration d'urines septiques par les canaux excréteurs dilatés, uréthrite ayant gagné les parties profondes du canal), les sécrétions deviennent purulentes, ce qui, en clinique, est le signe évident de leur infection, on insistera encore davantage et si possible, sur l'asepsie dans le cathétérisme, sur les soins minutieux déjà indiqués, sur le régime dont le lait est la base et enfin, sur l'urgence de débarrasser les glandes de leurs sécrétions : 1° en en faisant disparaître les causes de stagnation ; 2° directement, en pratiquant la compression digitale de la prostate.

Chez le vieillard atteint de prostate sénile, avec glandes dilatées et sclérosées, l'orchite se montre surtout au moment où celles-ci, sous l'influence du traitement [sonde à demeure en particulier (2)], se vident dans l'urèthre ; alors à ce moment on appliquera, dans leur extrême rigueur, les règles du traitement des prostatiques qui sont désormais connues de tous. En outre, la gravité des phénomènes généraux et les manifestations urémiques imposent une médication appropriée.

*Traitement abortif.* — Une purgation administrée dès le début des accidents (calomel, sulfate de magnésie) a paru quelquefois avoir une action abortive sur laquelle il ne faut point toujours compter (3). Dans un cas personnel, l'application de compresses, trempées dans une solution d'extrait d'anémone pulsatile (10 grammes dans eau boriquée 500 grammes), a manifestement enrayé sept ou huit menaces d'orchite.

*Traitement curatif.* — On aura soin d'entourer le malade des précautions qui viennent d'être décrites pour le cathétérisme, l'état des urines, le régime, la constipation, etc. Le repos au lit, dans le décubitus dorsal, les bourses relevées au moyen d'une lame de carton résistant ou d'une planchette concave sur celui des bords qui regarde le périnée, on fera suivant les circonstances, soit, si la douleur est vive, une application de sangsues sur le trajet du cordon ; soit, si elle est obtuse, l'enveloppement dans des compresses humides recouvertes de taffetas gommé et exerçant une compression légère. On surveillera avec soin l'état du scrotum pour remplacer le pansement humide par un pansement sec aux premiers signes d'irritation de la peau.

Les grands bains tièdes, les lavements abondants également tièdes avec une longue canule de gomme (Reliquet), les suppositoires calmants sont autant de petits moyens à utiliser.

Il est le plus souvent inutile d'avoir recours aux lavements médicamenteux ; mais, au besoin, la préférence serait donnée au chloral (1 à 2 grammes dans un verre de lait tiède, avec un jaune d'œuf, pour émulsion). A l'intérieur, le bromure de potassium, le camphre, sont parfois indiqués chez les sujets jeunes ; au contraire, il est préférable de s'abstenir chez les vieux.

Au fur et à mesure que l'amélioration progresse, on cesse avec prudence les soins locaux et généraux nécessités par l'orchite, en observant toujours la thérapeutique de ses causes.

*Traitement des complications.* — L'épanchement dans la vaginale, étant la cause de vives douleurs, sera retiré par ponction dès que sa présence aura été reconnue. S'il est purulent, il est plus prudent d'ouvrir largement la cavité séreuse, de la laver, la drainer, la traiter en un mot comme un abcès. La périorchite suppurée, qui s'annonce par une induration localisée sur le trajet du cordon ou au voisinage de l'épididyme et par l'adhérence de la peau, ainsi que sa coloration livide à ce niveau, sera incisée sans attendre la fluctuation. La cavité peu profonde, détergée et lavée avec soin, devra, selon nous, être bourrée de gaze antiseptique. Cette complication guérit d'ailleurs en peu de jours. L'abcès testiculaire demande aussi une incision hâtive. La fièvre, la violence des douleurs, la dureté et la tuméfaction locale, font prévoir la présence du pus. La ponction exploratrice lèverait tous les doutes. Après l'incision ou l'ouverture spontanée à l'extérieur, on cherchera à refouler les tubes séminifères et à combattre la fonte de l'organe qui est la conséquence habituelle de cette complication.

Ainsi, et pour conclure, l'orchite des prostatiques ne demande point par elle-même, ni par ses complications, un traitement absolument spécial. Mais son étiologie et sa pathogénie, telles que nous les concevons, nous imposent de combattre la stagnation des sécrétions dans la prostate et les vésicules, au moment même où éclatent les accidents funiculo-orchi-épididymaires, pour en abréger la durée et en obtenir la guérison. Ils nous imposent les mêmes règles, comme mesure prophylactique, chez tous ceux dont les glandes du carrefour génito-urinaire sont dilatées par les sécrétions. Ils nous les imposent encore, après une première atteinte, pour éviter les récidives.

Dans le chapitre symptomatologie, on a vu à quels signes se reconnaissait la marche vers la guérison. Leur apparition rapide démontre l'efficacité des soins multiples détaillés ci-dessus et la logique de leur emploi.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 février 1898. — Présidence de M. Berger.

### RAPPORT

**Fracture de Dupuytren ; ostéotomie.** — M. Kirmisson fait un rapport sur une observation adressée par M. Faure. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-six ans qui était atteint d'une fracture ancienne de Dupuytren vicieusement consolidée. Il entra à la Pitié, dans le service de M. Reclus, alors suppléé par M. Faure, qui fit une double ostéotomie au-dessus des malléoles ; incision linéaire sur le péroné, incision cunéiforme sur le tibia. Le malade se rétablit rapidement, la plaie se cicatrisa par première intention et le pied était dans une bonne position. Le malade partit pour Vincennes. Peu de temps après, il rentrait à la Pitié avec une déviation du pied en valgus. Cette déviation s'était reproduite peu à peu après l'opération. M. Faure eut donc recours à une seconde intervention qui consista à pratiquer l'allongement des tendons des muscles péroniers latéraux, de

---

(1) A. Guépin. Le foyer infectieux prostato-génital, loc. cit.

(2) A. Guépin. De deux modes d'action de la sonde à demeure sur la prostate sénile, *Journ. des prat.*, 21 oct. 1896.

(3) Reliquet. *Œuvres complètes*, t. III (Complications inflammatoires de la prostate sénile).

façon à obtenir le redressement du pied dans l'axe de la jambe. Cette opération fut pratiquée quatre mois après la première. Le pied et la jambe furent placés dans un appareil plâtré qui fut enlevé le dix-huitième jour. La cicatrisation était complète et le malade bien rétabli.

M. le rapporteur fait suivre cette observation de réflexions générales sur les meilleures méthodes propres à corriger ces déviations, résultant de fractures de Dupuytren vicieusement consolidées. Tout en félicitant M. Faure du succès de sa seconde intervention, il fait observer qu'il n'aurait peut-être pas été obligé d'y recourir si, au lieu de faire une ostéotomie sus-malléolaire, il avait agi sur l'articulation elle-même. M. Kirmisson produit plusieurs observations dans lesquelles cette intervention sur l'articulation elle-même lui a donné les meilleurs résultats. On peut, en effet, par ces interventions obtenir un véritable redressement et non pas seulement une correction en Z. Or, le redressement direct obtenu par l'intervention sur l'articulation sera toujours préférable à tout autre mode de correction.

M. POIRIER ne partage pas complètement l'avis de M. Kirmisson et il estime que l'ostéotomie sus-malléolaire peut donner de très bons résultats et lui paraît préférable aux opérations orthopédiques sur l'articulation. Il cite un cas dans lequel il a fait cette ostéotomie sus-malléolaire et dans lequel il est évident qu'une intervention directe sur l'articulation n'aurait rien donné de bon. En outre, l'ostéotomie sus-malléolaire est non seulement plus efficace mais aussi moins grave.

M. REYNIER rappelle avoir été un des premiers à vanter ces ostéotomies sus-articulaires, grâce auxquelles on obtient des résultats bons mais pas parfaits. Pour obtenir un résultat satisfaisant, il faut que l'axe de la jambe passe entre le deuxième et le troisième orteil. Si, avec l'ostéotomie sus-articulaire, on arrive à ce résultat, on doit s'estimer satisfait. Mais il est des cas, dans lesquels, par exemple, il y a des lésions intra-articulaires qui nécessitent une intervention directe sur l'articulation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE estime qu'avec l'ostéotomie sus-malléolaire on peut avoir de très bons résultats, mais à la condition de faire ces incisions sur une grande étendue. Il faut souvent aller jusqu'à faire de vraies résections pour remettre le membre en droite ligne. Dans la plupart des cas, quand on n'arrive pas à obtenir le redressement, c'est qu'on a fait des incisions insuffisantes. La grande question est donc de faire de très larges opérations pour obtenir de remettre le membre dans un bon axe.

M. SCHWARTZ est de l'avis de M. Reynier. Il est intervenu six fois pour des redressements de ce genre. Cinq fois il est parvenu très bien à corriger l'axe du pied. Dans un cas seulement il a obtenu un mauvais résultat parce qu'il y a eu un cal vicieux avec une hyperostose énorme. Malgré une résection étendue, il n'est pas arrivé à un bon redressement. Il faut donc tenir compte des phénomènes qui peuvent se passer dans l'articulation.

M. KIRMISSON répond à M. Poirier qu'il estime, en effet, qu'il vaut mieux s'adresser à l'articulation elle-même. Il est des cas sur lesquels l'ostéotomie sus-articulaire ne donnera jamais un bon redressement. M. Kirmisson est tout à fait de l'avis de M. Lucas-Championnière dans la nécessité de faire des incisions très larges, et si M. Faure n'a pas obtenu un bon résultat de sa première opération, cela tient à ce qu'il n'a pas opéré d'une façon suffisamment large.

### LECTURE

**Gastro-entérostomie.** — M. HAGOPOFF lit un travail sur ce sujet.

**Abcès du foie.** — M. LOISON lit un travail basé sur 21 observations d'abcès de foie.

### PRÉSENTATIONS

**Pylorectomie.** — M. HARTMANN présente un malade atteint de cancer de l'estomac, chez lequel il a pratiqué une pylorectomie selon le procédé de Kocher. Ce malade, âgé de cinquante-cinq ans, a gagné 2100 grammes en quatre semaines. Il est soumis actuellement à l'alimentation hospitalière commune.

**Rétrécissement du gros intestin.** — M. G. MARCHANT présente une pièce anatomique. Il s'agit d'un rétrécissement portant à la fois sur le rectum, le côlon descendant et le côlon transverse.

Ce rétrécissement ne mesure pas moins de 42 centimètres. La muqueuse est intacte. Il s'agit d'une infiltration fibreuse de la sous-muqueuse. Il n'y a rien de bacillaire. C'est un rétrécissement d'origine syphilitique.

M. RICARD a observé un cas analogue sur un vivant. Il s'agissait d'un malade qui était atteint d'un rétrécissement du gros intestin, et chez lequel Billroth (de Vienne) avait fait un anus lombaire, anus lombaire qui, d'ailleurs, fonctionnait fort bien et retenait les matières. Cependant le malade, voulant être débarrassé de cet anus artificiel, entra à l'Hôtel-Dieu où M. Ricard lui fit la laparotomie dans le but de guérir l'anus contre nature. Il trouva exactement, comme sur la pièce présentée par M. Marchant, que le rétrécissement occupait une telle étendue qu'il dut renoncer à faire disparaître l'anus lombaire et laisser les choses en l'état. Il a fait sur le vivant exactement la même constatation que M. G. Marchant a faite à l'autopsie.

MM. ROUTIER, BERGER, TUFFIER et SCHWARTZ communiquent des cas analogues.

**Calcul du rein.** — M. TUFFIER présente un calcul qu'il a extrait du rein d'un homme de trente-deux ans. Ce calcul présente ceci de particulier qu'il est formé d'abord d'un noyau d'acide urique, puis de pigment sanguin, puis d'une seconde couche d'acide urique.

### ÉLECTION

M. GUINARD est élu membre titulaire.

La séance est levée.

---

## VARIÉTÉS

### Le baron Hippolyte Larrey [1808-1895] (1).

(Éloge prononcé par M. le docteur Paul RECLUS à la séance annuelle de la Société de chirurgie.)

IV

Bien qu'il fût décoré de la croix de Juillet, la chute de Louis-Philippe n'éveilla chez Larrey que des regrets médiocres. La République eut d'abord ses sympathies, puis il accueillit avec enthousiasme l'avènement de l'Empire. Nous qui ne pouvons oublier les proscriptions de son aurore, la guerre funeste de son couchant et la patrie mutilée, nous comprenons pourtant l'ardente admiration d'Hippolyte Larrey : il faut compter avec la reconnaissance et les souvenirs de famille. Au siège d'Alexandrie, son père avait couché, au bivouac, à côté de Bonaparte, tous deux recouverts par le même manteau, et, depuis, il avait suivi sa fortune des pyramides au départ pour Sainte-Hélène ; lui, Hippolyte, à sept ans, il avait vu le grand homme s'arrêter devant lui et lui flatter la joue. Par la lecture des *Mémoires et Campagnes* et par les récits de son père, il avait vécu l'épopée impériale ; il avait été accueilli par Madame Mère, il avait vu

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 172.

Joseph, et sa séduisante fille, la comtesse de Survilliers; il connut Louis et voua un culte à la mère du nouvel empereur, à la reine Hortense dont il s'entretenait souvent avec son charmant biographe, Julie Junot, duchesse d'Abrantès.

Napoléon III lui témoignait une amitié déférente; il en fit son chirurgien et, comme Corvisart était son médecin, on aurait pu se croire encore aux Tuileries de 1808 quand Napoléon Ier avait auprès de lui, et aux mêmes emplois, un Corvisart et un Larrey. Dès le début du règne, Hippolyte invoqua la clémence impériale pour le grand sculpteur à qui l'on doit, parmi tant d'œuvres maîtresses, la statue de Dominique Larrey, érigée dans la cour d'honneur du Val-de-Grâce : David d'Angers, ardent républicain, fut, au coup d'État, incarcéré à Vincennes. Hippolyte court chez l'empereur qui commue la prison en exil. L'artiste se réfugie à Bruxelles, mais le climat y éprouve sa santé délabrée; Larrey multiplie alors les démarches et les mène avec une telle délicatesse, il ménage si bien la dignité de son ami, que David d'Angers, d'une fierté presque susceptible et dont les convictions n'avaient pas désarmé, crut pouvoir rentrer en France.

En avril 1859, Larrey fut nommé chirurgien en chef de l'armée des Alpes et partit pour l'Italie avec l'état-major du grand quartier général. Il y fut digne de son père : à Magenta, il était des ambulances de première ligne; à Solférino, où il reçut la croix de commandeur de la Légion d'honneur, son cheval, Tony, blessé au poitrail, allait s'abattre quand Napoléon lui-même prévient Larrey du danger qu'il court. Larrey raconte qu'après la bataille, il fut chargé de remettre la croix à un blessé, au fusilier Breillac, qui avait tué, d'un coup de bayonnette, un général autrichien et rapporté, au camp, son épée et son chapeau à plumes. A l'ambulance, le chirurgien pique la croix à la chemise de Breillac et lui demande comment il remerciera l'empereur. « Eh bien, répond notre homme, dites-lui beaucoup de choses de ma part. » Pendant cette campagne, le chirurgien en chef put voir les manquements de l'intendance; ses idées sur l'autonomie du service de santé étaient faites et il commença cette lutte de plus de vingt années, mais où il eut l'honneur de porter le coup triomphant.

Un dernier malheur de famille avait frappé le baron Larrey. Isaure mourut du mal qui devait plus tard emporter Hippolyte. La pauvre femme, dans les dernières années de sa vie, n'était plus la douce, la charmante, la sensible Isaure dont la beauté avait fait s'incliner le grand Napoléon, dans une revue, en 1815. Son caractère s'était aigri; elle occupait, dans le ménage, la place que « la pauvre mère de douleurs » n'avait plus la force de tenir; il fallait résister aux volontés du père, et elle y prit quelque raideur; puis elle devint vieille fille, souffrit de voir fuir la jeunesse sans mari et sans enfants. Enfin, elle fut toujours un peu jalouse de l'affection de son frère qui, tout jeune, distingua chez elle ces inquiétudes de cœur, et pour calmer ses craintes, lui écrivait de bien naïves lettres : « Aujourd'hui je viens à toi, à toi seule et presque sans papa ni maman. » Mais ces tristesses et ces nuages étaient passagers; le frère et la sœur s'aimaient profondément et lorsque Isaure, enfin apaisée par son mariage avec le docteur Périer, médecin en chef des Invalides, fut emportée après un an de souffrances, la douleur fut grande pour Hippolyte désormais isolé dans la vie.

Du moins, il continuait l'ascension de sa brillante carrière. En 1858, il quitte la chaire de clinique chirurgicale et la sous-direction de l'École du Val-de-Grâce, incompatibles avec les fonctions de médecin-inspecteur. Il préside l'Académie de médecine en 1863 et en 1867 il remplace Civiale à l'Académie des sciences; il succède à Maillot comme président du Conseil de santé des armées; il était commandeur de la Légion d'honneur et avait reçu des cours étrangères presque autant de croix qu'un diplomate; enfin, l'empereur lui continuait sa puissante amitié. Au camp de Châlons où il l'accompagnait tous les ans, Larrey soupçonna, dès 1865, l'existence d'une pierre dans la vessie; le tableau clinique était complet et, pour affirmer le diagnostic, il ne manquait que le heurt de la sonde métallique sur le calcul. Au retour, une consultation eut lieu avec Nélaton et Jobert de Lamballe, mais Napoléon s'opposa à toute exploration, se souvenant des souffrances qu'un simple cathétérisme lui avait fait endurer à Vichy. La pierre grossit, la cystite s'aggrava et la néphrite survint. Telle est la vérité sur cette maladie qui suscita de si retentissantes polémiques.

Désormais le baron Larrey n'eut plus de sécurité auprès de son malade; en 1869, il accompagna l'impératrice en Corse. Il devait aussi la suivre à l'inauguration du canal de Suez; mais, dans un bal offert par les officiers de marine sur le pont du vaisseau qui ramenait l'impératrice à Marseille, il eut la vision des splendeurs que préparait l'Égypte à la souveraine de France, encore dans l'éclat de sa radieuse beauté : ce cortège d'artistes, de savants, d'officiers accourus pour ces fêtes uniques, dans la lumineuse contrée; puis il songea tout à coup à l'empereur vieilli, soucieux, accablé par un mal qui s'aggravait sans cesse au milieu d'intolérables crises. Non! sa place n'était pas dans ces festins et ces bals, parmi les adorateurs du soleil levant, agenouillés devant la future régente; elle était à Paris, auprès de son malade qu'il aimait, et, pour obéir à ce sentiment rare, il déclina le fastueux honneur de suivre l'impératrice.

L'année suivante éclate la guerre inexpiable. Larrey est nommé chirurgien en chef de cette armée qui, par une dérision cruelle, s'appelle l'armée du Rhin; il rallie le quartier général à Metz; il assiste à la bataille de Borny, se rend au camp de Châlons, erre plusieurs jours, à la recherche de Bazaine; il est enfermé à Montmédy que l'ennemi bombarde; il en sort, gagne la Belgique et rentre à Paris avant l'investissement. L'empereur était prisonnier, l'impératrice et le prince impérial en fuite, l'empire renversé. Le gouvernement de la Défense fait Larrey chirurgien en chef de l'armée de la capitale; pendant la Commune, il remplissait les mêmes fonctions à Versailles. A l'entrée des troupes régulières dans Paris, les insurgés allaient mettre le feu à sa maison de la rue de Lille, lorsqu'un d'eux apprend qu'elle appartient à Larrey; il se rappelle avoir été soigné par lui au Val-de-Grâce; il arrête ses compagnons, leur conte la douceur et la bonté du médecin et c'est ainsi que furent conservées les œuvres d'art et les collections précieuses dont nos musées ont hérité. En 1872, sonna l'âge de la retraite; Larrey était encore en pleine vigueur, on pourrait dire en pleine jeunesse, et, pour marquer le regret qu'il avait à se séparer de lui, le ministre de la Guerre le promut à la dignité de grand-officier de la Légion d'honneur.

C'est le baron Larrey de cette époque, le baron Larrey d'après sa retraite que notre génération a connu. On le voyait à la Société de chirurgie, à l'Académie de médecine, au palais Mazarin, toujours présent, toujours exact, aimable, souriant et d'une politesse vraiment extraordinaire. Si nous en croyons la statue du Val-de-Grâce, il ressemblait à son père : il était petit comme lui, mais de taille bien prise et d'épaules robustes; sa tête, un peu grosse, était encore ornée des cheveux admirables de sa jeunesse, souples, bouclés et maintenant d'une blancheur de neige; un front haut et large, des yeux noirs doux et bons, un nez grand et de lignes pures, une bouche bienveillante, un teint d'une « pâleur superbe » donnaient à sa physionomie une très rare distinction. Sa figure attachait le regard et les étrangers, de passage dans nos sociétés savantes, demandaient tout d'abord le nom de ce beau vieillard dont « les gestes, la démarche, la façon de parler étaient, nous dit Blanchon, d'un soldat, d'un savant et d'un gentilhomme accompli ».

Bon, obligeant, affable, courtois, il était de conscience droite et détestait l'injustice : il osa refuser à l'impératrice

l'avancement trop rapide d'un protégé et la souveraine lui en garda rancune. Dans une lutte académique où nous étions engagé, nous le vîmes résister aux instances d'une princesse issue des Bonaparte. Vertu bien rare, il admettait qu'on fût honnête dans un autre parti que le sien. Il vécut de sa médiocre aisance et ne chercha jamais la fortune. Cette tenue morale, cette obéissance à de hautes règles n'enlevait rien à sa bonne humeur. Il aimait les histoires gaies et conte, dans ses Mémoires, qu'un officier qui sacrait et jurait à l'ambulance en fut réprimandé doucement, par une jolie sœur de charité. « Et qui êtes-vous, crie le soldat, pour me parler ainsi? — Je suis, répond la sœur rougissante, je suis la fille du Seigneur. — Ah, vous êtes la fille du Seigneur! Et bien, voulez-vous m'aider à devenir son gendre? »

(*A suivre.*)

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Formulaire des médicaments nouveaux pour 1898** (1), par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de première classe, lauréat de l'École de pharmacie de Paris.

Les formulaires ayant quelques années de date ne répondent plus aux besoins actuels, tant la matière médicale s'est transformée par de nombreuses acquisitions.

Le Formulaire de Bocquillon enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1898 contient un grand nombre d'articles nouveaux, introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même des plus récents.

Citons en particulier : Acide cacodylique, Cardol, Chetidonine, Chinaphtol, Chrysoïdine, Cryophine, Eucaïne, Europhine, Ferro-somatose, Héparadine, Holocaïne, Hydrogyroseptol, Ichtyalbine, Iodothyrine, Lichadine, Médulladine, Mydrol, Orthoforme, Ossagine, Ovaradine, Pancréadine, Péronine, Phenylpilocarpine, Picronitique (acide), Prostadine, Protargol, Pyramidon, Renadine, Spinol, Suprarinadine, Tannalbine, Tannosal, Testadine, Thyradine, Triphénine. Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur tous les médicaments importants de ces dernières années, tels que : Aïrol, Benzacétine, Caféine, Chloralose, Cocaïne, Eucaïne, Ferripyrine, Glycérophosphates, Ichtyol, Kola, Menthol, Résorcine, Salipyrine, Salophène, Somatose, Strophantus, Trional, Urotropine, Xéroforme, etc.

Le Formulaire de Bocquillon-Limousin est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, modes d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

**Physiologie et pathologie de la sécrétion gastrique** (2), suivies de la technique complète du cathétérisme de l'estomac et de l'examen méthodique du liquide gastrique, par A. Verhaegen, assistant à la Clinique médicale de Louvain. N° 6 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Critzman, directeur).

L'introduction de la sonde dans l'étude du suc gastrique a rendu plus exacte la connaissance des états morbides de l'estomac et plus rationnelle l'intervention thérapeutique. La présente monographie met précisément au point tous les progrès réalisés dans le domaine particulier de la pathologie du tube digestif; elle constitue le complément indispensable au chapitre « Maladies de l'estomac » de nos grands traités de médecine.

M. Verhaegen a réuni, dans un exposé clair et concis, toutes les découvertes pathologiques et thérapeutiques concernant l'estomac. Il fait justement précéder l'étude des maladies gastriques par une ample description de la physiologie normale des sécrétions stomacales. Il y retrace les notions les plus récentes sur les glandes de l'estomac, sur les éléments constitutifs du suc gastrique, la pepsine, le ferment ou caséase et le mucus. Il passe ensuite à l'examen de la nature de la sécrétion gastrique et du processus digestif. Il explique ce qu'on doit entendre sous le nom d'acidité totale et d'acidité absolue du suc gastrique et en étudie les variations, suivant les différentes phases de la digestion. La durée de la digestion gastrique, en ce qui concerne certains aliments, fait l'objet d'un chapitre spécial.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur reprend la question des sucs gastriques bouleversée par les travaux de Hayem et décrit chaque cas en particulier avec la clinique et le traitement qu'il comporte. Enfin, la dernière partie est entièrement consacrée à la technique de l'examen de l'estomac. Le lecteur y trouvera réunies toutes les méthodes actuellement en usage en France et à l'étranger pour l'examen de la sécrétion gastrique et de la motilité de l'estomac. Le praticien pourra réaliser très facilement l'examen préconisé du liquide de l'estomac en se conformant aux règles très simples et très pratiques exposées minutieusement par M. Verhaegen. Le cathétérisme de l'estomac est étudié dans tous ses détails.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé mercredi soir, 16 février 1898, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

*Internes titulaires.* — MM. 1. Guillain, Lœper, Poulain, Guéniot, Girard (J.), Pagniez, Durand-Viel, Duval, Petit, Bourgeois (H.).

11. Bonnel, Lenglet, Desjardins, Géraudel, Léo, Boricaud, Roche (L.), Toupart, Brécy, Pestemalzoglu.

21. Jeannin, Sikora, Chifoliau, Loubet, Ferrand, Esmonet, Lejonne, Auffret, Gouraud, Monsseaux.

31. Blandin, Neveu, Deschamps, Monod, Babonneix, Maubert, Stanculéanu, Tesson, Croissier, Gauchery.

41. Guisez, Milhiet, Berthier (H.), Lacapère, Le Sourd (L.), Féronelle, Lippmann, Ribierre, Chauveau, Alglave.

51. Janot, Herscher, Degorce (A.), Lamouroux, Sicard, Kendirdjy, Géraud, Judet, Labbé, Leroy.

61. Mauté, Bisch, Quiserne, Levesque, Heitz, Cathelin.

*Internes provisoires.* — MM. 1. Lévy (J.), Prat, Elias, Weill (G.), Silhol, Tourlet, Le Sourd (F.), Huguier, Morichau-Beauchamp, Cathala.

11. Audistère, Coudert (E.), Gimbal, Katz, Balthazard, Pédebidou, Bosvieux, Guibal, Meuriot, Lefas.

21. Weill (B.), Robert, Du Pasquier, Roché, Pamard, Léri, Grenet, Sabatié, Laubry, Nollet.

31. Kahn, Armand-Delille, Gauckler, Dambrun, Godineau, Daniel, Gougis, Follet (R.), Nicaise, Gennet.

41. Tardif, Bertrand (M.), Mircouch, Chevalier (P.), Gasne, Mlle Pariselle, MM. Moret (L.), Chevrey, Voisin (H.), Saint-Cêne.

51. Bentz, Girod, Legros (G.), Detot, Chapotin, Lance, Sébilleau.

— Questions orales données à la dernière séance : Artère axillaire; — Zona.

MM. Petit, 18 + 26 = 44. — Labbé, 14 1/2 + 23 = 37 1/2. — Coudert (E.), 17 + 20 = 37. — Gennet, 12 + 22 = 34. — Athanasiu, 13 + 19 = 32.

A la suite de cette séance, une épreuve supplémentaire a eu

(1) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

lieu entre les trois candidats qui avaient obtenu le maximum des points soit : 46 1/2.

Questions proposées : « Éléments figurés du sang ; — Signes diagnostic de la grippe. »

M. Poulain s'étant retiré, M. Guillain a obtenu 19 et M. Lœper 18.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 janvier 1898, ont été nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Dandieu, médecin divisionnaire de la police municipale et de l'octroi de Paris ; Didsbury, dentiste des hôpitaux de Paris ; Dignat, secrétaire de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, à Paris ; Dupré, médecin-inspecteur des écoles du XX[e] arrondissement, délégué cantonal, à Paris ; Durand, médecin de l'état civil de la commune d'Arcueil-Cachan, médecin-inspecteur des écoles de Villejuif ; Encausse, à Paris ; Fournier, à Paris, publiciste scientifique ; Issaurat, membre de la commission scolaire du IX[e] arrondissement de Paris, médecin du dispensaire pour les enfants ; Magalon, maire de La Bouille, délégué cantonal ; Morice, à Paris, publiciste scientifique ; Moutard-Martin, médecin de la Bibliothèque nationale ; Nitot, lauréat de la Faculté de médecine de Paris ; Piéchaud, médecin-inspecteur des écoles du VI[e] arrondissement de Paris, médecin des diverses sociétés de secours mutuels, publiciste scientifique ; Piogey, médecin des postes et télégraphes, vice-secrétaire de l'association des médecins de France, à Paris ; Planès, médecin de la crèche Sadi-Carnot et du bureau de bienfaisance du II[e] arrondissement de Paris ; Ranque, professeur libre de sciences médicales, à Paris ; Reulos, maire de Villejuif, médecin-inspecteur des écoles ; Richard, médecin-inspecteur des écoles du I[er] arrondissement de Paris, médecin de la crèche et du bureau de bienfaisance ; Rubé, médecin-inspecteur des écoles du XVII[e] arrondissement de Paris ; Takvorian (Takvor), à Paris ; Toupet, médecin des hôpitaux de Paris ; M[me] Tourangin, médecin du lycée Fénelon et de l'école normale d'institutrices de la Seine ; M. Yvon, médecin-inspecteur des crèches, médecin du dispensaire scolaire du XII[e] arrondissement de Paris, professeur à l'Union des femmes de France.

2° *Officiers d'Académie.*—MM. les docteurs Audollent, publiciste, à Paris ; Barbarin, médecin-inspecteur des écoles du XIX[e] arrondissement de Paris, administrateur de la caisse des écoles ; Benoit, rédacteur en chef chirurgical de la « Revue thérapeutique », à Paris ; Bérard, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts, à Paris ; Besnier, chirurgien-médecin de l'Imprimerie nationale ; Bonnard, médecin du dispensaire du X[e] arrondissement de Paris ; Bouyer, publiciste scientifique, à Paris ; Bresset, médecin du dispensaire de la rue Oudinot, à Paris ; Carpentier-Méricourt, médecin-inspecteur des écoles, à Paris ; Cautru, chargé de cours aux dames infirmières de la Croix-Rouge, à Paris ; Charlat-Linarix, médecin de la société de secours mutuels des voyageurs de commerce, à Paris ; Chatenet, médecin de l'association de prévoyance de la Préfecture de police ; Chenet, médecin-inspecteur des écoles, vice-président de la commission d'hygiène, à Paris ; Chevassu, médecin principal de l'armée ; Chipier, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris ; Coumétou, médecin-inspecteur des écoles et des chemins de fer de l'État, à Paris ; Courtin, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris ; Critzman, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, à Paris ; Dubrueil, médecin de plusieurs sociétés de secours mutuels, à Paris ; Duchastelet, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris ; Dufestel, médecin-inspecteur des écoles, à Paris ; Duloroy, à Paris, membre de diverses sociétés savantes ; Duvau, à Paris, ancien médecin de la marine ; Favreau, médecin des associations de la presse parisienne ; Gapin, médecin attaché au dispensaire du XI[e] arrondissement de Paris, publiciste scientifique ; Gélineau, secrétaire général de la Société contre l'abus du tabac, à Paris ; Gerson, médecin du bureau de bienfaisance du IV[e] arrondissement de Paris, médecin-inspecteur des écoles, lauréat de l'Académie de médecine ; Gougelet, médecin du bureau de bienfaisance du X[e] arrondissement de Paris, délégué cantonal ; Héan, publiciste scientifique, à Paris ; Henryet de Launay, médecin des dispensaires du XVII[e] arrondissement de Paris ; Hérard, membre de la Société d'hydrologie, à Paris ; Kalt, médecin de la clinique des Quinze-Vingts, à Paris ; Lafay, lauréat de l'école de pharmacie, préparateur des travaux pratiques à l'École supérieure de pharmacie, à Paris ; Lafond, médecin de l'association amicale et de prévoyance de la Préfecture de police ; Laloy, médecin-inspecteur des écoles du XX[e] arrondissement de Paris ; Le Goff, professeur à l'école Boulle, à Paris, membre de la Société de géographie ; Legros, ancien délégué cantonal, ancien médecin-inspecteur des écoles ; Luyt, professeur à l'Association des dames françaises, médecin à Neuilly-sur-Seine ; Macé, publiciste, à Paris ; Merle, à Paris, ancien répétiteur au lycée Saint-Louis ; Michaux, médecin-inspecteur des écoles de Paris ; Noir, secrétaire général de l'Union des syndics médicaux de France, à Paris ; Ollier, ancien répétiteur au collège Chaptal, à Paris ; Pélaprat, médecin-inspecteur du XVIII[e] arrondissement de Paris ; Pêtre, médecin-adjoint des postes et des télégraphes ; Potin, publiciste scientifique, à Paris ; Renault, médecin-adjoint des établissements pénitentiaires de la Seine ; Rivet, publiciste, à Paris ; Roché, membre de la commission scolaire, délégué cantonal à Châtel-Censoir ; Sarremmone, à Paris ; Thouvenel, secrétaire de la délégation cantonale d'Antony ; Valois, publiciste scientifique, à Paris ; Vaudremer, à Paris, lauréat de l'Institut ; Villemin (J.-P.), à Paris ; Ward, médecin de la maison de Nanterre et de la police municipale ; Weil (E.-A.), à Paris, publications scientifiques ; Weil (Gust.), médecin du bureau de bienfaisance du XVI[e] arrondissement de Paris, délégué cantonal ; Wilhelm, médecin de la manufacture nationale des Gobelins ; Willette, médecin de l'état civil du XVIII[e] arrondissement de Paris ; Wœhling, conseiller municipal à Clamart, professeur à l'association des dames françaises ; Zibelin, médecin du bureau de bienfaisance du XII[e] arrondissement de Paris.

— *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.* — M. Lortet, professeur d'histoire naturelle, est nommé doyen pour trois ans. M. Lacassagne, professeur de médecine légale, membre du conseil de l'Université, est nommé assesseur du doyen.

— MM. les docteurs Duval, directeur de l'hôpital civil de Saint-Louis (Sénégal), et Neiret, chef du service médical de Mayotte, sont nommés vice-présidents des comités locaux constitués dans les colonies en vue de l'Exposition de 1900.

— Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés membres des comités d'inspection et d'achats de livres des bibliothèques des villes suivantes :

GUINES : M. Ed. Brunelle. — LAON : M. Blanquinque. — MEULAN : M. Rabel. — MONTBRISON : M. Hipp. Dulac. — RENNES : MM. Delacourt, directeur de l'École de médecine, et Perrin de La Touche. — SAINT-CLAUDE : M. Perrin. — CASTELSARRASIN : M. Sanie. — MOISSAC : M. Dupuy.



Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE




| Thermalité 13° | Saint-Jean | Rigolette | Précieuse | Désirée | Magdeleine |
|---|---|---|---|---|---|
| Acide carbonique libre.... | 1.425 | 2 095 | 2.218 | 2.145 | 2.050 |
| Bicarbonate de soude..... | 1.480 | 5.800 | 5.940 | 6.040 | 6.280 |
| — de potasse... | 0.040 | 0.263 | 0.230 | 0.263 | 0.255 |
| — de chaux..... | 0.310 | 0.259 | 0.630 | 0.571 | 8.520 |
| — de magnésie.. | 0.120 | | 0.750 | 0.900 | 0.672 |
| — fer et mang.. | 0.006 | 0 024 | 0.010 | 0.010 | 0.029 |
| Chlorure de sodium...... | 0 060 | 1 200 | 1.080 | 0.100 | 0.169 |
| Sulfate de soude et chaux. | 0.054 | 0.220 | 1.185 | 0.200 | 0.235 |
| Silicate et silice, alumine.. | 0.080 | 0.060 | 0.060 | 0 058 | 0.097 |
| Iodure alcalin, arsenic, lith. | indice | traces | indice | indice | traces |
| | 2.154 | 7.826 | 8.885 | 9.142 | 9.247 |

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux* : **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs; — **PRECIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

**DOMINIQUE**

| | | |
|---|---|---|
| Acide sulfurique libre | | 1.33 |
| Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate », — de chaux, Chlorure de sodium, Matières organiques | Sesqui-oxyde de fer...... | 0.44 |

*Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes.* Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

**COLIQUES** HÉPATIQUES NÉPHRÉTIQUES et UTÉRINES

## CAPSULES BRUEL

*d'Ether Amyl-Valérianique*

Chaque Capsule contient 15 centigrammes.

Elles peuvent être administrées, suivant les cas, à raison de 2 à 6 et même 8 par vingt-quatre heures.

## DRAGÉES MARIANI

**AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE**

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

**Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.**

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES.

D'après BOUCHARDAT, GUBLER, TROUSSEAU, CHARCOT, etc., le

## VALÉRIANATE PIERLOT

Calme et Guérit les

**NÉVRALGIES, NEURASTHÉNIE, NÉVROSES**

## MIGRAINE NÉVRALGIES

guéries par les *DRAGÉES* et les *CACHETS* de

## PHÉNÉDINE-PELISSE

*Ils n'occasionnent*

**NI TROUBLES GASTRIQUES NI VERTIGES**

Phie PENNÈS, 49, Rue des Écoles. DÉTAIL TOUTES PHies

## ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
## NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

*Nota.* — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

## ERGOTINE et Dragées d'ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris

**HEMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT**

soit en Potion, Pilules, Solutions, etc.

*Quinze centigr. par dragée. — Accouchement. Hémorragies de toute nature.*

**TUBE DE DEUX GRAMMES POUR Injections Hypodermiques**

LABELONYE et Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

**GRANULÉE**

1 cuillerée à café équivaut à quatre cuillerées d'Huile de Foie de Morue...... Le grand flacon 5 fr.

**DRAGÉES**

1 dragée équivaut à une cuillerée à bouche d'Huile de Foie de Morue.................. Le flacon 4 fr.

**ÉLIXIR**

*On croirait boire du Vin d'Espagne.* 1 cuillerée équivaut à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue. Le fl. 5 fr.

**SIROP**

1 cuillerée équivaut à une cuillerée d'Huile de Foie de Morue........................ Le flacon 4 fr.




Délicieuse au goût

# La Pangaduine

Le Meilleur des Fortifiants

Contient tous les principes actifs et Alcaloïdes de l'Huile de Foie de Morue

Elle est bien supérieure à l'Huile de Foie de Morue

*Les médecins l'ordonnent avec avantage dans toutes les maladies où l'Huile de Foie de Morue est indiquée :* **Influenza, Anémie, Tuberculose, Scrofule, Rachitisme, Goutte, Diabète.** *Elle est indispensable aux personnes qui ne supportent pas l'*Huile de Foie de Morue.

DÉPOT : 44, rue Cambon, PARIS

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

LA PANGADUINE est préparée par J. BOUILLOT, Licencié ès-sciences, ex-Interne des hôpitaux - Médaille d'Or des Travaux chimiques

## ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des femmes* et la *Chlorose*, dans les *Maladies de la peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre. Les bons effets de l'ICHTHYOL sont dus en partie à ses qualités *résolutives, sédatives et antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS SANITAIRES et ANTISEPTIQUES, 35, rue des Francs-Bourgeois, Paris.

Affections des **Voies Respiratoires**, Maladies de la **Peau**

## SIROP CROSNIER

**MINÉRAL-SULFUREUX**

AU MONOSULFURE DE SODIUM INALTÉRABLE ET GOUDRON

*Succédané des Eaux Sulfureuses*

ADULTES : Une cuillerée à bouche, deux ou trois fois par jour, 1 heure avant ou 2 heures après les repas.

*PARIS, 22, Rue des Saints-Pères et toutes Pharmacies.*

HÉMORRHAGIES — **DRAGÉES CARBONEL** — LYMPHATISME

*AU PERCHLORURE DE FER PUR*

ANÉMIE — Dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°. Le Flacon : 4 francs. — CHLOROSE

## AFIN D'ÉVITER

la répugnance des malades pour la Créosote, on a eu l'idée de faire des **Granules** de créosote. Ces Granules faits avec beaucoup de soin n'ont aucun goût et sont pris très facilement 1, 2, 3 cuillerées à café par jour, selon avis du médecin.

En associant la **Terpine** à la **Créosote**, on obtient un remède plus actif et très utile dans plusieurs cas. Cette nouvelle préparation, déjà bien appréciée du corps médical, est connue sous le nom de

## CRÉOSOTE-NÉRIS

Une cuiller à café contient 0,25 créosote et 0,20 terpine. Prix 4f50 en toutes phies. A MM. les médecins 1 flacon 2f25 envoyé fo contre mandat ou timbres à M. COLOMER, 31, Bd Haussman, Paris.

## TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

## ALBUMINATE DE FER LAPRADE

**Chloro-anémie.** — 1 cuillerée par repas.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 21 février 1898.

Vendredi prochain, 25 février, comparaîtra, devant la septième chambre de la Cour d'appel, notre confrère le docteur Laporte, qui fut condamné, en octobre dernier, à trois mois de prison par le tribunal correctionnel.

Nos lecteurs se rappellent trop cette lamentable aventure pour qu'il soit nécessaire de la rappeler dans le détail. A la suite d'une intervention malheureuse, notre confrère fut arrêté, jeté en prison préventive, comme un vulgaire escroc, jugé et condamné.

Le corps médical fut douloureusement impressionné par cette sentence, qu'en toute conscience il jugeait imméritée. L'impression ressentie fut si forte qu'elle amena, de la part de certains confrères, une réaction peut-être excessive, dont les effets eussent pu être tout autres que ceux qu'ils attendaient.

Entraînés par un élan un peu irréfléchi, ils ont ouvert des souscriptions dans nombre de nos journaux, en criant bien haut que cette souscription était non seulement en faveur du malheureux condamné, mais qu'elle constituait surtout une protestation effective contre les magistrats qui avaient prononcé la sentence.

Cette entrée en lutte du corps médical contre la magistrature en général, nous avons déjà eu l'occasion de le dire, était une erreur, sinon une faute. Elle suspectait la bonne foi des juges, admettait de leur part un parti pris qui, nous en sommes convaincus, n'existait pas. La grande majorité du corps médical, d'ailleurs, fut de notre avis, car si l'on fait abstraction des étudiants et externes, dont la jeunesse, aussi généreuse qu'irréfléchie, accepte volontiers toute forme de protestation, quelle qu'elle soit; si l'on excepte les maîtres de la Faculté et des hôpitaux, qui tinrent à honneur d'inscrire leur nom pour prouver leur solidarité, pourtant bien connue; si l'on excepte tous ceux qui, de près ou de loin, collaborent à un journal de médecine, le gros du corps médical n'accepta pas cette forme de réclamation, et les abstentionnistes furent légion, comparativement au nombre des souscripteurs protestataires.

Est-ce à dire pour cela que le corps médical fût indifférent à cette condamnation qui le touchait de si près? Évidemment non. Mais la majorité des médecins ne voulant pas acquiescer à cette forme de protestation, et confiante dans la justice du pays, attendit la sentence des nouveaux juges, s'en remettant à ses représentants autorisés pour éclairer la justice, exposer les faits sous leur vrai jour, et faire réformer un jugement qu'elle jugeait entaché d'erreur. Entrer en lutte ouverte avec les magistrats n'était pas, en effet, d'une politique bien habile. C'est ce que les médecins ont compris.

Aussi désapprouvons-nous complètement toutes ces pseudo-consultations qui ont eu lieu sur les expertises, ces avis demandés à des confrères qui n'ont rien vu des pièces incriminées, et qui se sont prononcés avec d'autant plus d'affirmation.

Telle n'est pas, à notre avis, la conduite qu'on eût dû suivre. Les experts ont conclu à une faute opératoire, pourquoi ne pas l'admettre si elle existe? En quoi cela augmente-t-il la culpabilité du docteur Laporte? Nous le cherchons en vain. Un médecin, un chirurgien, un accoucheur sont-ils oui ou non responsables, au point de vue criminel, d'un accident opératoire? Telle est la question, et c'est la seule question à poser et à débattre.

Comme nous eussions compris un professeur, descendant dans le prétoire, et là, devant les juges, avouant les accidents qui ont pu lui arriver, s'accusant lui, grand maître en chirurgie, d'avoir extirpé un utérus qu'il croyait fibromateux et qui n'était que gravide, d'avoir ouvert un anévrysme qu'il croyait un abcès; lui accoucheur émérite, d'avoir perforé l'utérus au cours d'une de ses interventions! En rappelant ainsi les fautes des grands maîtres, fautes pour lesquelles jamais on n'a cherché non seulement à punir, mais encore à poursuivre devant les tribunaux, on eût plus fait pour Laporte, qu'en exposant à l'audience des théories plus ou moins savantes et des discussions plus ou moins techniques. Oui, il eût fallu accepter le rapport des experts et même s'en servir pour innocenter notre confrère, car c'est là la véritable doctrine. Il ne s'agissait pas de savoir si notre confrère s'était plus ou moins bien conduit, s'il méritait, au point de vue scientifique, les félicitations de ses maîtres. Mettre la discussion sur ce point n'était-ce pas laisser sous-entendre à des juges incompétents qu'il y avait intérêt majeur à nier la faute? Le docteur Laporte a fait une faute, disent les experts; il n'en a point fait, proclament les autres.

Devant ces opinions contradictoires, les juges s'en remettent à l'opinion de leurs experts, experts qu'ils ont choisis, qui ont vu et étudié les pièces, et en l'honorabilité et la

science desquels ils ont placé leur confiance. Et la faute admise, la condamnation en a été la conséquence. Aussi en est-on à se demander si la sentence n'a pas été la résultante d'une discussion quelque peu à côté.

Pourquoi, nous le répétons, n'avoir pas accepté la faute opératoire, et réclamer, sur elle, un acquittement qui s'imposait?

C'est ainsi, nous l'espérons, que les nouveaux juges comprendront la cause qui leur est soumise. Et, sans expertise nouvelle, sans témoin nouveau, par les seuls faits de la cause, comme on dit au Palais, ils acquitteront notre confrère, injustement condamné, et dont toute la carrière a été brisée par une fausse interprétation de la loi.

C'est sur ce terrain qu'il faut nettement placer la question. La faute opératoire doit rester en dehors de l'appréciation des juges, jugeant au criminel. Ce n'est ni par cupidité, ni par préméditation, que le docteur Laporte a agi; il était, en ce moment, sain de corps et d'esprit, il a agi dans la plénitude de sa conscience, il ne saurait être coupable. C'est là la thèse qu'il faut soutenir, et le seul point sur lequel doit porter la revision du procès. C'est pourquoi nous attendons, avec une pleine confiance, la décision des juges de la Cour d'appel.

---

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Ne peut-il pas exister un **diabète fruste, sans glycosurie**, dans lequel se retrouveraient les troubles généraux du vrai diabète, de même qu'il existe un mal de Bright sans albuminurie? Cette question, que cherchent à résoudre MM. Achard et Weil dans un fort intéressant travail, mérite d'être posée, puisque l'on sait que, dans le diabète constitutionnel, se rencontre un état général particulier, qui préexiste à l'apparition de la glycosurie, et qui peut même survivre à celle-ci, lorsqu'elle vient à disparaître d'une façon plus ou moins prolongée. Si ce diabète fruste sans glycosurie existe, comment le reconnaître? Voici à cet égard ce que pensent les deux auteurs. Il faut rechercher l'aptitude des tissus à retenir le sucre introduit dans l'organisme. L'épreuve classique de la glycosurie alimentaire permet d'apprécier ce pouvoir pour le foie. Pour les autres tissus, on peut instituer une épreuve analogue, celle de la glycosurie *par injection sous-cutanée*, qui consiste à injecter une certaine quantité de glycose sous la peau et à le rechercher dans l'urine.

La dose de 10 grammes de glycose suffit pour cette exploration. Tandis que chez les sujets sains elle ne détermine aucune glycosurie, elle exagère la glycosurie des diabétiques ou la fait reparaître quand elle avait disparu. Chez plusieurs malades ayant des altérations du foie et présentant le phénomène de la glycosurie alimentaire, l'injection sous-cutanée n'a pas provoqué de glycosurie. Mais chez cinq malades, l'injection hypodermique de glycose a donné lieu à l'apparition du sucre dans l'urine.

Ces malades avaient, par conséquent, une insuffisance glycosique générale comme des diabétiques. En outre, il s'agissait de sujets gras, alcooliques et arthritiques; ils se trouvaient donc dans les conditions des sujets qui deviendront plus tard diabétiques. En agissant de la sorte, peut-être arriverait-on à préciser l'apparition si constamment insidieuse de la glycosurie dans le diabète gras, et même à l'éviter en soignant les malades dans l'hypothèse d'un diabète à venir.

En somme, ces auteurs pensent avoir établi par leurs recherches l'existence d'une insuffisance glycolytique générale dans le diabète sucré et dans un état morbide fort voisin, mais auquel manque la glycosurie habituelle, et que, pour ce motif, ils désignent du nom de diabète fruste. Il se peut faire qu'il reste toujours fruste chez certains sujets sans se compléter jamais par l'apparition de sucre dans l'urine. Mais, il est vraisemblable aussi qu'il serve parfois de prologue au diabète confirmé.

Il ne faut pas oublier, et c'est une remarque fort juste que fait M. Hayem, qu'après une injection de glycose, il peut se passer des phénomènes très complexes, que l'apparition ou l'augmentation du glucose dans les urines ne sont pas proportionnelles à la quantité de glycose injectée, et qu'enfin la glucose du commerce diffère très notablement de la glucose diabétique.

M. Claisse présente un malade atteint d'**hydroparotide** intermittente, caractérisée, depuis un an, par des fluxions subites, passagères, apparaissant au niveau de la parotide gauche au moment des repas. Le canal de Sténon, très distendu, forme un cordon du volume du petit doigt, et le cathétérisme à ce niveau révèle un rétrécissement très prononcé. Il s'agit ici, à n'en pas douter, d'une hydroparotide due à une sténose fibreuse.

M. Thibierge présente une malade âgée de trente-six ans, atteinte de la maladie de Recklinghausen ou **neuro-fibromatose** généralisée, sans tumeurs fibromateuses. Sur elle, on constate, en effet, des taches pigmentaires de coloration café au lait, planes, non pileuses, occupant la presque totalité du tronc et relativement symétriques. Ces taches sont de deux ordres : les unes de 2 à 3 millimètres de diamètre, arrondies ou irrégulières, disséminées en très grand nombre; les autres, au nombre de douze ou quinze, plus étendues, atteignant 4 à 5 centimètres de large, allongées, la plupart obliques au reste du corps. Elles ont absolument les caractères des taches pigmentaires que l'on observe dans la neuro-fibromatose; de plus, la malade présente des troubles psychiques, asthénie, abattement, tendances mélancoliques qui se rencontrent dans cette affection. Cependant on ne rencontre, en aucun point de la surface cutanée, de tumeurs correspondant à un tronc ou à un rameau nerveux.

M. Lucien Roques présente un malade atteint depuis trois ans d'**hémoglobinurie** par accès, sous l'influence du froid, n'ayant ni syphilis, ni impaludisme. La particularité remarquable dans ce fait, c'est l'apparition d'un œdème de la peau, analogue à une plaque d'urticaire, survenant sur tous les points du corps où l'on fait agir le froid; cette plaque présente une coloration spéciale qui semble indiquer une transsudation locale de l'hémoglobine ou une modification du sérum tenant déjà l'hémoglobine en dissolution. Il existe quelques faits semblables (Mackensie, Max Joseph, Courtois-Suffit), mais on ne saurait encore établir une relation bien nette entre ce phénomène et l'hémoglobinurie elle-même.

MM. Rendu et Hallé rapportent une observation curieuse d'**insuffisance mitrale** par rupture de la petite valve de la

valvule auriculo-ventriculaire gauche, s'étant manifestée pendant la vie par des crises cardiaques à tendance syncopale.

## L'HÉMIRÉSECTION DU THORAX

Par le docteur J.-L. Faure,
Chirurgien des hôpitaux.

Tel est, à mon avis, le nom qui convient le mieux à l'extirpation presque complète de la paroi costale, pratiquée dans le but de guérir certains empyèmes chroniques impossibles à combler par d'autres procédés. On enlève tout, ou à peu près, d'arrière en avant, de la colonne vertébrale au sternum, et de haut en bas, de la deuxième côte à la dixième. Côtes, muscles intercostaux, vaisseaux et nerfs, plèvre malade et épaissie, tout est supprimé, et un immense lambeau reste seul, comprenant la peau, les muscles et l'omoplate, qui viennent s'appliquer contre le diaphragme, le poumon et la plèvre médiastine elle-même.

Telle est, à peu près exactement, l'opération de Schede, pratiquée un certain nombre de fois à l'étranger, en particulier par le chirurgien de Hambourg, mais qui, en France, n'a pas, que je sache, été encore exécutée, au moins en un seul temps et sur une aussi grande étendue.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques mois, d'en pratiquer une. Et c'est parce que de telles opérations sont tout à fait exceptionnelles, que je crois devoir publier la mienne, déjà brièvement signalée dans l'excellent mémoire de Cestan (1). C'est une opération formidable, à l'aspect d'autopsie, et pour ma part je n'ai jamais vu pareille plaie. C'est donc évidemment une opération grave. Mais elle a été assez souvent suivie de guérison. Elle peut donc sauver des malades perdus. Il est, à ce titre, utile de la connaître et de montrer que, s'il n'est pas permis de l'entreprendre à la légère, il est, en revanche, assez facile de la mener à bien.

G... (Paul), vingt-quatre ans. Ce malade, atteint de pleurésie depuis quatre ans environ, a subi une dizaine de ponctions, puis une incision de la plèvre qui s'est fistulisée et persiste depuis plusieurs mois, sans aucune tendance à la guérison.

Le 5 avril 1897, opération d'Estlander.

Résection de la partie moyenne des sixième, septième, huitième et neuvième côtes. Au cours de cette opération, il me fut facile de me convaincre que la plèvre entière était transformée en une vaste cavité étendue du dôme sus-claviculaire au diaphragme et de la paroi costale au péricarde. Il semblait ne plus y avoir trace de poumon. Celui-ci, rétracté sur son hile, comblait à peine la gouttière costo-vertébrale, et mon avant-bras tout entier pénétrait dans la plèvre, la main dans le dôme pleural, le coude contre le diaphragme. La plèvre était partout extrêmement épaisse, lardacée, aussi bien sur le diaphragme et la paroi costale que sur le poumon et le péricarde, derrière lequel on voyait battre le cœur.

Dès ce moment il me parut évident que ce malade ne pourrait guérir et combler cette énorme cavité que par la résection totale de ses côtes, et par un véritable désossement de la paroi thoracique.

En effet, malgré un drainage très soigné établi au point le plus déclive, près des insertions diaphragmatiques, la cavité ne montra aucune tendance à se combler, et quatre mois après une sonde uréthrale entière pénétrait dans la plèvre jusqu'à son sommet. Le malade s'affaiblissait de plus en plus. Le désossement complet de la paroi me paraissant rester comme la seule chance de salut, je me décidai à le pratiquer.

L'opération eut lieu le 12 août 1897.

Anesthésie à l'éther.

Le malade est couché sur le côté droit. Une grande incision courbe détermine les limites du lambeau cutané. Elle commence, en avant, près du sternum, au niveau de la troisième articulation chondro-costale gauche. De là, elle descend un peu obliquement, parallèlement aux articulations chondro-costales, pour atteindre le niveau de la dixième côte. En ce point elle se recourbe vers le haut et remonte à trois travers de doigt de la crête des apophyses épineuses, jusqu'au niveau de l'angle supéro-interne de l'omoplate. Dans son trajet ascendant, la branche postérieure de cette incision en U est donc située à peu près à égale distance de la crête épineuse et du bord spinal de l'omoplate.

Cette incision est véritablement immense. Elle ne mesure pas moins de 70 centimètres de longueur!

Pour éviter une inutile perte de sang, je commence par tracer la moitié postérieure de l'incision, bien résolu à ne faire la branche antérieure de l'U qu'après avoir sectionné toutes les côtes au ras de la colonne vertébrale.

Donc, l'incision postérieure étant faite, de la dixième côte, où se trouve la fistule, à la deuxième, j'incise la mince couche musculo-aponévrotique du trapèze, du rhomboïde, et, plus bas, du grand dorsal. Je les récline un peu en dehors, et je tombe sur les faisceaux ascendants du muscle sacro-lombaire. Quelques coups de rugine sur les côtes me permettent de rejeter ces quelques faisceaux vers la colonne vertébrale et j'ai bientôt sous les yeux, sans perte sensible de sang, toutes les côtes, accessibles à 1 ou 2 centimètres de l'articulation costo-transversaire.

Je les sectionne alors successivement avec une pince emporte-pièce, qui laisse au niveau de chaque côte sectionnée une perte de substance. Je veille à ce que ces brèches costales se trouvent exactement sur la même ligne. Avec une grande pince hémostatique, dont les mors, longs de 12 centimètres environ, sont coudés à angle droit sur les branches, et que j'ai fait fabriquer exprès, je peux ainsi, en passant au niveau des brèches costales, saisir toutes les parties molles sur la hauteur de quatre espaces intercostaux. Deux longues pinces sont ainsi placées, l'une sur les espaces interosseux supérieurs, l'autre sur les espaces inférieurs. Elles saisissent tout, muscles, nerfs et vaisseaux, et je pourrai ultérieurement sectionner toutes les parties molles situées en avant, sans redouter l'hémorragie.

Ceci fait, je me mets en devoir de détacher mon lambeau cutané. C'est alors seulement que je termine l'incision antérieure, qui, après s'être recourbée au niveau de la dixième côte, remonte au niveau des articulations chondro-costales, jusqu'à hauteur de la troisième côte.

Puis très rapidement, pendant qu'un aide relève le bras qu'il met en abduction forcée, je décolle l'omoplate de la paroi costale, je sectionne les insertions du grand dentelé et du grand pectoral, et j'obtiens ainsi un immense lambeau musculo-cutané qui contient l'omoplate dans son épaisseur.

D'un coup de couteau qui suit le dixième espace intercostal, je sépare la dixième côte de la onzième, depuis sa partie postérieure jusqu'au niveau de son cartilage antérieur. Je m'arrête au point où la plèvre médiastine vient se réfléchir sur la paroi costale, à peu près au niveau des articulations chondro-costales. Il est alors très facile, en coupant en plein dans les cartilages sterno-costaux, de séparer en avant la paroi thoracique, qui ne tient plus que par le haut. Ne pouvant l'enlever en une fois, j'enlève d'abord sa moitié inférieure en coupant d'avant en arrière dans le sixième espace.

(1) Cestan. Les empyèmes chroniques, *Arch. gén. de méd.*, 1897.

Les septième, huitième, neuvième, dixième côtes sont ainsi enlevées d'un seul bloc. Les troisième, quatrième, cinquième et sixième sont enlevées de même. Quant à la deuxième côte elle est enlevée à part et en totalité, morceau par morceau, avec une large pince-gouge.

La plèvre costale a été enlevée avec la paroi qui la supportait. Au fond de l'énorme brèche, qui donne à cette opération un aspect d'autopsie, on aperçoit la plèvre diaphragmatique et médiastine. La gouttière costo-vertébrale est comblée par le poumon, d'aspect un peu plus foncé que celui des autres parties et que la plèvre, également très épaisse, recouvre et fixe dans la profondeur. Cette plèvre forme une membrane grise, tomenteuse et suppurante. Elle passe sans ligne de démarcation du poumon sur le médiastin et le dôme diaphragmatique, de sorte qu'il est impossible de distinguer le point où s'est faite la fusion entre la plèvre pulmonaire et la plèvre pariétale.

Elle est nettoyée énergiquement. Au niveau du poumon, je pratique une véritable décortication, en grattant la plèvre avec une curette, jusqu'à ce que j'arrive sur le tissu pulmonaire. En plusieurs points, je pratique sur cette plèvre des incisures assez longues, allant jusqu'au parenchyme, que je m'efforce de ne pas intéresser. Sous l'influence de l'élasticité pulmonaire, qui persiste malgré la longue durée de la rétraction du poumon, on voit ces incisures s'élargir, et le poumon augmenter légèrement de volume.

Après un nettoyage aussi complet que possible, je rabats sur la perte de substance l'immense lambeau pariétal. La face profonde de l'omoplate, tapissée par le muscle sous-scapulaire, vient donc se mettre directement en contact avec le poumon.

L'hémostase est facile. Il y a peu de vaisseaux donnant du sang d'une façon sensible. La longue pince qui assurait l'hémostase au niveau des espaces intercostaux supérieurs, le long de la colonne vertébrale, est enlevée. La pince inférieure est laissée à demeure pour être enlevée ultérieurement.

Une suture réunit les lèvres de la plaie, qui est partiellement tamponnée à la gaze stérilisée, largement drainée sur sa partie inférieure et recouverte de gaze stérilisée et d'une assez grande quantité d'ouate qui établit au niveau de la poitrine une compression régulière.

L'opération a duré environ une heure. Le malade se réveille dans un état satisfaisant. Injection de 500 grammes de sérum, renouvelée dans les jours suivants.

Les suites opératoires ont été très simples pendant les premiers jours. Peu de fièvre, malgré cette immense surface d'absorption. Le malade mange assez bien et se plaint peu. Mais à partir du septième au huitième jour ses forces déclinent et il succombe le douzième jour.

A l'autopsie, on put se rendre compte que toutes les côtes, de la deuxième à la dixième, ont été enlevées depuis le voisinage de l'articulation costo-vertébrale, jusque près du sternum. La section antérieure porte sur les cartilages costaux.

La face cruentée du lambeau, qui déjà est granuleuse et recouverte de bourgeons charnus, s'applique bien sur le fond de la plaie, c'est-à-dire sur le poumon, le péricarde et le diaphragme, et si le malade avait pu survivre à cette énorme opération, il n'y aurait eu aucun obstacle mécanique à l'occlusion de cette cavité.

Le poumon droit était très malade, infiltré de tubercules dans presque toute son étendue et creusé à son sommet de volumineuses cavernes.

Quant au poumon gauche, depuis l'opération il s'était transformé. Son volume avait au moins doublé, il faisait hors de la gouttière costo-vertébrale une saillie notable. Insufflé par la bronche correspondante, il se laisse distendre, acquiert un volume assez considérable et revient sur lui-même en vertu de son élasticité, qui est en grande partie conservée.

Malgré son issue funeste, je ne regrette point d'avoir tenté cette opération formidable. Mon malade est mort; il pouvait guérir, et il aurait peut-être guéri si son poumon droit eût été moins compromis. Je suis, au contraire, convaincu qu'il lui eût été matériellement impossible de guérir en conservant sa paroi costale.

Il y a dans cette observation un point très instructif, c'est celui qui est relatif à la transformation du poumon gauche après sa décortication.

Le poumon, qu'une longue rétraction dans sa gangue pleurale semblait avoir voué à une sclérose définitive, avait, au contraire, conservé ses qualités de souplesse et d'élasticité. Dès qu'il a été délivré de son épaisse carapace de fausses membranes, obéissant à son élasticité naturelle, il s'est dilaté et a, sans aucun doute, recommencé à prendre une part active à la respiration.

Je suis donc convaincu que la décortication pulmonaire est, ainsi que le pense Delorme, une excellente opération. Il est de toute évidence qu'elle ne saurait trouver son application que dans des cas graves, mais c'est certainement un moyen sur lequel on peut fonder quelque espérance. Les observations n'en sont plus très rares, et celle-ci vient s'ajouter à celles qui démontrent que, dans les vieux empyèmes chroniques et inguérissables, la décortication pulmonaire peut, au moins en partie, restituer au poumon son élasticité perdue.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Des poussées congestives intermenstruelles.** — Sous ce titre, M. Bouilly étudie une série de symptômes se produisant, entre les règles, chez des femmes dont les organes génitaux paraissent sains ou atteints de lésions difficilement appréciables.

Dix à douze jours après la cessation de l'écoulement sanguin, chez des femmes dont la menstruation a lieu régulièrement, sans douleurs ni abondance notables, survient une douleur plus ou moins violente, dans l'un des côtés du ventre, s'accompagnant tantôt de l'apparition de flueurs blanches ou de leur exagération, quand il en existait avant, tantôt d'un écoulement rosé ou franchement sanguin, quelquefois d'un véritable écoulement hydrorréique. Ces divers phénomènes, douleur, écoulement, se combinent le plus souvent et coexistent; mais les écoulements de diverses natures peuvent faire défaut et la douleur constituer la seule manifestation de la crise; par contre, il est rare de voir une des variétés d'écoulement s'installer sans douleur.

La caractéristique de cette crise intermenstruelle est d'apparaître, d'une façon régulière, tous les mois ou à peu près, sans cause appréciable, du dixième au douzième jour après la fin des règles. Cette crise dure tantôt quelques jours seulement, tantôt se prolonge jusqu'au retour de la nouvelle époque. Elle est tout à fait apyrétique.

Beaucoup de malades échappant à une observation prolongée, il est difficile de préciser la marche et l'évolution de ces accidents. M. Bouilly pense qu'ils s'atténuent ou disparaissent avec le temps et sous l'influence réelle ou supposée du traitement. Il ne les a jamais observés après quarante ans et ne les a jamais vus se prolonger pendant toute la durée et jusqu'à la fin de la vie intermenstruelle.

Au point de vue étiologique, ces symptômes intermenstruels s'observent presque toujours chez des femmes gravi-

tant autour de la trentaine, dont la plupart, sans être des hystériques ou des grandes nerveuses, sont des impressionnables, des hyperesthésiques. La santé générale est, d'ordinaire, bonne; le ventre est indolent ou peu douloureux. A noter cependant que bon nombre de ces malades ont eu, à une époque plus ou moins éloignée, une petite poussée inflammatoire abdominale, périmétrite ou paramétrite ayant succédé à un accouchement ou à un avortement, ou survenue sans cause appréciable. Pas de lésions appréciables ou lésions annexielles légères, voilà ce que l'on trouve à l'examen local. Aussi M. Bouilly résume-t-il l'étiologie en cette formule : reliquat de petites lésions chez des nerveuses, et plus spécialement de lésions ovariennes.

Quant à la pathogénie, elle est encore des plus obscures. En raison de l'uniformité presque constante des accidents et surtout de leur périodicité, on est amené à admettre l'influence de l'ovaire et à accepter l'idée d'une poussée congestive intermenstruelle se passant du côté de cet organe, s'y traduisant par de la douleur et modifiant la circulation vaso-motrice de l'utérus, au point d'y provoquer une sécrétion tantôt muqueuse, tantôt sanguine, tantôt hydrorréique. Il s'agirait d'une fausse menstruation ou d'une menstruation intercalaire.

Le traitement se ressent de ces incertitudes de la pathogénie des accidents. A moins de lésions du col ou du corps entraînant une indication chirurgicale, il faut être très sobre d'interventions sur l'utérus, ces dernières ne pouvant donner à l'utérus qu'une sensibilité exagérée et provoquer des réflexes utérins ou ovariens. Le traitement doit surtout viser l'état général et chercher ses indications dans l'étude de la malade : l'hydrothérapie chaude et froide, les stations thermales sédatives et décongestionnantes peuvent être avantageusement conseillées. (*Rev. de gyn. et de chir. abdom.*)

**Les affections dentaires dans leurs rapports avec les affections génitales chez la femme.** — Dans ce travail, M. Jumon a réuni les diverses opinions émises sur les relations de la grossesse et de la menstruation avec les affections bucco-dentaires et y a joint les résultats de sa propre observation.

Les relations des affections dentaires avec les maladies de l'appareil génital se résument presque toujours dans des mouvements vasculaires très rapides, qui se font du côté de la pulpe et des gencives et se traduisent par des douleurs, du gonflement, de la rougeur. Aussi les observe-t-on dans la dysménorrhée et surtout l'aménorrhée et plus tard à la ménopause.

Mais c'est surtout pour les affections dentaires liées à la menstruation, la grossesse et l'allaitement qu'on est le plus souvent consulté.

A l'occasion de la menstruation, les femmes éprouvent fréquemment des douleurs dans les dents et les gencives et plus particulièrement au moment de la puberté. En même temps, les gencives sont tuméfiées et sensibles; il y a, dans bien des cas, augmentation de la sécrétion salivaire. Les douleurs dentaires s'accompagnent quelquefois d'irradiations très pénibles du côté de l'oreille. Enfin elles peuvent êtres liées elles-mêmes à une stomatite tenant à des troubles menstruels. Les mêmes phénomènes s'observent encore à l'âge de la ménopause. Comme traitement : des soins locaux, tels que badigeonnages des gencives avec la teinture d'iode, lavages émollients de la bouche, auxquels on ajoutera une médication propre à favoriser l'apparition des règles, amèneront l'atténuation ou la disparition de tous ces troubles dentaires.

Faut-il, pendant la menstruation, proscrire l'extraction des dents? En réalité, la seule contre-indication est l'hémophilie avérée. Cependant on fera bien de différer une extraction chez les femmes au moment des règles, cette opération ayant parfois provoqué le retour précoce des règles ou amené leur suppression. L'anesthésie par le protoxyde d'azote ne paraît avoir aucune importance.

Pendant la grossesse, on observe souvent, en dehors de toute altération dentaire, une hypertrophie de la gencive atteignant tout le liséré gingival, lequel apparaît comme un bourrelet entourant les dents. A signaler les névralgies dentaires et faciales se produisant surtout dans les cas de racines cariées et de dépôts de tartre. Assez souvent les inflammations aboutissent à la suppuration, parfois même en l'absence de dents malades. Pour l'hypertrophie de la gencive, on s'adressera aux cautérisations à l'acide chromique ou au thermocautère; dans les autres cas, on se contentera de soins locaux tendant à la conservation des dents.

Un phénomène fréquent pendant la grossesse, c'est l'hypersécrétion salivaire. Elle s'observe pendant les premiers mois et se trouve parfois liée à une anomalie telle qu'une rétrodéviation utérine, diminuant ou disparaissant avec la réduction de l'utérus ou après l'avortement. Ce ptyalisme peut se reproduire à chaque grossesse chez la même personne. On l'a attribué tantôt à l'altération de la composition du sang, tantôt à un réflexe d'origine génitale.

La fluxion intense qui s'opère du côté de la bouche chez les femmes enceintes explique la fréquence de la carie dentaire pendant la grossesse. Il faut aussi tenir grand compte de la réaction fréquemment acide de la salive et des vomissements acides des premiers mois. Cette carie s'accompagne ici habituellement de gingivites très intenses. Les soins hygiéniques de la bouche et des dents sont donc impérieusement indiqués pendant la grossesse : on conseillera le nettoyage des dents avec une poudre alcaline, les lavages buccaux, surtout après les vomissements, avec de l'eau bicarbonatée.

Que penser de l'extraction des dents pendant la grossesse? Les auteurs les plus prudents conseillent, comme le professeur Gusserow, de ne faire, pendant les premiers mois, que les extractions absolument nécessaires. Il est certain que l'extraction pratiquée en dehors de l'anesthésie détermine une secousse, un certain ébranlement, qui, chez les femmes nerveuses, a pu, quoique rarement, être suivi d'avortement. Mais l'anesthésie, avec l'inoffensif protoxyde d'azote, pare à ces inconvénients de l'extraction dentaire chez une gestante. Aussi serait-ce une erreur de déconseiller un traitement dentaire pendant la grossesse.

Pendant la lactation, les soins à donner aux dents doivent être aussi rigoureux que pendant la grossesse. Une bonne nourrice doit avoir des dents en bon état. Toute opération sérieuse sur les dents, et, en particulier, l'extraction, devront être évitées pour épargner toute émotion pouvant retentir sur le nourrisson. Il faudra se contenter d'un traitement calmant, de badigeonnages sur la gencive, de pansements appliqués sur les cavités. (*France méd.*, 1[er] octobre 1897.)

D[r] P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 28 FÉVRIER AU 5 MARS 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 28 FÉVRIER**, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet et Weiss.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Pinard, Marchand et Tuffier; — M. Hanriot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) :

MM. Terrier, Kirmisson et Lejars ; — (2e série) : MM. Segond, Delbet et Sebileau ; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gaucher ; — M. Broca, suppléant.

**MARDI 1er MARS**, à une heure. — 3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Bar et Albarran ; — (2e série) : MM. Berger, Campenon et Maygrier ; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Panas et Nélaton ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Hutinel, Charrin et Achard ; — M. Roger, suppléant.

**MERCREDI 2 MARS**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Tuffier et Ricard.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Tillaux, Walther et Bonnaire ; — (2e série) : MM. Segond, Humbert et Varnier ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Netter et Gilles de La Tourette ; — M. Widal, suppléant.

**JEUDI 3 MARS**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, Hartmann et Thiéry.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Dieulafoy, Pouchet et Thoinot ; — M. André, suppléant.

**VENDREDI 4 MARS**, à une heure. — 2e examen définitif (officiat) : MM. Marchand, Letulle et Widal ; — M. Ricard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Delbet et Broca ; — (2e série) : MM. Humbert, Lejars et Sebileau ; — (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine et Gilles de La Tourette ; — M. Gaucher, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire ; — M. Walther, suppléant.

**SAMEDI 5 MARS**, à une heure. — 3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Marie et Achard ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Ballet et Marfan.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilbert et Roger ; — M. Campenon, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements, rue d'Assas* : MM. Panas, Bar et Maygrier.

### Thèses de doctorat.

**JEUDI 3 MARS**, à une heure. — M. VERRONNEAU. Les logements insalubres (MM. Brouardel, président ; Chantemesse, Gilbert et Charrin). — M. ROBIN. Contribution à l'étude clinique de l'opothérapie surrénale (MM. Chantemesse, président ; Brouardel, Gilbert et Charrin). — M. KUSS. De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine (MM. Mathias-Duval, président ; Hutinel, Marie et Netter). — M. DELAGE. De la chorée gravidique ; — M. FRENKEL. De l'influence de la rougeole sur la reviviscence et l'aggravation des infections antérieures (MM. Hutinel, président ; Mathias-Duval, Marie et Netter). — M. P. CARNOT. Recherches expérimentales et cliniques sur les pancréatites (MM. Cornil, président ; Raymond, Ménétrier et Marfan). — M. LORRAIN. Contribution à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale (MM. Raymond, président ; Cornil, Ménétrier et Marfan). — M. PORET. Des fibromes de la trompe utérine ; — M. BONNEMAISON. Des accouchements rapides et non surveillés et de leurs complications (MM. Le Dentu, président ; Berger, Bar et Maygrier). — M. COLOMBY. Recherches sur le traitement de la rétention du placenta dans l'avortement (MM. Berger, président ; Le Dentu, Bar et Maygrier).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'agrégation de médecine vient de se terminer par les nominations suivantes :

PARIS : MM. Teissier, Thiroloix, Vaquez, Dupré et Méry. — BORDEAUX : M. Hobbs. — LILLE : MM. Carrière et Deléarde. — LYON : MM. Pic et Paviot. — MONTPELLIER : MM. Raymond et Vires. — TOULOUSE : M. Frænkel.

— Le jury du concours d'agrégation de chirurgie et accouchements, qui doit s'ouvrir le 7 mars prochain, est actuellement composé comme suit :

Président : M. Guyon ; juges titulaires : MM. Lannelongue, Le Dentu, Panas, Pinard, Ollier, Hergott, de Lapersonne et Jeannel ; juges suppléants : MM. Berger, Nélaton, Tuffier et Bar.

— Par décret, en date du 17 février 1898, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

*Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. Alphant, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité ; Doubre, Berger.

*Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Rumen, Rohmer, Schmit, Reynier, Merklen, Simon, Bergonié, Rémy, Brun, Quénu, Ricard, Richer, Colleville.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve.* — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Faucillon, Lombard, Leflaive, Reymond, Pagliano.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Obissier, Dutertre, Ringuet, Doré, Barrès, Hanriot, Guillemin, Rocher, Demandre, Gélis, Dupasquier, Dausse, Bataille, Duhamel.

*Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Bonnafé, Copin, Simon, Pognon, Jolly, Billoir, Pierrot, Dubut, Toussaint, Martin, Prost, de Coquet, Vaton, Kempff, Chevalier, Pic, Tournadoure, Zilgien, du Fayet de La Tour, Adam, Duret, Thiébault, Larger, Saucerotte, Charon, Boulay, Caussade, de Lauradour, Dauvergne, Grenet, Pactet, Riche, Ségéré, Demay.

*Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale.*— MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Armand, Vauthier, Rigaux, Pellotier, Trichet, Mettas, Servage, Edouard dit Champion, Jacquin, Renson, Roché, Fourrier, Médard, Morice, Saint-Martin, Lehmann, Ducrochet, Boley, Colson, Boudaud, Guyot, Audié, Plicque, Mugnier-Motta, Emery-Desbrousses, Chevassus, Fillieux, Heurtault, Arnaud, Baude, Molliet, Dupré, Delporte, Doléris, Luquet, Fauvelle, Schurrer, Caral, Gaillard, Galibert, Delobel, Derville, Dalché de La Rive de Desplanels, Henry, Malet, Guyard, Barral, Delacroix, Devillebichot, Rosière, Gaumé (Pierre), Delbet, Gaumé (Gilbert), Borry, Gannet, Bosselut, Robin, Périnelle, Lanselle, Saladin, Sirot, Dubus, Cosserat, Senique, Noël, Reboul, Cart, Kœnig, Garnier, Thiéry, d'Hôtel, Baudry, Parelle, Bresse, Sirer, Prautois, Morin, Ducuron, Vernet, Deleage, Dubois, Dutil, Dreumont, Vassal, Vaille, Jacquemart, d'Haussy, Charbonneaux.

— Par décret, en date du 18 février 1898, M. Moussous (André-Charles-Antoine), agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur de clinique médicale des maladies des enfants à ladite Faculté.

— Le concours pour une place de professeur suppléant des chaires de pathologie externe, à l'École de médecine d'Alger, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Ernest Goinard.

— Le quatrième Congrès pour l'étude de la tuberculose aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 27 juillet au 2 août 1898, sous la présidence de M. le professeur Nocard (d'Alfort) ; vice-président, M. le docteur Hérard.

Nous publierons, dans un prochain numéro, les questions mises à l'ordre du jour.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Ferrand ne pouvait laisser sans réponse le réquisitoire de M. Huchard sur le vésicatoire. Les expériences qu'a invoquées M. Huchard s'appliquent, dit M. Ferrand, à la cantharide et non au vésicatoire lui-même. Quant à l'irritation cutanée, si elle a ses dangers, d'ailleurs bien minimes et bien faciles à éviter, elle a aussi ses moyens de défense, sur lesquels insiste particulièrement M. Ferrand et qui sont précisément les plus grands avantages de la révulsion, cette lance enchantée qui guérit les plaies qu'elle fait. Restent la néphrite et la cystite cantharidiennes qui, au dire des adversaires du vésicatoire, seraient presque impossibles à éviter après l'application de deux ou trois vésicatoires. Mais M. Huchard lui-même a cité des exemples qui prouvent le contraire. M. Ferrand en a cité d'autres à son tour. Nous pourrions également rappeler plusieurs faits de notre pratique personnelle bien probants à ce sujet; celui, entre autres, d'une malade atteinte depuis huit années d'une péritonite chronique, ayant toujours refusé toute intervention chirurgicale, et en étant aujourd'hui à son cent vingt-deuxième vésicatoire, sans jamais avoir présenté ni cystite, ni néphrite. De toutes les médications qui ont été tentées chez elle, c'est la seule, de son propre aveu, qui lui donne un soulagement de quelque durée.

Le vésicatoire a trouvé un nouveau et ardent défenseur en M. Mignot (de Chantelle), membre correspondant, qui déclare que c'est l'agent de révulsion le plus puissant, le plus sûr et le plus prompt. Il considère, avec bien d'autres, qu'il serait bien regrettable que la médecine fût privée de ce précieux agent.

M. Berger a fait un rapport sur une intéressante observation de M. Kirmisson, relative à un cas de maladie kystique du testicule. Ce fait viendrait à l'appui de la théorie de M. Malassez, pour qui la tumeur kystique du testicule est un véritable épithélioma myxoïde développé dans le stroma conjonctif de l'organe mâle. Malignes étiologiquement, ces tumeurs ne paraissent cependant pas l'être cliniquement, puisque le petit malade de M. Kirmisson, opéré depuis plusieurs années, ne présente aucune récidive.

M. Combemale (de Lille) a fait une communication sur l'emploi de l'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Reclus sur les candidats au titre de correspondant national dans la deuxième division (chirurgie). La liste de classement est ainsi dressée : en première ligne, M. Folet (de Lille); en deuxième ligne, M. Hache (de Beyrouth); en troisième ligne, M. Heydenreich (de Nancy); en quatrième ligne, M. Auffret (de Brest); en cinquième ligne, M. Crivelli (de Melbourne); en sixième ligne, M. Poncet (de Cluny).

---

## FONCTION DE L'URÈTHRE CONTRE NATURE

(URÈTHRE PROSTATIQUE) CHEZ LES PROSTATIQUES ANCIENNEMENT CYSTOSTOMISÉS; RÉSULTATS D'UNE STATISTIQUE PORTANT SUR 34 CAS [14 CONTINENTS, 13 INCONTINENTS, 7 CONTINENTS PARTIELS] (1).

Par M. Xavier DELORE,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

II

*d*. Nous arrivons à la catégorie la plus fréquente des cystostomisés avec incontinence partielle. Ces malades ont des mictions qui peuvent être plus ou moins rapprochées et se faire par la verge, ou par la fistule hypogastrique, ou par les deux canaux à la fois; ils gardent donc une certaine quantité d'urine et la vessie, chez eux, subsiste en tant que réservoir. Mais ils présentent cette particularité de perdre une partie de leurs urines, dès qu'ils veulent retarder les mictions au delà d'un certain temps. Tant que la quantité de liquide contenue dans la vessie n'est pas trop considérable, la pression est peu élevée et le liquide n'a aucune tendance à s'échapper; mais dès que cette pression augmente au delà de certaines limites, la barrière est vite franchie, l'urine s'écoule constamment et suinte par l'urèthre contre nature. Il nous a semblé cependant qu'un certain nombre de ces malades, bien qu'ils eussent de l'incontinence au bout d'un certain temps, ne perdaient pas cependant dès lors toutes les urines sécrétées. En effet, si ces sujets urinent au bout d'une heure, alors qu'ils ont de l'incontinence

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 177.

à partir de la première demi-heure, la quantité d'urine recueillie dans leur miction est plus considérable que s'ils avaient uriné au bout de la première demi-heure. On peut comparer cette incontinence à l'incontinence par regorgement, dans laquelle on voit souvent la vessie se dilater de plus en plus, bien qu'il y ait un suintement uréthral continu.

Ces malades urinent donc toutes les demi-heures, toutes les heures, quelquefois toutes les deux heures. Bien qu'ils aient de l'incontinence, ils gardent cependant une certaine quantité de leurs urines dans la vessie ; ils ont des mictions et c'est ce qui les distingue des incontinents proprement dits et les rapproche des malades continents. La physiologie de leurs mictions est analogue à celle des mictions chez ces derniers malades; nous signalons simplement, pour y revenir plus tard, la miction au moyen d'une sonde introduite dans le canal hypogastrique, la miction faite entièrement par le méat hypogastrique ou, au contraire, par l'urèthre normal, ou enfin, par les deux urèthres à la fois.

*e.* Il est une dernière catégorie de cystostomisés avec incontinence partielle qui jouit d'une situation encore meilleure et qui établit la transition, l'intermédiaire entre les incontinents partiels et les continents. Chez ces malades, la continence de l'urèthre contre nature est normalement parfaite ; bien plus, les mictions se sont rétablies par la verge, comme si l'orifice hypogastrique était devenu inutile. Un jour, survient, sous l'influence d'une cause congestive, de la difficulté de la miction par la verge ; aussitôt l'urine s'écoule par le méat anormal, qu'elle avait momentanément abandonné ; parfois le médecin ou le malade lui-même utilisent cette voie pour vider une vessie qui n'a pas subi la distension, grâce à la présence de l'orifice supplémentaire. Dans ces cas, qui sont relativement rares, l'orifice hypogastrique joue le rôle d'une soupape de sûreté qui fonctionne à certains intervalles plus ou moins rapprochés, tantôt à certaines heures de la journée, tantôt seulement une ou deux fois par mois ou même seulement deux ou trois fois par an. Que l'urèthre contre nature fonctionne plus ou moins souvent, il n'en est pas moins vrai que son importance est grande dans les accès de rétention futurs et que son existence permet l'évacuation des urines, évitant au malade les dangers d'une intervention et les souffrances intolérables des rétentionnistes aigus.

Voici une observation fort instructive recueillie dans le service de M. Jaboulay : ce chirurgien a vu, il y a quelques mois, un homme de soixante-deux ans qui avait présenté, dans son enfance, une fistule ombilicale urinaire par persistance anormale de l'ouraque. A partir de l'âge de trois à cinq mois, la fistule semblait s'être oblitérée et dans tous les cas n'avait jamais plus offert le plus léger suintement. Il y a deux ou trois mois, un accès de rétention se déclare par congestion prostatique : aussitôt l'urine suinte par la fistule ombilicale qui n'était donc pas oblitérée. Ce cas pathologique montre bien le rôle de la prostate et celle de cette soupape de sûreté anormale, analogue au méat hypogastrique. C'est une véritable expérience à très longue échéance et nous remercions vivement M. Jaboulay de nous l'avoir communiquée. Le malade a subi, il y a trois mois, à la suite de cet accès de rétention, la double résection des canaux déférents ; il y a quinze jours M. Jaboulay trouvait la prostate moins grosse ; néanmoins la fistule urinaire ombilicale continuait à livrer passage à une partie des urines. Un essai d'oblitération tenté, il y a quelques jours, n'a pas réussi.

Au total, et si nous voulions classer les malades avec incontinence partielle, nous adopterions la division suivante :

1° Les malades continents ou incontinents suivant les moments, la position, etc. ;

2° Les faux incontinents qui ont des mictions fréquentes par cystite, etc. ;

3° Les incontinents tardifs par rétraction vésicale (anciens continents) ;

4° Les continents partiels qui ont une période de continence plus ou moins longue (une demi-heure à une heure) suivie d'une période d'incontinence ;

5° Les malades continents qui voient momentanément leur urèthre contre nature entrer en fonction, à la suite d'un accès de rétention : soupape de sûreté.

En résumé, la classe des continents partiels est composée de types intermédiaires très variables; nous ne nous dissimulons pas que certains cystostomisés pourront rentrer dans deux catégories les plus rapprochées, suivant qu'on les envisage à diverses périodes de leur existence. Pour citer des exemples, nous rappellerons que les malades continents parfaits, signalés en dernier lieu, deviennent parfois incontinents par le mécanisme signalé de la soupape de sûreté ; de même, les malades incontinents peuvent devenir continents partiels sous l'influence de certaines conditions, telles que la station debout, etc.

3° *Cystostomisés avec urèthre contre nature continent.* — Ce sont les malades les plus intéressants, les plus favorisés, puisqu'ils recouvrent la faculté éminemment précieuse de garder leurs urines et de les évacuer, pour ainsi dire, à volonté, double condition qui leur permet de satisfaire à leurs devoirs sociaux et de reprendre la vie commune. Il s'en faut cependant que tous ces malades soient dans la même situation au point de vue de la fonction, comme nous allons le voir. Mais d'ores et déjà, nous tenons à poser en principe, nous appuyant sur nos observations, que cette catégorie de malades existe réellement et que nous en avons des exemples indiscutables. Il était nécessaire, croyons-nous, de répéter cette affirmation.

*a.* Parmi ces prostatiques, les uns recouvrent la faculté d'uriner par la verge ordinairement ; nous avons signalé cette catégorie. Ces malades retrouvent en définitive la miction normale et ressemblent aux malades qui bénéficient d'une fermeture du méat hypogastrique ; mais ils ont un avantage incontestable si des accidents de rétention surviennent, car leur fistule hypogastrique joue le rôle de soupape de sûreté, permet l'évacuation du trop plein vésical ; la prostate se décongestionne ainsi très vite ; l'urine, au besoin, peut être évacuée par un cathétérisme facile de l'urèthre hypogastrique. En somme, leur situation est l'idéal, on peut le dire, puisqu'elle supprime les dangers des nouvelles rétentions chez des prostatiques voués à de nombreux accidents, en assurant néanmoins les avantages de la fonction normale. (Voyez observation de M. Jaboulay.)

Il faut sans doute des conditions toutes particulières pour amener un tel résultat. De fait, ces cas sont rares et nous n'en possédons que trois ; si l'on se souvient de la véritable cause de la persistance de la fistule hypogastrique, on comprendra aisément la véritable raison de cette rareté. C'est, nous le savons, l'obstacle prostatique qui règle la persistance ou l'oblitération du nouveau méat. En conséquence, l'obstacle prostatique est-il considérable ? Il empêchera la fermeture du nouvel urèthre et en même temps

rendra difficile le retour à la miction par l'ancien urèthre, puisque c'est précisément la difficulté de la miction uréthrale qui provoque la persistance de la fistule; il y a là un véritable cercle vicieux. La prostate, au contraire, est-elle rapidement revenue à des dimensions normales? ordinairement, le méat hypogastrique se ferme rapidement (16 sur 34).

(*A suivre.*)

---

## LES PARASITES DU CANCER ET DU SARCOME

[MORPHOLOGIE, RÉPARTITION] (1)

Par M. F.-J. Bosc.

Des arguments d'ordre clinique, étiologique et expérimental nous permettent de penser que les tumeurs malignes de l'homme, en particulier le cancer (épithéliome, carcinome) et le sarcome, ont une origine infectieuse.

Existe-t-il, dans ces tumeurs, des corps qui se différencient des éléments propres de nos tissus et capables de jouer un rôle pathogène? Plusieurs auteurs ont décrit des formes qu'ils interprètent comme des parasites, mais elles sont très variables et actuellement considérées comme exclusives les unes des autres. Nous avons repris cette étude sur un nombre considérable d'épithéliomes, de carcinomes, de sarcomes, mais nous nous sommes gardé de nous baser uniquement, même pour la simple étude morphologique, sur l'examen de coupes histologiques plus ou moins altérées par les réactifs et aux données desquelles on peut toujours opposer des doutes. Toute tumeur a été examinée immédiatement, à l'état frais. L'examen comportait l'étude du suc cancéreux du raclage de la surface fraîche de section recueilli en des points divers de la tumeur présentant une particularité : points jaunâtres, vermicelles, boyaux remplis de matière cancéreuse ramollie, contenu des kystes, etc. L'examen microscopique en a été fait directement à une lumière vive, sans coloration d'abord, puis après coloration légère par divers réactifs; picro-carmin, thionine, bleu de Roux, safranine, biondi, liqueur d'Erlich diluée dans la glycérine. Nous avons pu parvenir à conserver les préparations fraîches ainsi préparées à la glycérine avec ou sans fixation préalable par l'acide osmique. Les observations faites sur les tissus frais ont été contrôlées sur des coupes histologiques très nombreuses de fragments très minces fixés dans le formol, le Flemming ou le sublimé à saturation dans l'eau et après des colorations sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

La synthèse des documents fournis par l'examen de très nombreuses tumeurs, et en particulier de trente-deux cas très étudiés, nous amène à cette conclusion qu'il existe dans ces tumeurs des formations anormales étrangères à nos tissus pouvant se grouper suivant cinq types morphologiques : 1° formes micrococciques ou microbiennes; 2° granulations; 3° formes cellulaires de volume très variable, parmi lesquelles des formes pseudopodiques; 4° formes enkystées; 5° formes sarcodiques.

1° Les formes micrococciques ou microbiennes existent dans toutes les tumeurs que nous avons examinées. Elles y sont les plus abondantes et parfois en nombre tel que chaque cellule en contient une et même plusieurs, jusqu'à quatre, six. Leur volume peut ne pas dépasser celui du plus petit microcoque ou atteindre celui d'un gros staphylocoque. Il existe autour de chacune d'elles une petite zone hyaline, très réfringente, ressemblant exactement à la capsule qui entoure certains microbes. Parfois une même capsule peut contenir deux petits éléments, de sorte que la figure représente, à s'y tromper, un diplocoque encapsulé. Ces formes microbiennes à l'état frais se colorent facilement, sauf la capsule, qui demeure incolore.

2° Les granulations ont le même aspect que les formes microbiennes, mais leur volume est plus considérable. Elles sont formées par une petite masse ronde, homogène, brillante, entourée d'une zone hyaline qui peut prendre un très grand développement. Elles sont extrêmement nombreuses.

3° Les formes cellulaires. Nous les nommons ainsi à cause de leur ressemblance morphologique avec un élément cellulaire. Elles peuvent présenter une structure très complexe.

Les plus simples sont formées par une masse homogène nucléée, entourée de sa zone hyaline. D'autres présentent une zone granuleuse au centre ou sur les bords de la masse homogène précédente augmentée de volume; certaines ont un noyau vésiculeux, nucléolé, et une masse protoplasmique divisée en trois, quatre et cinq zones concentriques d'apparence et de réaction variables. On peut observer des divisions nucléaires dans la masse protoplasmique, des divisions de la masse elle-même en segments nucléés, des divisions en rosace, en marguerite, ou bien de véritables morulas. Les formes pseudopodiques sont remarquables par l'étirement de leur protoplasma en prolongements qui peuvent atteindre une grande longueur.

4° Les formes enkystées sont constatables à l'état frais et sur des coupes. On trouve des kystes parfaits bien isolés, avec leur paroi à double contour remplie de protoplasma granuleux à noyau nucléolé, ou à protoplasma rétracté au centre en forme de sphère. Le kyste peut renfermer deux, quatre, six spores volumineuses ou un grand nombre de microspores.

Nous avons observé des spores contenant deux sporozoïtes (corps en croissant) à gros noyau, enserrant une masse granuleuse de reliquat.

5° Formes sarcodiques. Dans certaines tumeurs, surtout dans les sarcomes, nous avons trouvé des masses volumineuses de protoplasma à bords pseudopodiques et renfermant des corps qui avaient toute la structure de spores. Ces spores étaient en nombre variable et à des degrés divers de développement dans l'intérieur de la masse sarcodique.

Toutes ces formes existent dans les épithéliomes, les carcinomes et les sarcomes. Cependant, les sarcomes contiennent surtout des formes microbiennes et des granulations; dans certains, même, on ne trouve que ces dernières formes. Ces formes sont isolées ou au nombre de deux, trois, quatre dans une même capsule, comme s'il se faisait un très énergique processus de division directe.

Ces cinq types d'éléments ont leur siège, soit dans le protoplasma de la cellule cancéreuse, soit dans le noyau (rare), soit dans l'intérieur de cellules conjonctives et de cellules géantes typiques, pour lesquelles on ne pouvait pas invoquer la coexistence d'une lésion tuberculeuse. Ces éléments peuvent exister dans les mailles du tissu conjonctif; c'est ce qui a lieu surtout pour les sarcomes, et, dans ce dernier cas, la zone hyaline a des bords irréguliers, arrondis, tandis que, pour les parasitaires intracellulaires, cette zone a une forme géométriquement ronde ou ovale.

---

(1) Communication à l'Académie des sciences.

## THÉRAPEUTIQUE

**Le chlorhydrate de phénocolle.** (Dr V. Dall'Olio.)

*Conclusions.* — Le chlorhydrate de phénocolle est un excellent médicament antipyrétique, analgésique et antirhumatismal. Il rend de signalés services dans le traitement des fièvres paludéennes, même dans les cas invétérés qui se sont montrés rebelles aux sels de quinine ; il réduit le volume de la rate malarique. Avantageux dans la chorée, la coqueluche, et en qualité d'antithermique dans les différentes maladies fébriles, le chlorhydrate de phénocolle est d'administration facile; même chez les enfants les plus délicats ; il est bien toléré par les adultes comme par les enfants. (*Gaz. med. Lombarda* et *Gaz. hebd.*)

**Contre le prurit vulvaire.**

M. Heidenheim conseille de recourir au traitement suivant : chaque soir, avant de se coucher, la malade fait une injection vaginale avec une solution de lysol, puis avec de l'eau tiède bouillie, et enfin avec une solution de sublimé; la vulve ayant été ensuite lavée avec soin, la patiente s'introduit entre les grandes lèvres une compresse de tarlatane chargée de la solution chaude de tannin (une cuillerée à bouche pour un litre d'eau). Lorsqu'il existe des excoriations de la muqueuse, on les touche avec le crayon de nitrate d'argent. L'auteur affirme que par ce moyen si simple et si commode on obtient la guérison du prurit dans tous les cas. On n'oubliera pas de prévenir la patiente que le tannin laisse sur les linges des taches indélébiles.

M. Massart (du Mont-Dore) recommande la formule suivante qui lui a donné de très bons résultats :

| | |
|---|---|
| Chloroforme . . . . . . . | *ãã* 50 grammes. |
| Éther sulfurique . . . . . | |
| Alcool camphré . . . . . | |

En applications locales une fois par jour à l'aide d'un tampon de coton hydrophile.

Un gynécologiste allemand, M. Ruge, affirme que le meilleur traitement du prurit vulvaire, c'est le nettoyage à fond de la région. Il doit être réalisé aussi rigoureusement qu'avant toute opération vaginale.

Il faut laver, savonner, désinfecter avec le sublimé : vulve, vagin, col, aussi loin que le doigt peut atteindre. En terminant on peut joindre la vulve avec de la vaseline phéniquée à 3 ou 4 p. 100.

M. P. Ruge insiste pour que ce soit le médecin lui-même qui opère ce nettoyage à fond, et le refaire au bout de quelques jours. Résultats immédiats et consécutifs sont la plupart du temps surprenants. (*Lyon médical.*)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 février 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### RAPPORT

**Maladie kystique du testicule.** — M. BERGER fait un rapport sur une observation communiquée par M. le docteur Kirmisson, intitulée : « Note sur un cas de maladie kystique du testicule. »

L'enfant en question fut présenté à M. Kirmisson à l'âge d'un an. Il portait une tumeur dure, grosse comme une noix, développée aux dépens du testicule lui-même. Cette tumeur, en quelques mois, augmenta dans de grandes proportions; quatre mois après le premier examen, malgré un traitement spécifique, elle était grosse comme un œuf de poule et s'accompagnait d'un épanchement modéré dans la tunique vaginale.

La castration fut pratiquée et l'enfant guérit sans présenter (depuis plus de deux ans déjà) de récidive.

L'examen histologique, pratiqué au laboratoire de M. Malassez, fit reconnaître qu'il s'agissait d'une tumeur kystique du testicule.

M. Berger insiste sur les caractères anatomiques par lesquels la tumeur en question différait des cas observés antérieurement par M. Malassez, et sur lesquels est fondée la description qu'il a donnée, en 1876, de ce genre de tumeurs : on n'y trouvait pas la couche formée par le refoulement excentrique du tissu testiculaire par la tumeur; ce tissu avait complètement disparu; l'épithélium qui tapissait la paroi du kyste était partout un épithélium à cellules aplaties et il ne présentait pas le polymorphisme qu'on a observé dans les autres cas de tumeur kystique du testicule; enfin cet épithélium s'infiltrait dans la trame conjonctive en déterminant des formations, boyaux et nids cellulaires logés dans des alvéoles, très semblables aux productions carcinomateuses.

Il s'agirait donc peut-être ici d'une tumeur établissant la transition entre la tumeur kystique du testicule et le cancer de cet organe, fait d'autant plus intéressant que l'ablation n'a pas été suivie de récidive.

L'absence de vestiges du tissu glandulaire est contraire à la doctrine de Langhans qui fait dériver les kystes d'une transformation des conduits séminifères; elle vient plutôt à l'appui de la théorie de M. Malassez, pour qui la tumeur kystique du testicule est un véritable épithéliome myxoïde, développé dans le stroma conjonctif de l'organe mâle.

### COMMUNICATION

**L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques.** — M. COMBEMALE (de Lille) fait une communication sur ce sujet.

L'étude toxique et physiologique des sels de thallium est presque complète, et, en thérapeutique, Pozzi et Courtade les proposèrent en 1884 contre la syphilis. Mais l'acétate de thallium a été aussi discrètement signalé comme un antisudoral. M. Combemale a repris l'étude à ce dernier point de vue.

Administré sous la forme pharmaceutique de pilules de 10 centigrammes chacune, l'acétate de thallium donne des résultats remarquables qui légitimeront l'admission de ce médicament peu connu dans la thérapeutique des sueurs excessives.

Sur plus de 30 malades, tuberculeux ou autres, à grandes sueurs nocturnes, un seul n'a pas été soulagé; un autre fut seulement amélioré sans être complètement débarrassé toutefois. Ce sont surtout les grands excavés cachectiques qui bénéficient de cette anhydrotique; à l'inverse des antisudoraux, l'acétate de thallium a son maximum d'effet chez les cachectisés : une leucocythémique dans ce cas en tira aussi très grand profit. Chez les tuberculeux indurés ou à ramollissement commençant, le médicament n'a pas de moindres effets. Les vieux tousseurs par dilatation bronchique, bronchite chronique, qui suent tout comme les tuberculeux, sont aussi bien traités par l'acétate de thallium.

La dose quotidienne est de 10 centigrammes, très rarement de 20 centigrammes. Il convient de ne jamais prescrire le médicament plus de quatre jours de suite, les effets en étant très durables, persistant de huit à dix jours, les cas réfractaires n'ayant, d'autre part, jamais cédé même à huit prises. La prise doit se faire une heure environ avant le moment présumé de l'apparition des sueurs.

Ces excellents résultats impliquent la recherche des inconvénients. Cliniquement, il n'a rien été observé d'ana-

logue à ce que donne l'analyse expérimentale qui fait du thallium le plus toxique des métaux et le présente comme un poison musculaire paralysant. Mais il faut rapporter que trois fois une alopécie totale et extraordinairement rapide, en deux à huit jours, s'est montrée chez des malades qui, il est vrai, perdaient déjà leurs cheveux et avaient pris de 80 centigrammes à 1gr10 d'acétate de thallium en un mois; par contre, des tuberculeux dans les mêmes conditions, qui virent leurs sueurs arrêtées par une ou deux prises consécutives, ne subirent pas cette perte quasi foudroyante de leur chevelure.

La conclusion est que cet accident n'est à craindre qu'à la suite de l'emploi prolongé ou de doses fréquemment répétées. L'explication de l'alopécie ne peut être trouvée dans la présence du thallium dans le cuir chevelu, la spectroscopie n'ayant pas caractérisé ce métal dans une macération du cuir chevelu de l'un de ces décalvés.

**SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SAIGNÉE, LES VOMITIFS ET LE VÉSICATOIRE**

M. Ferrand s'excuse de revenir encore sur la question du vésicatoire, mais il doit répondre en quelques mots au réquisitoire de M. Huchard.

Après avoir discuté les expériences qu'on lui oppose et qui ne s'appliquent pas au vésicatoire, il conclut que toute irritation de la peau a ses dangers, mais que la peau a aussi ses moyens de défense : l'épiderme d'abord, puis les couches dermiques avec leurs phagocytes, lesquels expliquent la résistance des sujets aux accidents d'infections dans nombre de suppurations spontanées ou provoquées.

La révulsion, c'est donc la lance enchantée qui guérit les plaies qu'elle provoque. Car elle appelle des formations nouvelles qui concourent à la défense de toute l'économie.

La physiologie microbienne n'a rien prouvé qui ne concorde avec l'idée hippocratique de la maladie et de la réaction. Les mots vieillissent bien plus que les idées, mais les faits ne vieillissent pas. Le vésicatoire est un fait qui a vu passer bien des générations et qui survivra à la nôtre.

L'Académie se forme en comité secret.

---

## VARIÉTES

### Le baron Hippolyte Larrey [1808-1895] (1).

(Éloge prononcé par M. le docteur Paul Reclus à la séance annuelle de la Société de chirurgie.)

V

Hippolyte Larrey ne fut point un « déraciné »; il était né à Paris, mais d'origine pyrénéenne; il revenait souvent prendre contact avec la terre des aïeux. Le village, où deux plaques de marbre signalent la maison des Larrey, Baudéan, marque la fin de la vallée de Campan, là où elle s'évase comme une immense coupe d'émeraude en avant de Bagnères-de-Bigorre. Heureux pays que Virgile eût chanté comme un autre Tempé sous le ciel changeant du Sud-Ouest, avec ses prairies veloutées, ses peupliers tremblants, ses fraîches oseraies, ses ruisseaux d'irrigation gais et lumineux dans une herbe toujours renaissante. Ils sont puisés au jeune fleuve qui vient de naître de la confusion des trois gaves de Tourmalet, de la Séoube et de l'Esponne; ainsi formé, l'Adour ondule, se brise sur les rochers roulés, puis son eau glauque se ramasse et saute en cascade pour se résoudre en poussière d'argent dans un entonnoir de verdure, tandis que, au premier horizon, l'Arbizon et le pic du Midi de Bigorre se dressent dans toute leur gloire.

A vingt ans, lors d'un premier voyage, il y avait encore trouvé quelques débris de sa famille; plus tard, quand la vieille tante Geneviève fut morte, il fit, de la maison paternelle, un asile pour les enfants du village : par un testament daté de Sainte-Hélène, Napoléon Ier avait laissé 100000 francs à Dominique Larrey « le plus honnête homme de l'Empire »; mais l'empereur s'était exagéré sa fortune et tous les legs durent être réduits; Larrey ne toucha que 43000 francs. Napoléon III ne voulut pas laisser en souffrance les générosités de son oncle et « sur sa cassette », il parfit les 100000 francs. Hippolyte Larrey ne garda rien de cette somme inattendue et, avec une générosité qu'on n'a pas assez louée, il arrangea sa maison pour la donner aux pauvres après l'avoir dotée d'une rente suffisante.

En 1860, il fut conseiller général du canton de Baudéan et il le resta jusqu'à la guerre. Au 16 Mai, il se présenta contre l'un des 363 et devint député de Bagnères; il siégea dans le groupe de l'Appel au peuple. Aux élections suivantes, les conservateurs crurent habile de lui substituer Paul Fould et M. Constans fut élu. Du moins, son passage à la Chambre fut marqué par le vote de la loi sur l'autonomie du service de santé. On sait quelle humble place occupait jadis le médecin dans la hiérarchie militaire. Mais lorsque Dominique Larrey eut créé les ambulances volantes où le médecin affronte les mêmes dangers que les soldats, cette inégalité devint odieuse : celui qui est aux mêmes périls, doit être aux mêmes honneurs, et l'assimilation des grades fut un premier progrès; plus importante fut l'autonomie du service de santé jusqu'alors subordonné à l'Intendance. Hippolyte Larrey prit cette cause en main. Son discours à la Chambre emporta les dernières résistances, et la réforme fut votée.

Nous voici en 1878. Le baron Larrey était septuagénaire et sa vieillesse menaçait d'être bien isolée dans son foyer désert. Un bonheur lui survint, digne de sa bonté et de ses nobles sentiments. Comme membre du Conseil de l'Ordre de la Légion d'honneur, on lui soumit le dossier d'une jeune fille qu'on nommait déjà : l'héroïne de Pithiviers. Les généraux avaient signalé dans plusieurs ordres du jour et, à défaut de croix, Gambetta avait marqué d'une mention honorable, la vaillance de cette enfant de vingt ans qui, au milieu des Prussiens, hôtes imposés à sa maison, avait osé dérober les dépêches allemandes par un fil de fer sur un appareil Morse, les faire traduire et les envoyer, à travers les lignes ennemies, jusqu'aux chefs de notre armée de la Loire. Elle eut le sang-froid, la présence d'esprit, le courage de mener à bien, pendant dix-sept jours, cette redoutable entreprise qui sauva nos troupes, à Gien, d'un désastre irréparable. Elle fut dénoncée, arrêtée, condamnée; elle allait être exécutée lorsqu'elle fut graciée par Frédéric-Charles.

Après la guerre, la jeune fille reprit avec sa mère son modeste emploi dans les télégraphes, tranquillement, sans bruit, sans fanfares autour de son nom. Mais quand la France put enfin respirer et dresser le bilan de l'Année terrible, au milieu des fautes, des erreurs, des trahisons, des déroutes, on vit surgir des actes d'héroïsme et de dévouement ignorés jusqu'alors de la foule. Le décret du gouvernement qui convertissait en médailles militaires les mentions honorables de Gambetta mit, tout à coup, en vive lumière l'héroïne de Pithiviers et, dès ce jour, son nom fut populaire; d'une voix unanime, on réclama pour elle la croix de la Légion d'honneur; le baron Larrey la vit, elle et sa mère, et fut séduit par le charme le plus pénétrant, celui d'une âme supérieure qui s'ignore elle-même, d'un cœur qui se dévoue d'un élan spontané et parce que telle est sa nature. Nous vénérons les vertus conquises par une lutte incessante contre d'égoïstes instincts, mais combien plus de séduction ont les grâces natives qui s'épanouissent sans effort comme la fleur du

---

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 191.

matin ! La nouvelle légionnaire était de cette race élue ; elle fut héroïque, comme elle est bonne : son cœur le veut ainsi.

Son parrain dans la Légion d'honneur fut le baron Larrey ; elle devint pour lui la fille la plus obstinément et la plus tendrement dévouée. Dans notre France ironique, nous croyons plus à l'amour tout court qu'à l'amour paternel et le bruit du mariage du baron Larrey avec sa filleule avait été si souvent annoncé qu'il était pour beaucoup une certitude. Mais les intimes savaient bien que seuls les sentiments de fille et de père les unissaient l'un à l'autre. Grâce à elle, les dernières années de son parrain ont été bénies : il passait ses soirées avec elle et sa mère à raconter les jours héroïques. Elle connut bientôt, dans leur intimité, le grand Larrey, la douce Laville, la tendre Isaure, le petit chevalier dont elle suivait, dans ces récits quotidiens, la belle et régulière ascension. Et si, aujourd'hui, j'ai pu vous esquisser les traits des deux Larrey, je le dois à la mémoire fidèle de cette fille d'adoption.

Hélas ! elle put épancher trop tôt le dévouement qui la tourmentait. Le baron Larrey dont la vigueur, à quatre-vingt-sept ans, était devenue légendaire, reconnut, un jour, les atteintes du mal qui avait emporté sa sœur. Il lutta quelque temps ; il paraissait à l'Académie, plus blanc, plus pâle et les traits affaissés, mais toujours avec son grand air noble et bon ; puis il se retira à Bièvre avec son incomparable infirmière qui, sous la direction des professeurs Guyon et Potain, essaya d'atténuer les douleurs dont souffrait son cher malade. Il fut stoïque et vit arriver la mort avec sérénité ; un prêtre voulut l'assister ; il le reçut avec bienveillance mais refusa son ministère : — J'ai toujours, lui dit-il, suivi la ligne droite sur les traces de mon père dont l'image m'a guidé à travers la vie. — Il s'éteignit, le 8 octobre 1895, dans la chambre où était morte, cinquante-trois ans auparavant, sa mère bien-aimée. Ses funérailles furent dignes de lui et nul de nous n'oubliera la cour d'honneur du Val-de-Grâce, la foule recueillie sous les froids rayons d'un ciel d'automne, les soldats en armes, les flammes des lanciers, les roulements des tambours voilés de crêpe, la chapelle tendue de deuil, les trophées de drapeaux au faîte des colonnes et sur les marches du large péristyle, en face du catafalque couvert de fleurs, les orateurs retraçant la noble vie du fils en évoquant le souvenir du père, le grand Dominique Larrey, là, debout sur son piédestal.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Roux, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à Marseille, est chargé d'un cours de pathologie externe et médecine opératoire, pendant la durée du congé accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. le professeur Chapplain.

— Sur la proposition du bureau, l'Académie de médecine a décidé que le prix Monbinne, qui n'a pas été donné cette année, serait alloué à M. le docteur Huguet, actuellement en mission au Mzab, pour la continuation de ses recherches.

— Voici les questions mises à l'ordre du jour du IVe Congrès pour l'étude de la tuberculose, qui se tiendra à Paris, du 27 juillet au 2 août 1898 :

1° Des sanatoriums comme moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose ; rapporteurs : MM. Le Gendre, Netter et Thoinot ;

2° Des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose ; rapporteurs : MM. les professeurs Landouzy et Maragliano ;

3° Des rayons X (radioscopie et radiographie dans le diagnostic de la tuberculose) ; rapporteurs : MM. Béclère, Claude et Teissier ;

3° (bis). Des rayons X dans le traitement de la tuberculose ; rapporteurs : MM. les professeurs Bergonié (de Bordeaux) et Lortet (de Lyon) ;

4° La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie ; rapporteur : M. le professeur Bang (de Copenhague) ;

5° La lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux habités par les tuberculeux ; rapporteur : M. A.-J. Martin ;

6° De la propagation de la tuberculose dans l'armée et de sa prophylaxie ; rapporteur : M. le professeur Vallin.

7° Questions diverses au choix des membres du Congrès.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir un certain nombre de questions en dehors des précédentes, qui conserveront la priorité dans les ordres du jour, le Comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur les suivantes :

Valeur séméiologique et pronostique de la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire.

De la contagion de la tuberculose par le lait et la viande (faits authentiques) et des moyens de l'éviter. — En particulier, des moyens pratiques d'obtenir le lait stérilisé et d'en généraliser l'emploi exclusif.

De la stérilisation des viandes provenant d'animaux tuberculeux.

De la cure d'altitude et de la cure marine de la phtisie.

Des modifications de forme du bacille de la tuberculose et de leur signification pathologique.

Des conditions organiques, cellulaires et humorales qui constituent le terrain tuberculeux ou de prédisposition à la tuberculose.

Prière d'adresser l'adhésion avec un mandat postal de 20 fr., ainsi que la demande des billets de chemin de fer (avant le 1er juillet), à M. G. Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Prière d'adresser tout ce qui concerne les communications et l'organisation du Congrès à M. le docteur L.-H. Petit, secrétaire général, à Menton (Alpes-Maritimes).

— Le deuxième Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie tiendra sa prochaine séance à Marseille, du 8 au 15 octobre 1898, sous la présidence de M. le professeur Pinard et de MM. Pozzi (gynécologie) et Broca (pédiatrie). — Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Queirel, secrétaire général du Congrès, 20 rue Grignan, à Marseille.

— Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés membres des comités d'inspection et d'achats de livres des bibliothèques des villes suivantes :

Dieppe : MM. Caron et Delarue. — Gournay : M. Duchesne. — Le Havre : M. Fauvel. — Motvillers : M. Louis Greslin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dubois (de Limoges) ; Duchenne (de Sainte-Anne-d'Auray) ; E. Fleurot, du Val-d'Ajol (Vosges) ; Leclercq, de Vic-sur-Seille (Lorraine) ; Victor Petit (de Rouen), qui vient de succomber, en quarante-huit heures, à la diphtérie contractée au chevet de quatre enfants pauvres ; Rigolet (de Paris) ; du pasteur Ch.-Ém. Witz, petit-fils d'Oberlin, qui vient de mourir au Waldersbach (Alsace), à l'âge de quatre-vingt-trois ans. Il avait fait à Strasbourg à la fois ses études médicales et théologiques, et, au double titre de pasteur et de médecin, fut la providence des communes du Ban de la Roche ; et de M. Henri Chevillard, interne aliéniste à l'hôpital Saint-Jacques de Nantes.

— M. le professeur Terrier commencera le cours de médecine opératoire, le lundi 7 mars 1898, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mercredis, lundis et vendredis suivants, à la même heure.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 26 FÉVRIER 1898. — N° 24.

ar semaine

MEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# TE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

traites sur
que mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Diagnostic clinique des cirrhoses hypertrophiques de l'adulte.

Par LÉOPOLD-LÉVI,
Ancien interne, lauréat des hôpitaux.

HISTORIQUE. INTRODUCTION. — C'est à Requin (1) [1846], que l'on doit la première observation de cirrhose hypertrophique, mentionnée dans la littérature médicale. La possibilité des deux lésions : cirrhose et hypertrophie du foie, affirmée par Mesnet (2), discutée par de nombreux auteurs, fut admise après les observations de Gubler (3), Lacaze (4), Millard (5), Genouville (6), M. Jaccoud (7). Charcot et Luys (8) fixèrent les caractères anatomiques de la cirrhose hypertrophique par opposition à ceux de la cirrhose atrophique. Les mémoires d'Olivier (9), de M. Cornil (10), de M. Hayem (11) contribuèrent à établir définitivement ce type morbide. A l'étranger, Todd (12) [1857], parmi ses trois formes de cirrhose, accordait une place à la cirrhose hypertrophique.

Mais il n'existe pas qu'une cirrhose hypertrophique. Dans sa thèse qui fait époque, notre regretté maître Hanot sépara une forme de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, à laquelle Kiener (13) a proposé de donner le nom, admis communément dès lors, de maladie de Hanot.

(1) REQUIN. *Pathologie médicale*, 1846, t. II, p. 749.
(2) MESNET. Cas de cirrhose avec hypertrophie du foie, *Union méd.*, 1849, p. 182.
(3) GUBLER. Th. d'agrég., 1853.
(4, 5, 6) LACAZE, MILLARD, GENOUVILLE. Cités par HANOT. *Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique*, Bibl. Charcot-Debove, 1892.
(7) JACCOUD. *Conférences cliniques à la Charité*, 1886.
(8) CHARCOT et LUYS. Soc. de biol., 1859.
(9) OLIVIER. *Union méd.*, 1871, p. 361.
(10) CORNIL. *Arch. de physiol.*, 1874, t. I, p. 265. — Soc. méd. des hôpit., 25 juin 1875.
(11) HAYEM. Soc. anat., 4 juin 1875.
(12) TODD. Abstract of a clinical lecture on the chronic contraction of the liver, *Med. Times and Gaz.*, 1857, p. 571.
(13) KIENER. Un cas de « maladie de Hanot », *Semaine méd.*, 19 juillet 1893.

Depuis, les cirrhoses hypertrophiques se sont multipliées : cirrhose hypertrophique graisseuse [Hutinel (1), Sabourin (2)], cirrhose hypertrophique pigmentaire [Hanot et Chauffard (3)], cirrhose alcoolique hypertrophique [Hanot et Gilbert (4)], cirrhose hypertrophique par auto-intoxication [Hanot (5), Boix (6)], hépatite syphilitique avec ictère chronique [Hanot (7)].

Ce serait déjà passer en revue une partie de la pathologie hépatique, que de séparer ces formes l'une de l'autre. Mais il y a plus : ce qui domine, au point de vue clinique, la symptomatologie des cirrhoses hypertrophiques, c'est l'hypermégalie hépatique. Nous sommes donc amené à faire le diagnostic entre tous les gros foies, atteints ou non de cirrhose (8).

Avant d'entrer dans notre sujet, il nous paraît utile d'exposer très brièvement les caractères *anatomiques* des cirrhoses hypertrophiques.

Les cirrhoses hypertrophiques, en tant que cirrhoses, offrent un certain nombre d'altérations communes à toutes

(1) HUTINEL. Étude sur quelques cas de cirrhose avec stéatose du foie, *France méd.*, 1881, p. 352.
(2) SABOURIN. Sur une variété de cirrhose hypertrophique du foie, *Arch. de physiol.*, 1881, p. 584.
(3) HANOT et CHAUFFARD. Cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré, *Rev. de méd.*, 1882, p. 385.
(4) HANOT et GILBERT. Cirrhose alcoolique hypertrophique, Soc. méd. des hôpit., 23 mai 1890.
(5) HANOT et BOIX. Congr. de Rome, 1894.
(6) BOIX. *Le foie des dyspeptiques*, Th. de Paris, 1894.
(7) HANOT. Hépatite syphilitique hypertrophique chronique, *Presse méd.*, 1896, p. 505.
(8) Par contre, nous éliminons les affections hépatiques, même les cirrhoses, avec foie petit. C'est ainsi que nous ne nous arrêterons ni à la cirrhose de Laënnec, bien classique d'ailleurs, ni à cette forme morbide étudiée surtout en Italie sous le nom de *maladie de Banti*, et à laquelle Bozzolo vient de consacrer un nouveau travail (Splénomégalie primitive avec cirrhose hépatique, *Riforma med.*, 11 juillet 1897, vol. II, n° 1). Cette maladie se caractérise par une phase de splénomégalie primitive avec anémie très marquée, à laquelle succède, après une période de troubles gastro-intestinaux, une cirrhose atrophique accompagnée d'ascite. La cirrhose serait, pour Banti, le résultat d'une auto-intoxication à point de départ splénique. Nous avons le souvenir d'avoir, pendant notre internat à la Salpêtrière, observé un fait de cet ordre. Il s'agissait d'une jeune femme très anémique qui, pendant plusieurs années, avait été considérée par plusieurs chirurgiens, entre autres par M. Labbé, comme atteinte d'une tumeur primitive de la rate. Au bout de trois à quatre ans se développa une cirrhose atrophique avec ascite, au cours de laquelle elle succomba. A l'autopsie, le foie était atrophié, cirrhosé. La rate pesait 1700 grammes.

les cirrhoses (1). Le foie est atteint de sclérose conjonctive, généralisée, diffuse à tout l'organe. Le tissu conjonctif est adulte, fibreux. Mais le processus ne reste pas purement interstitiel, la cellule hépatique entre en jeu. D'autre part, ce qui les distingue des autres cirrhoses, c'est l'hypertrophie, caractère purement macroscopique. A quoi est due cette hypertrophie? Entre autres éléments, il faut tenir compte de l'hypertrophie compensatrice des cellules du foie qui trouve sa vérification dans la cirrhose hypertrophique d'Hanot et Gilbert (2) et dans la maladie de Hanot.

Tels sont donc les caractères généraux qui rapprochent les cirrhoses hypertrophiques. Elles diffèrent au contraire dans les détails, il n'est point de caractère qui réunisse histologiquement les différentes cirrhoses hypertrophiques.

Prenons comme type le foie de la *maladie de Hanot*, ce foie lisse, à aspect légèrement chagriné cependant, de consistance dure, marbré de vert et de gris sur la coupe. La cirrhose y revêt une disposition à laquelle les anatomo-pathologistes, à la suite de Charcot, avaient attaché une grande importance. Elle est insulaire, mono ou multilobulaire, a son point de départ dans les espaces portes. Dans les traînées de tissu adulte, se trouvent des cellules rondes, en grande quantité, qui forment par place comme des nodules infectieux. Les canaux biliaires portes sont le siège de périangiocholite et d'angiocholite productive et catarrhale. Il y a un développement extraordinaire de néocanalicules biliaires. Ce qui est vraiment particulier, c'est l'état des cellules hépatiques. Elles ne sont pas le siège de dégénération graisseuse, ni pigmentaire. En général, elles sont conservées et augmentées de volume. Leur noyau présente des figures de kariokynèse.

En opposition histologique avec la maladie de Hanot, on peut placer la *cirrhose hypertrophique graisseuse*, type Hutinel-Sabourin. Là encore l'organe est volumineux, régulièrement volumineux. Il est lisse, couleur jaune d'ocre, dense et à la fois onctueux à la coupe. Si la disposition du tissu conjonctif est encore ici portale et périportale, insulaire, ce qui caractérise cette forme, c'est l'état de l'élément parenchymateux, la dégénérescence graisseuse en masse des cellules hépatiques.

Biveineuse, au contraire, est la *cirrhose hypertrophique d'Hanot et Gilbert*, à maximum d'ailleurs périportal. Le foie volumineux porte de petites granulations à sa surface, plus visibles après décortication. Les granulations sont plus nettes encore sur une surface de section. Ici, le côté intéressant de l'anatomie pathologique est fourni par l'hypertrophie des trabécules hépatiques, la tendance à l'orientation concentrique de l'hépatite nodulaire.

On peut rapprocher la *cirrhose alcoolique hypertrophique diffuse*, forme purement anatomique décrite par Gilbert et Fournier (3), cirrhose diffuse biveineuse et péricapillaire.

Dans la *cirrhose pigmentaire des diabétiques*, en dehors de la sclérose avancée qui est soit biveineuse, soit portobiliaire, ce qui lui donne son cachet microscopique, c'est la surcharge des cellules du foie par le pigment ocre, amenant souvent l'atrophie du noyau et la désintégration de la cellule. Dans les travées scléreuses, on trouve des traînées de pigment ocre; les cellules conjoncti[illegible]ment chargées de grains jaunes.

La pigmentation n'est pas propre à cet[illegible]rhose *alcoolique hypertrophique pigmentaire* (1) mon[illegible] infiltration pigmentaire du tissu scléreux et de[illegible]ts parenchymateux.

Que dire de la *cirrhose des dyspeptiques?* Son anatomie pathologique est mal fixée. C'est une hépatite interstitielle diffuse, généralisée, à tendance monocellulaire.

Quant à la forme d'*hépatite syphilitique avec ictère*, décrite par Hanot, elle réalise un type de foie infectieux avec capillarite infectieuse, nodules infectieux. La syphilis se présente sous forme infiltrée.

Ce résumé schématique montre l'importance à attacher aux altérations de la cellule hépatique. Mais, dans un examen, il faut tenir compte des lésions terminales, agoniques, de l'ictère grave secondaire, cause à lui seul de lésions cellulaires. Diagnostiquer les cirrhoses hypertrophiques sur l'examen histologique est un problème difficile. Il est nécessaire de juxtaposer ici à l'anatomie pathologique la clinique qui reconnaît les causes, les symptômes, l'évolution.

En ce qui concerne le diagnostic clinique, une division nous paraît primordiale. C'est de considérer dans des chapitres différents les formes de cirrhose hypertrophique qui s'accompagnent ou ne s'accompagnent pas d'ictère (2). Nous rangerons, dans un troisième groupe, les cirrhoses au cours desquelles se produit une coloration particulière, pigmentaire de la peau.

## I

Diagnostic des cirrhoses hypertrophiques avec ictère. — Deux notions dominent ce diagnostic : l'hypertrophie du foie et l'ictère. Il est nécessaire d'être tout d'abord fixé sur ces deux symptômes.

L'*hypermégalie hépatique*, surtout si elle est accentuée, sera, en général, facile à reconnaître. Déjà l'inspection montrant la région de l'hypocondre droit ou le flanc droit, parfois tout l'abdomen, bombé, faisant saillie, attirera l'attention sur le foie. La palpation, pratiquée de bas en haut, par petites succussions, ou en mesure, suivant le procédé que préconise M. Guyon pour le rein, donnera un résultat plus positif. Elle appréciera le bord et la surface du foie, la consistance de l'organe, sa forme, sa sensibilité, reconnaîtra que la masse se déplace avec les mouvements respiratoires.

Enfin la percussion pratiquée surtout au niveau des espaces intercostaux, percussion forte, viendra confirmer la notion de l'augmentation de volume du foie. Un autre procédé doit être mis en usage, actuellement, c'est la phonendoscopie de Bianchi qui appréciera, avec une grande rigueur, le foie, en particulier dans son lobe gauche, souvent difficile à bien délimiter.

Tous ces procédés devront être mis en usage, pour ne pas prendre pour un foie hypertrophié un foie simplement

(1) Chauffard. Formes cliniques des cirrhoses du foie, rapport au Congr. de Moscou, 1897.

(2) Kahn. *Études sur la régénération du foie*, Th. de Paris, 1897.

(3) Gilbert et Fournier. Cirrhose alcoolique hypertrophique du foie, *Bull. de la Soc. de biol.*, 3 juillet 1897, p. 637.

(1) Letulle. Cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique, *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 853. — Gilbert et Grenet. Cirrhose alcoolique hypertrophique pigmentaire, *Bull. de la Soc. de biol.*, 19 déc. 1896, p. 1078.

(2) Cette division, vraie cliniquement en général, est parfois purement schématique. Le cancer du foie, le foie cardiaque, la syphilis hépatique s'accompagnent ou non d'ictère. Nous avons toujours supposé le cas le plus habituel.

abaissé du fait d'un épanchement pleural, d'un pneumothorax, d'un emphysème considérable, et surtout pour ne pas considérer comme cirrhose hypertrophique un cas d'hépatoptose.

*Hépatoptose.* — L'hépatoptose s'accompagnant d'ictère dans quelques cas, le diagnostic avec la cirrhose hypertrophique mérite de trouver sa place en cet endroit.

Caractérisée en même temps par l'abaissement et par la mobilité du foie, l'hépatoptose se trouve signalée dans un cas de Heister (1754), puis dans un cas de Cantani (1866). En 1892, M. Faure (1) lui consacra sa thèse inaugurale où il recueillit tous les documents connus sur cette question. Qu'il y ait ou non des symptômes fonctionnels : phénomènes douloureux, troubles gastro-intestinaux, troubles du système nerveux, que l'ictère se manifeste par compression, coudure des voies d'excrétion de la bile, que l'ascite se produise par compression ou torsion de la veine porte, que la coudure de la veine cave donne lieu à des troubles de circulation veineuse, l'hépatoptose se présente généralement ainsi. Chez une femme le plus souvent, atteinte d'éventration, dont le ventre est pendant, avec amincissement parfois de la paroi, on aperçoit une saillie anormale, asymétrique, rétro-ombilicale ou dans le flanc droit. La palpation reconnaît la face convexe du foie, arrondie, lisse, avec sa consistance à la fois résistante et élastique. Les doigts saisissent le bord tranchant, reconnaissent l'incisure, le cordon de la veine ombilicale.

Mais, fait de première importance, au point de vue du diagnostic : alors que la percussion dénote de la matité dans toute la région où la masse hépatique est constatée, *la matité hépatique normale n'existe plus*. En outre, la masse se déplace avec les changements de position du malade. Elle est *mobile*; enfin, elle peut être *réductible*, soit spontanément par le décubitus horizontal, soit à l'aide de la main du malade ou du médecin.

L'*ictère* nous intéresse surtout par sa physiologie pathologique. Éclairés sur ses différents procédés de production, nous comprendrons à quels faits disparates ce symptôme peut appartenir.

L'ictère se traduit essentiellement par la coloration jaune de la peau et des muqueuses, la présence dans le sérum et dans l'urine de pigments biliaires normaux, essentiellement la bilirubine et la biliverdine, qu'on reconnaîtra soit au spectroscope par une bande noire d'absorption de toute la partie droite du spectre (violet, indigo, bleu), soit dans l'urine par le procédé de Gmelin. Quelquefois, ainsi que M. Hayem a insisté sur ce fait, il n'existe pas, au cours d'un ictère, de pigments biliaires normaux dans l'urine ; mais si l'on est en présence d'un ictère vrai, le sérum (2) contiendra toujours ces pigments biliaires décelables au spectroscope ou par la réaction de Gmelin.

L'ictère se produit suivant divers mécanismes. Tantôt, il y a un obstacle à l'écoulement de la bile, siégeant au niveau d'un gros conduit biliaire, le canal cholédoque. Cet obstacle peut être extérieur au canal, dépendre de la paroi même du canal, être intérieur (3).

(1) Faure. *Appareil suspenseur du foie. Hépatoptose et hépatopexie*, Th. de Paris, 1892.

(2) Hayem. Des pigments biliaires modifiés, Soc. méd. des hôpit., 31 mai 1895.

(3) Le plus souvent, dans ce cas, il s'agit de lithiase biliaire. Mais des hydatides peuvent obstruer aussi le canal cholédoque. Nous avons observé le fait pendant notre internat dans le service de M. Hanot.

Tantôt l'ictère est en rapport avec le phénomène de la polycholie.

Enfin il existe un ictère par dislocation de la travée (1) [par obstruction intralobulaire].

De ces mécanismes différents découlent des conséquences cliniques.

Dans les premiers cas, l'ictère a lieu par rétention et, comme corollaire, il y a *décoloration des fèces*. D'ailleurs, suivant que l'obstacle est fixe ou mobile, permanent ou variable, l'ictère sera de même continu ou intermittent, avec variations dans son intensité.

Ces symptômes sont de premier ordre et nous aurons tout d'abord à séparer entre elles les hypermégalies hépatiques avec ictère suivant que le syndrome s'accompagne ou non de décoloration des matières.

1° Hépatomégalie avec ictère sans décoloration des fèces. — L'association d'hypertrophie du foie avec ictère, sans décoloration des fèces, se trouve essentiellement réalisée dans le foie infectieux dont le type est la maladie de Hanot. Cet auteur a, en outre, isolé une forme qu'il a décrite sous le nom d'hépatite syphilitique avec ictère chronique.

*Maladie de Hanot.* — La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, une fois constituée, se caractérise par un *ictère* persistant, de plus en plus accentué. Cet ictère, parfois vert, peut être plus atténué, mais il est toujours appréciable et toujours plus accusé que la teinte subictérique. C'est un ictère vrai. Le *foie*, en même temps, est hypertrophié. Il envahit non seulement tout l'hypocondre droit et le creux épigastrique, mais encore le flanc droit et une partie de la fosse iliaque du même côté.

L'hypocondre droit fait une sorte de saillie, facilement
reconn
cielle,
moins
et tran
consid

En n
aussi,
Elle dé
percus

Ajou
que les

Ces d
tique d
quent l

La ci
culiers.
malingr
parfait,
térisées
de la te
mie qui
noter e
toxicité
sier), ét
l'urée. H
de cirrh

(1) Han
p. 521.

(2) Han
avec ictère

variait, dans leurs observations, entre 9300 et 21800. La moyenne est de 15500.

L'ensemble de ces caractères permettra donc de faire le diagnostic de cette maladie. Une dernière notion importe : c'est l'absence en général d'étiologie connue chez les malades. On ne retrouvera chez eux ni alcoolisme, ni impaludisme, ni syphilis, ni lithiase biliaire, ni tuberculose.

Chez les enfants, cette forme peut prendre un aspect un peu différent. Chez eux, en effet, la rate s'hypertrophie d'une façon excessive. Son diamètre vertical va de 26 à 36 centimètres. Le développement du foie est relativement plus considérable. La maladie paraît plus porter sur la rate que sur le foie, c'est la forme splénomégalique de Gilbert et Fournier (1). En outre, la croissance s'arrête, la puberté avorte, les doigts deviennent hippocratiques, l'on note des ostéopathies du tibia, du péroné, du fémur et des arthropaties.

La forme splénomégalique peut se retrouver chez l'adulte. Nous avons observé dans le service de Hanot deux cas qui rentrent dans la description de Gilbert et Fournier. Il s'agissait d'une femme de vingt-cinq ans, d'un homme de vingt-six ans, qui tous les deux présentèrent d'une façon générale les symptômes de la cirrhose hypertrophique. Chez la première malade, la rate représente une masse énorme, le foie a un volume relativement moins considérable. La rate occupe tout l'hypocondre et le flanc gauche, empiète sur la région épigastrique et ombilicale et descend jusqu'à l'hypogastre. Elle mesure 31 centimètres dans le sens vertical, 18 depuis le rebord des fausses côtes, 13 centimètres transversalement. Il faut noter en outre la physionomie enfantine de la malade, son peu de développement physique : elle mesure 1 mètre 50 ; l'absence de développement pilaire. Les doigts présentent des nodosités de Bouchard et d'Eberden. L'intelligence est ...ent peu développée.

...'homme, à la palpation de l'abdomen, on constate ...énorme formée uniquement par la rate remplis... ...ocondre gauche et descendant jusque dans la ... côté. Elle atteint la ligne médiane, ...a cicatrice ombilicale. Elle mesure ...s grande hauteur et 24 centimètres ...r.

...e *chronique*. — Foie infectieux, ...par Hanot, avec gros foie et ...isine de la cirrhose hyper... ...ndue avec elle.

...anamnestiques, la notion ... accidents actuels : les ... d'ulcérations syphili...

... étant très volumi... ... accentué que dans ...al est moins bien ...bilités. Il n'existe ...n le traitement, ...ous avons nous... ...progressive du ...ent du malade.

...*nel-Sabourin*). — ... il faut séparer ...ert), et due aussi à une étiologie complexe, puisqu'on retrouve dans les antécédents des malades à la fois la *tuberculose* ... *...olisme*. Elle a été décrite presque simultanément ...int de vue anatomique par Sabourin, au point de vu... ...nique par Hutinel. C'est cette même forme qu'Hanot, Gilbert, Lauth (1) ont précisée sous le nom de cirrhose tuberculeuse. Lancereaux (2) lui a consacré une leçon et l'a dénommée cirrhose alcoolique graisseuse, insistant sur sa fréquence plus grande chez les femmes qui boivent surtout des essences et des spiritueux. Il a noté expressément la coïncidence de tuberculose chez ses malades. Quoi qu'il en soit de la part plus ou moins grande qu'on attribue, à propos de cette forme, à l'alcoolisme ou à la tuberculose, elle se distingue déjà des cirrhoses précédentes par l'existence de ces deux causes associées.

Il s'agit là, d'ailleurs, d'une hépatite subaiguë, s'accompagnant d'un *mouvement fébrile continu*. Au contraire, dans la maladie de Hanot, s'il existe des poussées de fièvre, elles sont passagères. D'ailleurs, dans le type Hutinel-Sabourin, l'*ictère* n'est pas très prononcé ; on note plutôt du subictère. Le *foie* gras, parfois énorme, est douloureux spontanément et à la pression. Le bord libre de la glande est épais. La *rate* est volumineuse. L'*ascite* fait défaut ou est en petite quantité. L'évolution est rapide. Il se produit des hémorragies ; des troubles nerveux ataxo-adynamiques surviennent, au cours desquels la mort a lieu, six à huit semaines après le début. C'est, en somme, une sorte d'ictère subaigu avec hépatomégalie.

2° Hépatomégalie avec ictère et décoloration des fèces. — Le syndrome foie hypertrophié, avec ictère et décoloration des fèces, se rencontre dans des circonstances variées.

Déjà la décoloration permanente des fèces sépare tout ce groupe du groupe précédent. Mais il est utile, au point de vue du pronostic et du traitement, de séparer les unes des autres ces différentes formes. Nous aurons donc à entrer un peu dans le détail pour distinguer :

Le cancer de la tête du pancréas,
Le cancer de l'ampoule de Vater,
La lithiase biliaire à gros foie,
Certaine variété de kyste hydatique du foie.

*Cancer de la tête du pancréas.* — Le cancer de la tête du pancréas réalise parfois le syndrome hépato-splénomégalique avec ictère.

L'ictère, dû à la compression du canal cholédoque, est continu, progressif, et acquiert une intensité extrême.

Le foie, malgré l'opinion classique de Bard et Pic, est souvent augmenté de volume. D'ailleurs, d'après deux observations mêmes de ces auteurs, le bord inférieur dépassait le rebord des fausses côtes d'au moins 8 centimètres, de quatre travers de doigt. Mirallié, dans son intéressante revue, signale dix-sept fois l'augmentation de volume du foie. Il rapporte une observation de Moutard-Martin, dans laquelle le foie débordait l'ombilic. Dans un mémoire récent, Cochez (3) est revenu sur l'hypertrophie du foie dans le cancer du pancréas, à propos de deux observations personnelles. On peut dire qu'en règle générale, au début au moins, le foie est hypertrophié. Le bord inférieur, net et

---

(1) ...avec ictère chez les ...

(1) Lauth. *Cirrhose tuberculeuse*, Th. de Paris, 1888.
(2) Lancereaux. Leçon sur les cirrhoses, *Union méd.*, 1886.
(3) Cochez. Manifestations hépatiques du cancer du pancréas. *Rev. de méd.*, 1895, p. 545.

tranchant, descend jusqu'au niveau de l'ombilic. On ne sent à la surface du foie, ni saillie, ni nodosité.

Le foie infectieux de Hanot peut être d'autant plus simulé que dans plusieurs cas, au début de l'affection, pendant la période d'hypertrophie du foie, on a signalé une hypertrophie correspondante de la rate (Choupin et Molle, Mirallié). Nous avons nous-même vu, dans le service de Hanot, un malade d'une quarantaine d'années, atteint de syphilis vingt ans auparavant, qui présentait un foie hypertrophié lisse, une rate volumineuse, de l'ictère chronique, mais avec décoloration des matières, et que notre maître eût tendance à considérer comme atteint de la forme nouvelle d'hépatite syphilitique. L'état général était assez bon. Le traitement par l'iodure de potassium paraissait améliorer le malade. On lui commença des frictions mercurielles. A la seconde, il tomba dans le coma et mourut. A l'autopsie nous constatâmes un cancer de la tête du pancréas. Le foie pesait plus de 2 kilos, la rate pesait 560 grammes.

Ce qui différenciera cette forme des cirrhoses hypertrophiques, c'est essentiellement la décoloration permanente des fèces. Elles sont argileuses, couleur mastic.

Le cancer de la tête du pancréas a, en outre, des caractères qui le distinguent des affections voisines et que nous allons mentionner.

La *vésicule biliaire* est dilatée, souvent d'une façon considérable. En palpant l'abdomen, on sent, au-dessous du bord inférieur, une tuméfaction lisse, résistante, assez rarement fluctuante, dont les limites sont faciles à délimiter à la percussion et au palper (Battersby, Bard et Pic, Courvoisier).

Il existe souvent, et dès le début, des *douleurs*. Elles sont continues avec paroxysmes, parfois d'intensité extrême. Elles occupent la région épigastriqu
sont calmées par la flexion du corps

La palpation fait reconnaître dan
la *tumeur* du pancréas. Elle est plac
gée transversalement, dure, arro
bombée, peu mobile, difficile à circ

En ce qui concerne les selles, ell
la *graisse* se présente en gouttelette
surface des matières fécales, une
qu'elle soit mélangée aux fèces, déc
manipulations. On peut constater e
des fibres musculaires striées.

L'état chimique des selles renseign
davantage encore (1). Il permet de sé
tion du cholédoque d'avec l'obst
canal pancréatique, et, par consé
tête du pancréas d'avec la lithiase
Tandis que, chez l'homme sain, 7
grasses ingérées se retrouvent seule
proportion monte à 78,5 p. 100, lor
lédoque. Mais le dédoublement chi
le même qu'à l'état normal. Au cont
est incomplet quand il y a occlusion

On peut encore utiliser pour le dia
Sahli qui consiste à rechercher le
ingéré par l'estomac en acide salic
nique, sous l'influence du suc pancré

Enfin, dans le cancer du pancréa
début, une phase qu'avec Mirallié on

(1) Van Noorden. *Traité de pathologie d*
IV, p. 269.

rique, dans laquelle les malades présentent de la polyurie, de la polyphagie et de la glycosurie vraie, persistante.

Par cet ensemble, on différenciera le cancer du pancréas des cirrhoses hypertrophiques.

*Cancer de l'ampoule de Vater.* — Très voisin, au point de vue symptomatique, du cancer de la tête du pancréas, est le cancer de l'ampoule de Vater qui donne lieu par conséquent aussi à un diagnostic différentiel.

Étudié dans une monographie de Busson (1) qui réunit deux observations, dont une avec examen histologique complet de Pilliet, la question a été reprise de main de maître par Hanot (2) dans deux mémoires successifs.

Sa première communication a été l'occasion d'une discussion sur la nature du cancer, par MM. Bard et Rendu. Cet auteur a fourni un nouveau cas. Durand-Fardel a publié, de son côté, un exemple personnel. Enfin Vincent Georges a réuni tous ces faits dans une thèse récente.

D'après les observations, et en particulier d'après la première des observations d'Hanot, que nous avions prise nous-même dans son service, on constate une augmentation considérable du volume du foie, de la vésicule biliaire et de la rate. Les téguments présentent une teinte ictérique prononcée. Il y a décoloration absolue des fèces, sans coliques hépatiques. Dans l'observation de Hanot, il n'existait ni leucocytose, ni urobilinurie.

Il est d'ailleurs un caractère sur lequel Hanot a insisté, c'est la variabilité dans l'ictère, les alternatives d'amélioration et d'intermittence de la jaunisse. Ce fait, déjà vu par Stokes, avait été expliqué par lui par le mécanisme de la soupape. Hanot pense à l'intervention passagère du cholédoque. Rendu invoque la variabilité dans l'état de turges

foie. Il s'agit, dans le premier cas, d'une jeune femme âgée de vingt-deux ans, atteinte d'ictère chronique, avec décoloration des matières, hypertrophie du foie et développement très marqué du lobe gauche, sans leucocytose. Le lobe droit était transformé en une tumeur globuleuse, arrondie, du volume d'une tête d'enfant, contenant 3 litres environ d'un liquide clair, dans lequel flottaient des vésicules entières et des débris d'hydatides. Le canal cystique et le canal cholédoque étaient adhérents, comprimés par la tumeur.

Le lobe gauche pesait 2100 grammes. Il semblait avoir été l'objet d'un agrandissement photographique (Kahn).

Le même syndrome s'observait au complet chez un homme de vingt-cinq ans, atteint autrefois de fièvre intermittente, qui présentait de l'ictère chronique avec décoloration des matières, une hypertrophie considérable du foie et, en plus, quelques veines très développées sur la ligne médiane de l'abdomen. Là encore, le lobe gauche du foie pesait, à lui seul, 2600 grammes.

Le diagnostic se fera, dans les cas analogues, sur les considérations suivantes : Il s'agit de sujets jeunes. Si la décoloration des matières indique un obstacle au cours de la bile, l'absence de coliques hépatiques permet de rejeter la lithiase biliaire. L'absence de leucocytose, la conservation d'un bon état général éloignent l'idée d'un cancer du pancréas.

Le développement exagéré du lobe gauche par hypertrophie compensatrice indique une destruction du lobe droit par une tumeur bénigne et impose le diagnostic de kyste hydatique du lobe droit, de kyste hydatique volumineux comprenant, comme dans les deux cas précédents, la convexité et la face inférieure. De toute façon, il faudra faire une ponction exploratrice dans un des espaces intercostaux et, si l'on intervient, opérer, malgré l'ictère, par la face

lithiase biliaire peut produire, à
symptomatique. Là encore,
patique, décoloration des
plus complet, parfois
phénomène qui, le
e biliaire. C'est
de colique
chez

Leroux (1), la confusion fut faite, en raison de l'augmentation énorme du volume du *foie* et de la *rate*, de l'*ictère* chronique à longue durée, de la marche de la maladie. Cependant survinrent, à une période de l'évolution, de l'*ascite* et de la *circulation collatérale*. Il s'agissait, en réalité, d'une hépatite interstitielle avec atrophie du lobe droit, hypertrophie du lobe gauche et gommes. Des gommes siégeaient en particulier au niveau du hile et comprimaient les vaisseaux biliaires, puis la veine porte à la période ultime. Le diagnostic était presque insurmontable. Mais, en général, si, dans la syphilis, le foie est augmenté de volume [6 fois sur 17 cas (Frerichs)], il présente des déformations, des nodosités dures et douloureuses. La notion de la vérole sera recherchée dans tous les cas par l'étude de l'anamnèse et l'examen approfondi du malade. Dans le doute, le traitement spécifique sera donné.

Un cas de compression du cholédoque par des ganglions volumineux de nature strumeuse (*adénite juxta-cholédocique*) donna lieu, dans le cas d'Auverney (2), au syndrome étudié.

II

Diagnostic des cirrhoses hypertrophiques sans ictère. — Lorsque l'hypertrophie du foie ne s'accompagne pas d'ictère, c'est le volume du foie qui devient la base fondamentale de toute discussion diagnostique. Nous supposons donc que, dans un examen systématiquement complet, ou pour une raison particulière, l'organe hépatique ait été soumis aux procédés de technique habituels et reconnu hypertrophié. Il ne s'agit donc ni d'un foie abaissé, ni déplacé.

Il est tout d'abord, au point de vue clinique, une maladie avec gros foie, qu'il est de toute nécessité d'éliminer, car du diagnostic dépend le pronostic et c'est une maladie rapidement fatale, inexorable. Nous voulons parler du cancer du foie.

En présence d'un gros foie sans ictère, avant toute tentative pour lui trouver sa place dans le cadre des cirrhoses hypertrophiques, il faut avoir pu repousser l'idée d'épithélioma.

Nous n'avons pas ici en vue, on le comprend, le cancer du foie secondaire soit à un cancer de l'estomac, du rectum, de l'utérus et de l'œsophage. Car si la généralisation au foie vient ajouter de nouveaux traits à l'ensemble sympto-
, si l'invasion nouvelle hâte l'évolution morbide et
it le pronostic, déjà l'attention a été attirée par les
qui leur sont propres sur les organes au niveau des
néoplasie a débuté.

*primitif du foie.* — Parfois le cancer primitif du foie
onné lorsque, avec un foie augmenté de volume,
ensemble nerveux particulier. Nous voulons
odifications de l'état mental signalé par Hanot,
cancer pseudo-fluctuant. « La physionomie
e sais quelle contrastante indifférence, une
La malade ne quittait plus le lit, presque
soupie, ne se plaignant que d'un sentiment
blement, d'invincible écœurement. » Plus
nant sur la physionomie spéciale de l'indi-
cancer du foie, insiste sur l'indifférence,
sorte d'abandon fataliste devant un tel
vie. » Nous avons nous-même, dans

*Soc. anat.*, 1885, p. 493.
at., 1879.

notre thèse, insisté sur l'asthénie musculaire qui précède la période de cachexie. Il y a, disions-nous, comme une sidération des forces qui, jointe à l'indifférence, est utilisable pour le diagnostic.

Si, en effet, les lésions hépatiques entraînent, comme nous pensons l'avoir démontré dans notre thèse, des troubles nerveux, elles se présentent avec un cachet un peu spécial dans le cancer.

La maladie constituée se reconnaîtra à une hypertrophie lisse du foie. Il dépasse le rebord costal d'un ou plusieurs travers de doigt, ou même s'étend jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il gagne la région épigastrique, la région ombilicale, il la déborde et remplit une partie de l'hypocondre gauche. Le bord antéro-inférieur reste tranchant ou prend une forme arrondie. La surface de l'organe lisse prend une dureté ligneuse ou pierreuse. La matité peut atteindre 30 centimètres sur la ligne mamelonnaire droite, 21 centimètres sur la ligne xiphoïdienne, 15 centimètres sur la ligne axillaire droite; Hanot insiste sur l'évolution rapide de cette hypertrophie. Le foie grossit, pour ainsi dire, sous les yeux. Dans son service, notre maître avait l'habitude de marquer au nitrate d'argent, sur la peau, la limite du foie : en quelques jours la limite était dépassée.

Toute la région hépatique est sensible, parfois elle est le siège de crises douloureuses qui surviennent soit spontanément, soit sous l'influence de la palpation.

En dehors de l'ictère qui manque et de l'ascite qui est rare, il faut noter l'acholie pigmentaire qui s'accompagne de décoloration des fèces, la fétidité des matières, la distension des anses intestinales par les gaz.

A ces symptômes déjà caractéristiques s'ajoutent une perturbation complète des fonctions digestives, en particulier l'anorexie et le dégoût absolu pour la viande, une anémie rapide et profonde, une chute excessive du taux de l'urée, la leucocytose.

Le cancer primitif du foie se présente, d'autre part, sous forme nodulaire (*cancer nodulaire primitif*).

Nous n'insistons pas sur les troubles digestifs ou douloureux qui existent également dans cette forme.

Le *foie* n'est plus lisse au niveau de sa surface, son bord n'est plus tranchant. Il offre des inégalités, des déformations en rapport avec des tumeurs, soit peu nombreuses, volumineuses, arrondies, soit petites, nombreuses, dures ou molles, hémisphériques. Le caractère propre de ces tumeurs est de se déplacer avec le foie à chaque mouvement respiratoire. Le diagnostic sera facilité encore par l'*ascite* qui existe dans 3/5 des cas (Hanot et Gilbert), et qui s'accompagne parfois de circulation veineuse abdominale.

Il faut ajouter que cette forme comporte l'*ictère* parmi ses symptômes, dans un tiers des cas (Hanot et Gilbert).

Bien qu'il soit secondaire le plus souvent à un épithélioma de la peau, on a un sarcome de la choroïde, la tumeur mélanique du foie, le plus souvent *sarcome mélanique du foie*, doit être discutée ici.

C'est qu'en effet le point de départ de la tumeur n'est parfois plus visible (œil énucléé, par exemple, quelques années auparavant), et que, même lors de généralisation, la symptomatologie peut, pour ainsi dire, être concentrée sur le foie. Dans un cas publié par nous (1), la glande hépatique dépassait le rebord des fausses côtes de 19 centimètres sur la ligne mamelonnaire droite, et de 10 centimètres sur la ligne mamelonnaire gauche. Sa consistance est dure, ligneuse. La malade, âgée de soixante-cinq ans, avait subi, quatre ans auparavant, l'extirpation de son œil gauche.

Les commémoratifs, l'ablation de l'œil, ou la présence, d'autre part, sur la peau, d'une tumeur mélanique, conduiront au diagnostic facilité par la présence de mélanine dans les urines. Normales au moment de l'émission, les urines prennent, sous l'influence de l'air, une coloration brune au moins analogue à celle des urines phéniquées. Traitées par l'acide nitrique ou chromique, leur coloration devient noire.

A côté des tumeurs malignes, utiles à reconnaître de bonne heure, à cause de leur gravité, nous devons placer des tumeurs bénignes dont la connaissance conduit à l'intervention : les *kystes hydatiques*. Nous n'avons à considérer ici, ni les kystes de la face inférieure, ni ceux de la région sous-phrénique, mais seulement les kystes antérieurs.

Parmi les symptômes fonctionnels, il en est un qui peut déjà faire penser au kyste hydatique, c'est l'urticaire; ce signe permet parfois un diagnostic précoce. Si la tumeur est perceptible, on la reconnaîtra à ses caractères : elle est lisse, arrondie, régulière, peu douloureuse à la pression, d'une consistance élastique, non fluctuante, enfin siège du frémissement hydatique. Mais parfois au début, la tumeur est confondue avec le foie, l'augmente de volume, tout en lui conservant sa forme générale. C'est cependant, soit le lobe droit, soit le lobe gauche qui est essentiellement développé. On sera frappé de toutes façons de la conservation d'un bon état général. En cas de doute, une ponction exploratrice jugerait la question.

Mentionnons que, d'après Potherat, l'urine, dans le cas de kyste hydatique du foie, contiendrait toujours du pigment biliaire décelable par la réaction de Gmelin. Ce fait n'a pas été confirmé dans tous les cas par Létienne, qui admet cependant le passage des pigments biliaires dans l'urine, dans les kystes à évolution abdominale.

*Abcès du foie*. — Il faut savoir reconnaître aussi les abcès du foie, pour rares qu'ils soient dans notre pays. A côté des phénomènes, tels qu'ictère peu intense et de courte durée, douleur locale avec retentissement au niveau de l'épaule droite, qui peuvent attirer l'attention sur la glande, on se trouvera en présence de phénomènes généraux graves. Souvent le malade accusera une étiologie bien déterminée (traumatisme, dysenterie). L'examen local montrera une voussure plus ou moins marquée de l'hypocondre droit, la paroi abdominale antérieure, soulevée et tendue. Il existera parfois même de l'œdème de la paroi. Par suite de la sensibilité, la palpation sera difficile à pratiquer. Dans l'hypothèse d'un abcès de foie, on sera autorisé à une ponction exploratrice.

L'affection évolue du reste assez rapidement, et si la collection purulente ne s'accuse pas vers la paroi abdominale, elle s'évacue parfois spontanément par les poumons et la plèvre, ou l'estomac et l'intestin.

Les tumeurs malignes, les collections liquides éliminées, comment s'y reconnaître parmi les gros foies hypertrophiés? Ou bien c'est le syndrome cirrhotique : état du foie et de la rate, présence ou non d'ascite, et de circulation collatérale, qui sera surtout à considérer; ou bien c'est l'analyse complète du malade : soit les renseignements fournis par les antécédents (paludisme), soit l'état des systèmes ou appa-

(1) Léopold-Lévi. Mélanose généralisée, etc., *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 915.

reils : cœur, poumon, sang, qui permettra de classer la cirrhose hypertrophique.

D'ailleurs, dans certains cas, le même état morbide : tuberculose, diabète, syphilis, etc., pourra engendrer diverses variétés de foie hypertrophié. Inversement, il y aura association des causes qui président à la formation de l'hypertrophie hépatique. Il y aura cirrhose étiologiquement complexe, foie mixte au point de vue causal. Cette dernière notion explique l'interprétation différente de faits analogues, et doit conduire à éviter la multiplication exagérée des formes nosographiques.

Diagnostic fondé sur le syndrome cirrhotique. — Il est tout d'abord une cirrhose hypertrophique facile à reconnaître. Elle s'accompagne d'ascite, de circulation collatérale parfois très prononcée. Son diagnostic reposera d'ailleurs encore plus sur l'évolution de la maladie, que sur les symptômes actuels. C'est la cirrhose hypertrophique, avec ascite curable d'Hanot et Gilbert.

*Cirrhose hypertrophique alcoolique d'Hanot et Gilbert (foie de Dreschfeld)*. — Cette cirrhose, développée chez les buveurs, débutant par des poussées douloureuses avec subictère et hypertrophie du foie, se caractérise à la période d'état par un *foie* hypertrophié. Sa matité remonte sur la ligne mamelonnaire droite, jusqu'au niveau du quatrième espace intercostal. Le bord antérieur dépasse de trois, quatre, cinq travers de doigt le rebord des côtes. Sur la ligne médiane, il atteint l'ombilic, le dépasse rarement. Le lobe gauche prend part à l'hypertrophie ; mais sa matité reste distincte de celle de la rate. Le foie a une consistance ferme. La surface n'est pas lisse, mais hérissée de saillies et inégalités plus ou moins nettes. Le bord est mousse, arrondi. L'hypertrophie de la rate est notable. La matité égale, dans le plus grand diamètre de l'organe, 8 à 12 centimètres, quelquefois davantage. Elle est parfois le siège d'un souffle. La *circulation collatérale* est souvent particulièrement accentuée. L'ascite considérable se reproduit après la ponction. Elle est à répétition.

En dehors de cet ensemble symptomatique, l'évolution de la maladie contribuera plus encore au diagnostic que le volume du foie. En effet, en clinique, en ce qui concerne la cirrhose alcoolique, entre l'atrophie et l'hypertrophie du foie, il y a tous les intermédiaires. Ce qui donne sa caractéristique à cette forme, c'est la *curabilité de l'ascite*.

Par la suppression de la cause toxique, l'ascite rétrocède ou cesse de se reproduire, la circulation collatérale s'atténue, les varices, les hémorroïdes, s'il en existe, s'affaissent. Chez un malade de trente-huit ans, cuisinier, on dut, en l'espace de cinq mois, faire quatorze ponctions qui retirèrent 240 litres de liquide. Après chaque ponction, le foie était reconnu hypertrophié. Au bout des cinq mois, l'ascite ne se reproduisit plus. L'état général restait bon. L'organe hépatique était volumineux. A remarquer que le malade, opéré pour une cure radicale de hernie, fut pris d'hémorragies en nappe qui nécessitèrent des précautions spéciales.

*Cirrhose par auto-intoxication d'Hanot et Boix*. — Une autre forme pourra se diagnostiquer, non plus à cause des symptômes qui accompagnent le foie hypertrophié, mais au contraire parce que toute la symptomatologie se réduira à l'hypertrophie du foie, gros foie de Bouchard, ce foie ayant d'ailleurs des caractères particuliers. Nous voulons parler de la cirrhose par auto-intoxication, d'origine intestinale, d'Hanot et Boix. Dans cette forme, pas d'augmentation du volume de la rate, pas d'ascite, pas de circulation veineuse abdominale, pas d'ictère, et parfois même pas d'urobilinurie.

Le foie est volumineux, il déborde le rebord des fausses côtes de quatre à huit travers de doigt. Il mesure en hauteur de 20 à 25 centimètres sur la ligne mamelonnaire droite. La surface en est lisse, égale, sans bosselures ni saillies. Le bord reste facilement perceptible, quoique un peu épaissi. Le caractère le plus frappant, c'est que l'organe est remarquablement dur, on le dirait en bois. La palpation n'est que peu ou pas douloureuse. C'est progressivement que l'organe atteint ses dimensions, la dureté de même est moins prononcée d'abord. Parvenu à un certain degré d'hypertrophie, l'organe reste longtemps à peu près stationnaire.

On arriverait du reste au diagnostic par élimination. Les malades sont, en effet, indemnes d'alcoolisme. Ils n'ont ni tuberculose, ni impaludisme, ni syphilis, ni aucune trace apparente d'infection récente ou ancienne. On relève un seul moment étiologique. Ils sont depuis de longues années des dyspeptiques, soit d'une façon constante, soit par intermittence, avec ou sans dilatation de l'estomac. Suivant une remarque inédite d'Hanot, à propos d'un malade que nous avons observé dans son service, ce serait le lobe droit qui serait le siège de l'hypertrophie.

Un gros foie ne donnant lieu à aucune symptomatologie précise se rencontre d'ailleurs chez les *goutteux*, les *diabétiques*.

*Syphilis hépatique héréditaire tardive*. — C'est à sa forme qu'on reconnaîtra le foie dans la syphilis héréditaire tardive. A la surface de l'organe hypertrophié, descendant à plusieurs doigts au-dessous du rebord des fausses côtes, on sentira, comme dans un cas de Lancereaux, plusieurs bosselures saillantes. La consistance du foie sera ferme, la pression sera douloureuse sur toute sa surface et au niveau des nodosités. Parfois, comme dans l'observation de Bristow, la nodosité atteindra le volume d'une mandarine. Quelques nodosités pourront être fluctuantes, comme dans le cas de Loschkewitz. En outre, la rate sera d'habitude hypertrophiée.

Si, d'après les caractères du foie et l'âge habituellement jeune du malade, on pense à la syphilis, on recherchera les stigmates de la syphilis héréditaire, rangés par Fournier sous les titres suivants : 1° développement physique incomplet et tardif, infantilisme ; 2° facies et habitus ; 3° déformations craniennes ; 4° lésions des os des membres ; 5° altérations dentaires ; 6° cicatrices cutanées et muqueuses ; 7° lésions oculaires ; 8° lésions de l'appareil auditif ; 9° lésions testiculaires.

En fin de compte, le traitement antisyphilitique amènera la guérison.

Dans certains cas, il existe de l'ascite à répétition, de la circulation collatérale. L'ictère est exceptionnel.

Diagnostic fondé sur l'état des autres organes. Cirrhoses hypertrophiques secondaires. — *Foie cardiaque hypertrophié*. — Dans la forme à laquelle Hanot a attaché le nom d'asystolie hépatique [thèses de Dumont (1), de Parmentier (2), communication à la Société médicale des hôpitaux (3)], le foie qui,

(1) Dumont. *Asystolie à forme hépatique*, Th. de Paris, 1887.
(2) Parmentier. *Foie cardiaque*, Th de Paris, 1890.
(3) Hanot. Mécanisme de l'asystolie hépatique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, mai 1895, p. 409.

suivant l'expression de notre maître, « fait parfois l'accordéon, » se présente souvent volumineux. Son bord inférieur déborde l'arc costal; l'hypocondre droit et l'épigastre offrent une voussure très apparente. La surface de l'organe est lisse, sa consistance ferme. La palpation peut faire reconnaître des battements hépatiques, parfois visibles à l'œil, coïncidant avec les battements de la pointe du cœur et précédant un peu le pouls.

Dans cette affection, il n'existe, en général, ni hypertrophie de la *rate*, ni *ascite* abondante, ni *circulation collatérale*.

Ce qui fait reconnaître le foie cardiaque, c'est l'examen complet du malade, une fois que l'attention a été attirée sur le foie par l'aspect terreux ou la teinte subictérique du visage, l'urobilinurie; c'est l'existence de râles sous-crépitants aux bases du poumon, c'est la présence d'un souffle à l'un des orifices du cœur, en particulier à l'orifice mitral, c'est encore la cessation des phénomènes subjectifs (douleur à la pression hépatique, gêne de la respiration) sous l'influence de la digitale et l'application de sangsues dans la région de l'hypocondre droit, suivant la pratique préconisée par Hanot dans son service.

Parfois, le foie hypertrophié s'accompagne d'une ascite considérable, c'est que la cirrhose est, à proprement parler, constituée. Dans ces cas, l'hypertrophie est en général moins considérable. Le foie est moins régulier. Après la ponction, en particulier, on sent, à son niveau, de petites nodosités et le bord mousse, irrégulier et dur. Le passé cardiaque du malade, les poussées congestives du côté de son foie conduiront au diagnostic.

Quelquefois, chez un malade atteint manifestement de foie cardiaque, la rate sera très volumineuse. C'est que dans ce cas, fait sur lequel M. Mathieu a insisté à propos de l'interprétation de l'asystolie hépatique, le malade peut être alcoolique en même temps que cardiaque. Son foie présente des lésions complexes, par suite d'une étiologie complexe; la rate est grosse dans cette forme, comme dans la cirrhose des buveurs. Nous avons vu un fait de cet ordre dans le service de Hanot.

*Hypertrophie du foie chez les tuberculeux.* — Nous avons déjà indiqué le type Hutinel-Sabourin (cirrhose hypertrophique graisseuse) qui s'accompagne d'ictère.

En dehors de cette forme, on peut observer, chez les tuberculeux, d'autres variétés de foie hypertrophié (1).

Le problème se pose de la façon suivante : on est en présence d'un malade manifestement tuberculeux, atteint le plus souvent de tuberculose pulmonaire, compliquée ou non d'entérite bacillaire. Le *foie* est reconnu volumineux, sans que le malade attire l'attention sur cet organe. L'hypertrophie est régulière, totale, le bord du foie est arrondi et mousse (foie cubique). L'hypertrophie ne s'accompagne pas d'*ascite*, ni de *circulation collatérale*. Il n'y a pas augmentation du volume de la *rate*. On constate seulement, comme signe hépatique, de l'urobiline ou du chromogène de l'urobiline dans les urines. Il s'agit là du foie hypertrophié des tuberculeux, plus intéressant au point de vue anatomo-pathologique que clinique. La dégénérescence graisseuse est l'altération la plus importante, dans ce cas.

D'autre part, au cours d'une tuberculose osseuse ou articulaire, ou d'une tuberculose pulmonaire avec vastes excavations et suppuration prolongée, surtout si le malade est en même temps syphilitique, le foie hypertrophié présente les caractères du foie amyloïde. Déjà donc, la forme de tuberculose, l'association de syphilis inclineront le diagnostic vers cette forme, dont voici les caractères diagnostiques :

*Foie amyloïde.* — En lui-même, le foie amyloïde n'a pas de caractères distinctifs importants : son hypertrophie est régulière. Elle porte sur tout l'organe développé vers l'abdomen et vers le thorax; le bord antérieur est légèrement émoussé. La pression n'est pas douloureuse. La consistance seule est spéciale, dureté à la fois ferme et pâteuse.

Du fait du foie amyloïde, il ne se produit pas de symptômes fonctionnels, l'urobilinurie est peu abondante et inconstante. Il n'y a pas de glycosurie alimentaire.

D'ailleurs, s'il n'y a ni ascite, ni circulation collatérale, la rate, par contre, atteinte de dégénérescence amyloïde elle-même, est hypertrophiée. Sa consistance est augmentée. En même temps, la dégénérescence amyloïde des reins donne lieu à de la polyurie et à une albuminurie abondante qui, pour certains auteurs, serait surtout formée par de la globuline. L'amyloïde concomitante de l'intestin se traduira par de la diarrhée.

C'est cette association de troubles spléniques, rénaux, intestinaux et hépatiques, qui fera penser à la dégénérescence amyloïde.

Le malade sera, en outre, porteur d'une suppuration prolongée due à la tuberculose ou à la syphilis, ou atteint d'une maladie infectieuse chronique (tuberculose, syphilis, impaludisme), ou en proie à une intoxication endogène (rhumatisme, goutte), ou exogène (alcoolisme, intoxication mercurielle).

*Foie leucémique.* — Le foie leucémique sera d'une interprétation facile, car il existera, en même temps qu'un foie hypertrophié, de l'hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques. Ceux-ci, hypertrophiés, seront arrondis, isolés, sans tendance à la suppuration.

L'examen du sang montrera, en outre, l'augmentation considérable du nombre des leucocytes, des leucocytes éosinophiles et basophiles, parfois des globules rouges à noyau.

Diagnostic fondé sur les renseignements étiologiques. — *Foie palustre.* — C'est encore l'anamnèse, la connaissance de nombreux accès palustres, qui conduira en présence du syndrome : hypertrophie hépatique et splénique, au diagnostic. Les symptômes habituels de ces hypertrophies sont présents : ici on retrouve les phénomènes associés au développement de la cirrhose, comme le tympanisme et la dilatation veineuse. La rate est particulièrement hypertrophiée. D'ailleurs pas d'ictère, mais le teint terreux propre à la cachexie paludéenne.

D'autres fois, le paludisme ne se traduira pas par une cirrhose, mais une hépatite subaiguë, encore capable de se résoudre et qui évolue sous forme fébrile.

III

Diagnostic de cirrhoses hypertrophiques pigmentaires. — Il ne sera pas question ici des cas où la cirrhose hypertrophique n'est reconnue pigmentaire qu'à l'autopsie, des cas de cirrhose pigmentaire histologique, comme la cirrhose hypertropique alcoolique pigmentaire.

(1) Peut-être existe-t-il une cirrhose hypertrophique tuberculeuse primitive du foie, c'est au moins le diagnostic que notre maître Hanot avait porté chez un malade, qu'il suivit pendant des années. En l'absence de nécropsie, cette forme reste encore hypothétique.

L'hypertrophie du foie, d'une part, la pigmentation, d'autre part, peuvent se trouver essentiellement dans deux formes cliniques :

*Cirrhose pigmentaire paludéenne.* — C'est chez des individus en proie à une intoxication paludéenne de longue durée qu'elle apparaît. Les malades sont affaiblis, amaigris, cachectiques. La peau offre une coloration sombre et bronzée qui contraste avec la pâleur des muqueuses. Quelquefois, survient un ictère par rétention avec décoloration des fèces, ou un ictère polycholique avec vomissements bilieux. Le *foie* est hypertrophié et douloureux à la pression. La *rate* est toujours augmentée de volume. Ajoutons des troubles digestifs et rénaux. Le malade succombe au cours d'un état sporeux ou comateux avec des hémorragies.

*Cirrhose pigmentaire hypertrophique des diabétiques* (Hanot et Chauffard). — On retrouve ici une triade symptomatique : *cirrhose hypertrophique, coloration bronzée de la peau, signes de diabète*, d'où le nom de diabète bronzé donné à cette forme par Hanot et Schachmann.

Il faut ajouter un quatrième caractère à la période d'état : la *cachexie*.

La polyurie est plus ou moins abondante. Elle varie, en général, de deux à six litres. Il s'y joint de la polyphagie, de la polydypsie, de la glycosurie (de 40 à 200 grammes), tous signes d'un petit diabète, mais dont l'évolution sera rapide : les malades, en effet, souvent alcooliques, deviennent facilement tuberculeux. Ils sont alors amaigris, asthéniques, atteints de diarrhée chronique.

A l'hypertrophie du *foie* s'ajoutent de l'*ascite*, souvent assez abondante pour réclamer la ponction, une *circulation collatérale* manifeste. La *rate*, en général, un peu hypertrophiée, n'atteint jamais de grandes dimensions.

La peau présente, dès le début, une teinte bistrée ou bronzée uniforme, qui n'atteint pas les muqueuses (1). Les malades semblent avoir été frottés avec de l'onguent mercuriel.

Ils succombent soit avec des phénomènes nerveux, soit du fait de la tuberculose.

IV

Résumé. — Pour arriver au diagnostic des cirrhoses hypertrophiques *avec ictère*, il faut :

1° Reconnaître le volume du foie ;

2° Vérifier l'existence de l'ictère, en rechercher les variations ;

3° S'enquérir de l'état des matières.

On comprend l'importance pratique du diagnostic établi, puisque la notion de la syphilis permettra, dans certains cas, d'obtenir la guérison du malade, puisque le diagnostic de kyste hydatique du foie, de lithiase biliaire, pose la question d'intervention, que la chirurgie doit se préoccuper également du cancer de l'ampoule de Vater, et même de celui de la tête du pancréas.

Le diagnostic permet aussi un pronostic éclairé, et il est inutile d'insister sur la durée tout autre de la cirrhose de Hanot ou d'un des cancers mentionnés.

En présence d'un foie hypertrophié *sans ictère*, on aura intérêt à rejeter d'abord le cancer du foie à cause de son pronostic, à éliminer les kystes hydatiques, les abcès du foie qui nécessitent une intervention.

(1) L'observation de Mossé (*C. R. du Congr. de Lyon*, 1894, p. 779) fait exception à cette règle.

On reconnaîtra au syndrome cirrhotique la cirrhose hypertrophique alcoolique d'Hanot et Gilbert, le foie des dyspeptiques d'Hanot et Boix, le foie de la syphilis héréditaire tardive. D'après l'état général, on rapportera à leur cause le foie cardiaque, le foie des tuberculeux, le foie amyloïde, le foie leucémique. Par son étiologie, on mettra une étiquette sur le foie palustre.

Si l'on a affaire à une cirrhose *pigmentaire*, on aura à se prononcer, en général, sur la cirrhose pigmentaire paludéenne, et sur la cirrhose pigmentaire diabétique d'Hanot et Chauffard.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours, pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le lundi 7 mars prochain, est actuellement composé de MM. Proust, J. Simon, Talamon, Roger, Du Castel, Gilles de La Tourette et G. Marchant.

— Par décret, en date du 17 février 1898, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

*Au grade de médecin principal de première classe de réserve.* — M. Breton, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

*Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités Bertele et Mangenot.

*Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale.* — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Pau de Saint-Martin, Margantin et Chatain.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve.* — M. Fuzerot, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée : Jouet et Herr.

*Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve.* — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée : Gasser, Giorgi et Simonot.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve.* — MM. les docteurs en médecine Auscalet, Gesland, Cordebart, Bauzan, Borel, Demantké, Bois, Follet, Michel, Bonzon, Courtois, Babon, Chapard, Billard, Cuénod, Aumont, Delanglade, Blois, Duplessis, Archambaud, Daclin, Ducloy, Boullenger, Bonnes, Daniel, Biard, Petit, Tallet, Guillaume, Juge, Fanton-d'Andon, Guéneau, Penne, Guilbaud, Bonnaud, Azémar, Chazalon, Héron de Villefosse, Fleury, Ernoul, Carlet, Raoust, Auge, Gosselin, Gayet, Chastanet, Clavey, Dehaine, Deriaud, Buyck, de Lorgeril, Delthil, Gravier, Vaissier, Boulogne, Briais, Bonnifay, Guérin, Baumgarten, Imbert, Savatier, Gérardin, Vadon, Latruffe, Blanchard, Cheynet, Bernard, Dupeu, Deglaire, Bonvarlet, Dassonville, Auboin, Gary, Derocque, Dubois, Boucher, Blivet, Hahn, Cazal, Poulain, Gossart, Dupretz, Duclion, Breton, Cache, Crouzet, Vidal, Bourdicaud-Dumay, Jullien, Denys et Frère.

— Le « Journal officiel de la République française » publie, dans son numéro du 24 février 1898, l'instruction ministérielle pour le concours d'admission à l'école du service de santé militaire, qui doit s'ouvrir le 1er juillet prochain. — La liste d'inscription sera close le 11 juin prochain au soir, terme de rigueur.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 25. — MARDI 1er MARS 1898. 71e ANNÉE. MARDI 1er MARS 1898. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 28 février 1898.

Vendredi dernier, ainsi que nous l'avions annoncé, a eu lieu, à la Cour d'appel, la revision du jugement du docteur Laporte. Comme nous l'avions fait prévoir, l'avocat général, sans vouloir entrer dans les discussions théoriques, mais se basant uniquement sur le rapport des experts et admettant la faute opératoire, a demandé l'acquittement pur et simple.

C'était là exactement la thèse que nous avions soutenue.

La Cour a remis son jugement à vendredi prochain. Étant donné l'attitude du ministère public, qui abandonne lui-même l'accusation, nous avons tout lieu d'espérer que la Cour infirmera la sentence des premiers juges. C'est donc encore avec une plus grande confiance que nous attendons sa décision.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Communications très intéressantes à la Société médicale des hôpitaux, et parmi celles-ci, une mention spéciale doit être faite pour la communication de MM. Widal et Nobécourt, ayant trait à leurs recherches sur **l'action antitoxique des centres nerveux**, pour la strychnine et pour la morphine ; propriétés dont Wassermann a démontré récemment l'existence pour la toxine tétanique. Voici, d'après le résumé des auteurs eux-mêmes, les résultats principaux de cette étude. Après avoir trituré le cerveau et le cervelet, d'une part, immédiatement après la mort, dans une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000, ils ajoutent, à la pulpe ainsi obtenue, la solution de l'alcaloïde, en proportion telle qu'environ 25 centigrammes de substance cérébrale ou médullaire soient mélangés à la dose sûrement mortelle en inoculation sous-cutanée, pour une souris blanche, de 15 à 20 grammes, soit 0mg02 de chlorhydrate de strychnine, soit 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

Les centres nerveux de six lapins sur huit, aux doses indiquées, protégeaient la souris contre une dose toxique de strychnine. Cette action protectrice était, dans trois cas, également puissante pour le cerveau et pour la moelle ; deux fois le cerveau était antitoxique, alors que la moelle ne l'était pas ; une seule fois seulement, la moelle l'emportait sur le cerveau. Dans trois cas, une double dose du mélange du cerveau et de l'alcaloïde ne tuait pas la souris, qui supportait ainsi deux fois la dose mortelle de strychnine, mélangée à 50 centigrammes environ de tissu pulpé.

Le foie de ces animaux, expérimenté par le même procédé, a présenté 5 fois sur 7 des propriétés antitoxiques pour la strychnine. Dans 4 cas sur 5, le rein a neutralisé 1 fois la dose mortelle, la rate 2 fois sur 4 et le pancréas 1 fois sur 3. Dans un seul cas, les auteurs ont pu étudier le pouvoir antitoxique des glandes salivaires, de la moelle des os, du corps thyroïde, des capsules surrénales, des testicules. Seules, les glandes salivaires ont été capables de neutraliser la dose une fois mortelle du poison. Le sérum ou le sang total se sont toujours montrés sans action.

Enfin, les auteurs ont examiné l'action antitoxique du système nerveux central de deux lapins, de trois cobayes et de trois pigeons pour le chlorhydrate de morphine. Le cerveau ou la moelle du lapin ont protégé la souris 1 fois sur 2 contre la dose une fois mortelle ; les mêmes organes des cobayes se sont montrés efficaces dans les mêmes conditions 1 fois sur 3 et ceux des trois pigeons n'ont jamais présenté aucune action protectrice. Le foie s'est montré antitoxique 2 fois sur 3 chez le pigeon et 1 fois sur 2 chez le lapin ou le cobaye. Chez le lapin, son action était plus puissante que celle des centres nerveux. Ces différentes expériences montrent que le cerveau et la moelle du lapin sont peut-être plus aptes que le foie de cet animal à neutraliser, *in vitro*, l'action du chlorhydrate de strychnine ; elles montrent encore que le pouvoir antitoxique des centres nerveux est variable d'un individu à l'autre de la même espèce ; qu'il y a là une sorte d'idiosyncrasie à rapprocher peut-être de la susceptibilité si variable que présente chacun de nous à l'intoxication par un alcaloïde ; ces expériences sont confirmées par des expériences semblables faites par M. Chantemesse.

M. Béclère présente un malade de vingt-huit ans, atteint d'une **tuberculose pulmonaire** à lésions peu étendues, lequel a présenté au complet le syndrome clinique de la **maladie d'Addison** ; l'état de ce malade semblait tous les jours plus grave et M. Béclère eut l'idée de le soumettre à l'opothérapie surrénale sous ses divers modes, à savoir : ingestion

de capsules surrénales fraîches et injections sous-cutanées d'extrait hydro-glycériné de glandes surrénales de veau. Ce traitement put être poursuivi pendant plusieurs mois sans amener aucun accident, et on ne peut nier qu'il ait eu une influence considérable sur la guérison du syndrome addisonnien, guérison qui persiste depuis trois ans.

Comparant l'opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison et l'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème, M. Béclère arrive aux conclusions suivantes :

Chez les myxœdémateux, l'action heureuse de la médication thyroïdienne se fait sentir immédiatement : chez l'addisonnien, au contraire, il ne s'est pas écoulé moins de deux mois entre le début du traitement et les premiers signes d'amélioration. Chez les myxœdémateux, le bénéfice de la médication thyroïdienne est essentiellement temporaire ; il survit quelques jours seulement à la suspension du traitement, les malades sont obligés de se traiter jusqu'à la fin de leur existence. Chez l'addisonnien, au contraire, le traitement a duré près de cinq mois, et après la suspension, l'amélioration n'a fait que s'accentuer pour aboutir à une guérison qui persiste depuis trois ans. On peut, hypothétiquement, admettre que l'opothérapie surrénale, chez les addisonniens, favorise l'hypothermie compensatrice des portions demeurées saines du parenchyme surrénal.

Chez un malade de M. Widal, soumis au même traitement, l'asthénie s'améliora en quelques jours, à tel point que ce malade qui, à son entrée à l'hôpital, ne pouvait pas marcher, put descendre des escaliers et marcher assez longtemps, mais les autres signes demeurèrent sans être très améliorés.

M. Lermoyez rapporte une observation de paralysie récurrentielle incurable, bénigne, consécutive à la rougeole. Il y a dans l'association de ces deux mots : incurable et bénigne, une contradiction qui, à la vérité, n'est qu'apparente ; car, s'il est vrai que la paralysie totale de l'un des nerfs récurrents place une des cordes vocales en position cadavérique, cette paralysie n'a pas de gravité par elle-même, en ce sens qu'elle ne cause pas de dyspnée sérieuse, puisqu'elle ne réduit que d'un quart l'aire respiratoire de la glotte ; qu'elle ne modifie que très peu la voix à laquelle elle donne un enrouement persistant mais léger. Cette complication ainsi esquissée est assez fréquente à la suite de la rougeole.

MM. Gouguenheim et Dutertre apportent une statistique de la diphtérie en 1897, au pavillon Davaine à Lariboisière.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Préparation d'iodure de potassium pour prévenir l'iodisme. (Spencer.)

| | | |
|---|---|---|
| Iodure de potassium . . . . . . | 30 | grammes. |
| Ferro-citrate d'ammonium. . . . | 4 | — |
| Teinture de noix vomique. . | 8 | — |
| Eau distillée. . . . . . . . | 30 | — |
| Teinture de quinquina, Q. s. p. f. | 120 | — |

M. D. S. — A prendre, après chaque repas, par cuillerée à café dans un demi-verre d'eau.

N. B. — La teinture de noix vomique et le citrate de fer combattraient la tendance au coryza et agiraient en même temps comme toniques. (*Gaz. hebd.*)

---

## HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

### Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er mars 1898.

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy ; chef de clinique : M. Kahn ; interne : M. Gandy ; externes : MM. Iribarne, Barbin, Brocard, Mlle Cohn, MM. Le Gambier, Blondin, Javal, Saison, Verbeck.

2. Médecin : M. le professeur Proust ; interne : M. Bufnoir ; externes : MM. Warin, Barlerin, Jouon, Segallas.

3. Médecin : M. le professeur Cornil ; interne : M. Milian ; externes : MM. Picquand, Darré, Le Breton de La Perrière, Courgeon, Rodocanachi, Cochet.

4. Médecin : M. Audhoui ; interne : M. Berthier (Henri) ; externes : MM. Dalmas, Talandier, Blanquinque.

5. Médecin : M. Ferrand ; interne : M. Ferrand (Jean) ; externes : MM. Viaud-Grand-Marais, Gros-Devaud, Pelicier, Gourmand, Hamard.

6. Médecin : M. Gingeot ; interne : M. Ribierre ; externes : MM. Lejeune, Ayrignac, Réniac, Guérin, Friedel.

7. Chirurgien : M. le professeur Duplay ; chef de clinique : M. Cazin ; chef de clinique adjoint : M. Thévenard ; internes : MM. Ménier, Schwartz, Célos, Cochemé ; externes : MM. Poupardin, Chéruy, Fessard, Lardennois, Lemarchand, Baudrand, Boyer, Leclère, Claude.

8. Chirurgien : M. le professeur Panas ; chef de clinique : M. Terson ; chef de clinique adjoint : M. Mermet ; internes : MM. Imbert, Terrien (Félix) Druault ; externes : MM. Petit (Paul-Joseph), Bardon, Préciado, Rumpelmayer, Perrody, Monnamy.

9. Chirurgien : M. Polaillon ; internes : MM. Duval, Boricaud ; externes : MM. Zvidel, Guichard, Aboulker, Audy, Valentin, Kauffmann.

*Consultation.* — 10. Médecin : M. Rénon ; interne provisoire : M. Follet (René) ; externe : M. Flourens.

11. Chirurgien : M. Chevalier ; externes : MM. Durosoy, Tansard, Deshayes.

B. Hôtel-Dieu Annexe. — 1. Médecin : M. Vaquez ; interne provisoire : M. Silhol ; externes : MM. Bousquet, Mesnil, Bourlot, Saurain.

2. Médecin : M. Klippel ; interne provisoire : M. Tourlet ; externes : MM. Thaon, Goulard, Dubar, Jullian.

3. Accoucheur : M. Champetier de Ribes ; interne : M. Couvelaire ; externes : MM. Tixier, Gleize, Berthe.

C. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. le professeur Jaccoud ; chef de clinique : M. Achalme ; chef de clinique adjoint : M. Gouget ; interne : M. Theohari ; externes : MM. Genton, Simonesco, Bauer, Dromard, Jacquemin, Bour.

2. Médecin : M. Robin ; interne : M. Coyon ; externes : MM. Bergougnan, Blum (Ed.), de Gorsse, Duclaux, Chapotin, Viteman, Granjon.

3. Médecin : M. Faisans ; interne : M. Roux ; externes : MM. Morlet, Beauvy, Guibal, Trastour, Inglessi, Tardif, Bardinet, Delherm.

4. Médecin : M. Petit ; interne : M. Guéry ; externes : MM. Simon, Bourier, Boissier, Loin, Ouvrier.

5. Médecin : M. Babinski ; interne : M. Cestan ; externes : MM. Sémeril, Charpentier, Aubertin, Rottenstein.

6. Médecin : M. Thibierge ; interne : M. Monthus ; externes : MM. Ferras, Surrel, Monier, Laffitte.

7. Chirurgien : M. le professeur Berger ; chef de clinique : M. Reblaud ; chef de clinique adjoint : M. Banzet ; internes : MM. Brin, Herbet, Le Fur ; externes : MM. Baumgartner, Courcoux, Le Breton, Ponroy, Breitel, Lequeux, Dauzats, Maillard.

8. Chirurgien : M. Tuffier ; internes : MM. Bonamy, Rebreyend, Barbarin ; externes : MM. Bouchez, Poirier de Clisson, Grillot, Bournaret, Marchand, Berruyer, Dufour-Labastide.

9. Accoucheur : M. Lepage ; interne : M. Croisier ; externes : MM. Furet, Beaujard.

*Consultation.* — 10. Médecin : M. Capitan ; externes : MM. Morchoisne, Perrin, Pron.

11. Chirurgien : M. Thiéry ; externes : MM. Vicq, Bidel.

D. HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. le professeur Potain ; chef de clinique : M. Lamy ; chef de clinique adjoint : M. Brodier ; interne : M. Durand-Viel ; externes : MM. Boullet, Nicolas, Barnsby, Papillon.

2. Médecin : M. Gouraud ; interne : M. Gauchery ; externes : MM. Guénard, Bué, Béguinot, Saintignon, Boutin.

3. Médecin : M. le professeur Bouchard ; interne : M. Monod (Jacques) ; externes : MM. Colin, Camus, Hautant, Debets de Lacrouzille.

*Service temporaire.* — Externes : MM. Villaret, Delaage.

4. Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Tissot ; externes : MM. de Frumerie, Camiade, Aron, Poupault.

5. Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Deguy ; externes : MM. Gosselin, Rouault, Lebhart, Savornin.

6. Médecin : M. Oulmont ; interne : M. Zimmern ; externes : MM. Paon, Debidour, Petit (André).

7. Chirurgien : M. le professeur Tillaux ; chef de clinique : M. Souligoux ; internes : MM. Levrey, Pascal, Guillain ; externes : MM. Le Play, de Léon, M[lle] Sérard, MM. Sainton, Delaunay, Auburtin, Besson.

8. Chirurgien : M. Campenon ; internes : MM. Herrenschmidt, Rudaux ; externes : MM. Fassina, Guénot, Bellin, Faure-Beaulieu.

9. Accoucheur : M. Maygrier ; interne : M. Ulmann ; externes : MM. Teisseire, Glaize, Thouvenin, Milanoff.

*Consultation.* — 10. Médecin : M. de Grandmaison ; externes : MM. Cartier, Vergnaud.

11 Chirurgien : M. Arrou ; externes : MM. Mage, Boucher.

E. HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le professeur Hayem ; chef de clinique : M. Tissier (Paul) ; chef de clinique adjoint : M. Thiercelin ; interne : M. Rosenthal ; externes : MM. Neviajski, Corlieu, Menet, Massard, Slatineanu, Jouhaud.

2. Médecin : M. Brissaud ; interne : M. Froussard ; externes : MM. Bruandet, Goujon, Rabier, Prudhomme.

3. Médecin : M. Ballet ; interne : M. Got ; externes : MM. Edwards, Merklen, Morisette, Cahen.

4. Médecin : M. Gaucher ; interne : M. Bernard (Léon) ; externes : MM. Wanovtberghe, Couzin, Cointepas, Philibert, Roubaud.

5. Médecin : M. Siredey ; interne : M. Tournemelle ; externes : MM. Fontanié, Saint-Ange (Roger), Arrivé, Lacoste, Desbiez.

6. Médecin : M. Lermoyez ; interne : M. Léo ; externes : MM. Moulon, Baup, Arloing, Bergeron, Blavot.

7. Médecin : M. Galliard ; interne : M. Bernard (Henry) ; externes : MM. Thibault, Civatte, Foulon, Jamet.

8. Médecin : M. Gilles de La Tourette ; interne : M. Ravaut ; externes : MM. Bachimont, Maricot, Bégué, Grébault, Artaud.

*Service temporaire.* — 8 *bis*. Médecin : M. Caussade ; interne provisoire : M. Laubry ; externes : MM. Pourtié, de Cisternes, Aribat, Hulleu, Métoz.

9. Chirurgien : M. Monod ; internes : MM. Marcille, Blanc, Monod (René) ; externes : MM. Monod (Jean), Vaillant (J.), Belgrand, Adeline, Boisseau, Aviat.

10. Chirurgien : M. Blum ; internes : MM. Caboche, Oppenheim, Clermont ; externes : MM. Duflos, Vrain, Narbonne, Lelong (André), Kuhn, Voillemin.

11. Accoucheur : M. Bar ; interne : M. Keim ; externes : M[lle] Medvenikoff, MM. Gerboud, Salmon, Baron.

*Consultation.* — 12. Médecin : M. Lyon ; interne provisoire : M. Pamard ; externes : MM. Guérin, Stahl.

13. Chirurgien : M. Guillemain ; externes : MM. Moret, Brun, Denis, Osty.

F. HÔPITAL NECKER. — 1. Médecin : M. Rendu ; interne : M. Rist ; externes : MM. Gagey, Jamet (Julien), Percheron, Marmasse, Gaultier.

2. Médecin : M. Huchard ; interne : M. Piatot ; externes : MM. Theuveny, Tridon, François-Dainville, Frumusanu.

3. Médecin : M. Cuffer ; interne : M. Canuet ; externes : MM. Durand, Jalabert, Roger, Rollin.

4. Médecin : M. Barth ; interne : M. Lereboullet ; externes : MM. Jullien, Bruder, Remoussenard, Marais, Luttier.

5. Chirurgien : M. le professeur Le Dentu ; chef de clinique : M. Morestin ; internes : MM. Hivet, Lœvy, Luys ; externes : MM. Ladevèze, Raoult, de Saint-Mathieu, Lafoy, Bougenot, Bourg, Lemaire, Bourguignon.

6. Chirurgien : M. le professeur Guyon ; chef de clinique : M. Genouville ; chef de clinique adjoint : M. Michon ; interne lauréat : M. Pasteau ; internes : MM. Héresco, Cottet, Proust ; externes : MM. Grégoire, Roques, Druelle, Chastenet de Géry, Lorenzo, Fabre, Raynaud, Herrenschmidt, Lacaille.

7. Chirurgien : M. Routier ; internes : MM. Descazals, Durrieux ; externes : MM. Lavergne, Pellagot, Béneteau, Rousseau, Zacchiri, Dieu.

*Consultation.* — 8. Médecin : M. Mosny ; externes : MM. Legrand, Barre, Béclard.

9. Chirurgien : M. Albarran ; externes : MM. Housquains, Chevet.

G. HÔPITAL COCHIN. — 1. Médecin : M. Chauffard ; internes : MM. Griffon, Castaigne ; externes : MM. Cruveilhier, de Lacroix, Ferrand (E.), Cotar, Bigex, Bender, Regnard.

2. Médecin : M. Delpeuch ; interne : M. Minet ; externes : MM. Berthier, Heller, Stepinski, Mathé.

3. Chirurgien : M. Schwartz ; internes : MM. Leven, Jacomet ; externes : MM. Tribadeaio, Rigollot-Simonot, Fouqué, Le Guern, Chevrier, Ferry.

4. Chirurgien : M. Quénu ; internes : MM. Barnsby, Branca, Guibé ; externes : MM. Vialle, Autefage, Dobrovitch, Aubourg, Dévé, Courtois, Carton.

5. Chirurgien : M. Bouilly ; internes : MM. Ardoin, Baron ; externes : M[lle] Gorovitz, MM. Goudeau, Ermenge, Hémet.

*Service temporaire.* — 6. Chirurgien : M. Quénu ; interne provisoire : M. Balthazard ; externes : MM. Langevin, de Clomesnil.

*Consultation.* — 7. Médecin : M. Lesage ; interne provisoire : M. Coudert (Émile) ; externe : M. de Ribier.

8. Chirurgien : M. Rieffel ; externes : MM. André, Baudoin, Algret, M[lle] Entz.

H. HÔPITAL BEAUJON. — 1. Médecin : M. Fernet ; interne : M. Turner ; externes : MM. Raynaud, Bougon, Froin, Lecornu.

2. Médecin : M. Rigal ; interne : M. Clerc ; externes : MM. Sentex, Jeannet, Delétré, Michel, Brissart, Fouquet.

3. Médecin : M. le professeur Debove ; interne : M. Sainton ; externes : MM. François, Rathery, Cottu.

4. Médecin : M. Troisier ; interne : M. Bacaloglu ; externes : MM. Mercadé, Duplay, Moineau, Besse.

5. Chirurgien : M. Anger (Benjamin) ; internes : MM. Lacapère, Géraud ; externes : MM. Trémollières, Mulon, Vaillant, Lagrange (Martial), Rellay.

6. Chirurgien : M. Anger (Théophile) ; internes : MM. Jala-

guier, d'Herbécourt; externes : MM. Foisy, Bloch, Genévrier, Piton, Méheut, Lacombe.

7. Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Fossard, Pagniez; externes : MM. Halgan, Paisseau, Cruet, Sagot, Galezowski, Debret, Garrigues, Coutelas.

8. *Salle de chirurgie pour les chroniques.* — Interne provisoire : M. Le Sourd (François); externe : M. Vialard.

9. Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes; interne : M. Delestre; externes : MM. Touchard, Le Tellier, Mieulet, Guillot.

10. *Consultation.* — Médecin : M. Launois; interne provisoire : M. Meuriot : externes : MM. Nicolaïdi, Sée, Mirande.

11. Chirurgien : M. Lyot; externes : MM. Viard, Laurent, Vassort.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Duguet; interne : M. Decloux; externes : MM. Petit, Gadaud, Roy, Gamet, Thorel, Cailloué, Ligerot.

2. Médecin : M. Gouguenheim; interne : M. Lombard; externes : MM. d'Abbadie, Renoult, Sueur, Roche.

3. Médecin : M. Landrieux; interne : M. Martinet; externes : MM. Charlot, Chapon, Devaux, Ambrosi, Cailleux, Morand.

4. Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Vouzelle; externes : MM. Mesley, Manet, Ambard, Lévy, Crosnier, Guedj, Ball.

5. Médecin : M. Tapret; interne : M. Dévé; externes : MM. Cerise, Juy, Périn, Tassin, Guérault.

6. Médecin : M. Muselier; interne : M. Férouelle; externes : MM. Lefer, Duvernoy, Mary, Desplats, Dubois.

7. Chirurgien : M. Perier; internes : MM. de Font-Réaulx, Ferron; externes : MM. Ducatte, Henriot, Beauvois, Cantonnet, Fatout, Mettey.

8. Chirurgien : M. Delens; internes : MM. Stanculéanu, Judet; externes : MM. Assicot, Poulard.

9. Chirurgien : M. Peyrot; internes : MM. Chaillous (Maurice), Tissier (Paul); externes : MM. Coudert (Joseph), Gillot, Latron, Petit.

10. Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Coville, Delmont-Bébet, Bonnel; externes : MM. Lévy, Laignel-Lavastine, Jacowski, Lutaud, Camus, Pellizza.

*Salle de chirurgie pour les chroniques.* — 11. Interne provisoire : M. Weil (Georges); externes : MM. Damotte, Perpère.

12. Accoucheur : M. Bonnaire; interne : M. Véron; externes : MM. Bricet, Hugé, Lecœur, Pascaud.

*Consultation.* — 13. Médecin : M. Lion; interne provisoire : M. Armand-Delille; externes : MM. Menuisier, Thomas, Doazan, Pasquier.

14. Chirurgien : M. Beurnier; externes : MM. Jaisson, Cuqu, Souilhé.

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Talamon; interne : M. Bigard; externes : MM. Guerbé, Reliquet, Dreyfus-Rose, Degrais, Roger, Masson.

2. Médecin : M. Brault; interne : M. Poulain; externes : MM. Diel, Darbois, Fossier, Résibois, Demerson.

3. Médecin : M. Martin (Hippolyte); interne : M. Toupart; externes : MM. Delfau, Delaunay, Rey, Fabre, Crotet.

4. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Mercier (Edmond); externes : MM. Leclerc, Morin, Ribadeau-Dumas, Laurens.

*Service temporaire de médecine.* — 4 *bis*. Externes : MM. Chardin, Alquier.

5. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Le Roy; externes : MM. Champ, Bloch (Edm.), Robic, Wildenstein.

6. Médecin : M. Giraudeau; interne : M. Petit; externes : MM. Philippe, Gaillard, Pophillat, Cazès.

7. Médecin : M. Béclère; interne : M. Tissier (Henry); externes : MM. Schultz, Le Roux, Israels, Andrieu, Bidault.

8. Médecin : M. Achard; interne : M. Delamarre; externes : MM. Voisin, Gardner, Morfaux, Morisseau, Phellipon.

9. Chirurgien : M. Félizet; internes : MM. Blandin, Maubert, Tesson; externes : MM. Chevalier, Spindler, Zarzycki, Eonnet, Ruais, Choutet.

10. Chirurgien : M. Gérard-Marchant; internes : MM. Termet, Mauger (Noël), Dupuy-Dutemps; externes : MM. Robin (E.), Berton, Millon, Imbault, Gachet, Monraisse.

11. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Guillemot, Malartic, Mórély; externes : M. Thomas, M^lle Delporte, MM. Violette, Lacroix, Baudelot, Chazet.

12. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Mesnard; externes : MM. Chalmette, Fildermann, Maucotel.

*Consultation.* — 13. Médecin : M. Duplaix; interne provisoire : M. Girod; externe : M. Robillard.

14. Chirurgien : M. Demoulin; externes : MM. Félizet, Houselot, Duc-Dodon.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. le professeur Landouzy; interne lauréat : M. Labbé (Marcel); interne : M. Faure; externes : MM. Garrigues, Lortat-Jacob, Méret, Lelong, Sabaréanu, Onfray, Trenaunay.

2. Médecin : M. Hirtz; interne : M. Merklen; externes : MM. Dropet, Haret, Vaillant, Tillaye, Halberchtadt.

3. Médecin : M. Merklen; interne : M. Martin (A.); externes : MM. Alquier (L.), Courtois, Bloch (Maurice), Courtellemont, Loiselet, Pouliot.

4. Médecin : M. Barié; interne : M. Hauser; externes : MM. Georget, Nicolas, Daniel, Barcat, Paris.

*Service temporaire.* — 5. Médecin : M. Jacquet; interne provisoire : M. du Pasquier; externes : MM. Cucherousset, Decreux, Brisard, Napieralski, Boileau, Sambon.

6. Chirurgien : M. Reclus; internes : MM. Veau, Pétron; interne provisoire : M. Prat; externes : MM. Delage, Petit, Benoît, Griffart, Calvé, Vangeon.

*Consultation.* — 7. Médecin : M. Claisse; externes : MM. Digne, Rambaud.

8. Chirurgien : M. Faure; externes : MM. Ricou, Dalimier.

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Lacombe; interne : M. Deschamps; externes : MM. Eloy, Pigot, Netter (Louis), Triau, Raoux.

2. Médecin : M. Roques; interne : M. Brécy; externes : MM. Mignot, Ripault, Guyotte, Bornait-Legueule, Costes.

3. Chirurgien : M. le professeur Terrier; internes : MM. Gosset, Cunéo, Guillemin; externes : MM. Savignac, Sudaka, Verdin, Ravary, Lorier, Crouzon, Guillaume, Cresson.

*Consultation.* — 4. Médecin : M. Barbier; interne provisoire : M. Bentz; externes : MM. Goescheau, Mathieu.

5. Chirurgien assistant : M. X...; externes : MM. Blotin, Curie.

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Gilbert; interne : M. Weil (E.); externes : MM. Aguinet, Piot, Hayem, M^lle Ziegel, M. Mauban.

2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Jousset; externes : MM. Alexandre, Lopez, Ducournau, Bouny, Audard.

3. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Lardennois, Michaux (G.); externes : MM. Renault (L.), Ferry (André), Lobligeois, Dennecé, Froment.

*Consultation.* — 4. Médecin : M. Wurtz; externes : MM. Soularue, Herpain.

5. Chirurgien : M. Malherbe; externes : MM. Cistrier, Lemaître.

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Schaefer; interne provisoire : M. Elias; externes : MM. Cholet, Jarvis, Hallopeau, Berthier, Dardeau, Vinsonneau, Lemierre, Loiseau.

2. Chirurgien : M. Marchand; internes : MM. Pestemalzoglu, Chifoliau, Loubet; externes : MM. Mainguy, Poutchkow, Couréménos, Arnoux, Mannoni, Petitjean.

3. Accoucheur : M. Doléris; interne : M. Macrez; externes : MM. Hervoit, Lenoble, Leuret, Provins.

*Consultation.* — 4. Médecin : M. de Gennes; interne provisoire : M. Roché; externes : MM. Pied, Valette.

5. Chirurgien : M. Sebileau; externes : MM. Descomps, Bouchet, Gibert, de Lacombe.

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Fournier; chef de clinique : M. Emery; internes : MM. Maury, Loeper; externes : MM. Goubeau, Bachmann, Legroux, Métivier, Rouet.

2. Médecin : M. Hallopeau; interne : M. Michaut (Ch.); interne provisoire : M. Guibal; externes : MM. Bluzat, Tostivint, Laborde, Durieux, Contenau.

3. Médecin : M. Tenneson; interne : M. Grosjean; externes : MM. Pignot, Navarre, Wicart, Pillet, Cottard, Molinsky, Chaix, Chazet.

4. Médecin : M. du Castel; interne : M. Salmon; interne provisoire : M. Bosvieux; externes : MM. Lorot, Gentin, Bodin, Wegbecher, Cailleton.

5. Médecin : M. Danlos; interne : M. Janot; externes : MM. Caubet, Bordenave, Rabant, Roux, Larré.

6. Médecin : M. Balzer; interne : M. Mercier (Raoul); externes : MM. Faure, Mathieu, Murer, Maillard.

*Service temporaire.* — 7. Médecin : M. Florand; interne provisoire : M. Cathala; externes : MM. Cauzard, Duclos, Paugam.

Chirurgien : 8. M. Richelot; internes : MM. Grisel, Hepp, Roger; externes : MM. Brisard, Netter, Tuefferd, Plantard, Merlet, Berthier.

9. Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Laroche, Fresson, Dujarier; externes : MM. Boidin, Fromageot, Jomier, Dionis du Séjour, Bonneau, Phalip, Dupuy (Jacques).

10. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Estrabaut, Mauger (Adrien), Iselin; externes : Mme Romanescu, MM. Lafforgue, Audebat, Ménard, Talandier, Picandet.

11. Accoucheur : M. Auvard; interne : M. Chalochet; externes : MM. Bleynie, Silvie, Mutzner, Montais.

*Consultation.* — 12. Chirurgien : M. Legueu; externes : MM. Vernet, Lafond.

P. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. de Beurmann; interne : M. Milhiet; externes : MM. Boirivant, Bondréaux, Lavenant, Astengo, Boulonnier, Canton, Bour.

2. Médecin : M. Brocq; interne : M. Lenglet; externes : MM. Bizard, Legros, Néret, Logerot, Balatre, Francoz.

3. Chirurgien : M. Pozzi; internes : MM. Dartigues, Bluysen, Cadol; externes : MM. Zannellis, Griffond, Brouillaud, Trolley, Levassort, Mlle Pissareff.

*Consultation.* — 4. Chirurgien : M. Jayle; externes : M. Abrant, Mlle Przeciszewski.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Widal; interne : M. Lesné; externes : MM. Chevé, Rostaine, Quiller.

2. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Constensoux; externes : MM. Dommartin, Bochory, Leh.

3. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Pédeprade, Sauvage; interne provisoire : M. Morichau-Beauchant; externes : MM. David, Hauviller, Ducoudray, Loustalo, Desvaux, Privat de Fortunié, Grosset, Dehau.

4. Chirurgien : M. Ricard; internes : MM. Labey, Auclair; externes : MM. Français, Durey, Claude, Villaret, Perreau, Bony.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Renault; chef de clinique adjoint : M. Zuber; interne : M. Terrien (Eugène); externes : MM. Lelorier, Demaldent, Mme Donzeau, MM. Fernique, Roglet.

2. Médecin : M. Descroizilles; interne : M. Herscher; externes : MM. Roger, Bréal, Mlles Majerezac, Maugeret, M. Forrestier.

3. Médecin : M. d'Heilly; interne : M. Lamouroux; interne provisoire : M. Grenet; externes : MM. David, Bonamy, Jouang, Martin, Sempé.

4. Médecin : M. Moizard; interne : M. Bernheim; externes : MM. Bournisien de Valmont, Grosse, Labiche, Thiollier.

5. Médecin : M. Sevestre; interne : M. Bize; externes : MM. Mettey, Renon, Diard, Sevray.

6. Médecin : M. Comby; interne : M. Mettetal; externes : MM. Baranger, Decherf, Deglos, Forné.

7. Chirurgien : M. Brun; internes : MM. Bernard (Armand), Chaillous (J.); externes : MM. Guillemet, de La Volpilière, Rondeau, Ransan, Fayon, Savoye.

8. Chirurgien : M. le professeur Lannelongue; internes : MM. Ombrédanne, Desjardins; externes : MM. Stroheker, Gillot, Simon, Tissot, Feuillet, Muret, Dauban.

T. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Josias; interne : M. Gibert; externes : MM. Weill (A.), Pécharmant, Laisné, Latteux d'Espagne, Monchotte.

2. Médecin : M. Netter; interne : M. Cavasse; externes : MM. Ruelle, Lévy, Glin, Blum, Salomon.

3. Médecin : M. Variot; interne : M. Chauveau; interne provisoire : M. Daniel; externes : MM. Ignard, Traverse, Chicotot, Patry, Santiard.

4. Médecin : M. Richardière; internes : MM. Sicard (G.), Géraudel; externes : MM. Laisel, Athanasiu, Mlle Iscovesco, M. Labussière.

5. Chirurgien : M. Kirmisson; internes : MM. Jeannin, Auffret; interne provisoire : M. Pédebidou; externes : MM. Saint-Cyr, Giroux, Depoutre, Renou, Grabié, Nivet, Gassot, Blanchet.

6. Chirurgien : M. Broca; internes : MM. Audion, Bourgeois; externes : MM. Coittier, Grivot, Vaquerie, Mainot, Roland, Braunberger.

U. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel; internes : MM. Nobécourt, Bertherand; externes : MM. Bailey, Chesneau, Leraitre, Mlle Birfeld, M. Calmels.

2. Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Monod (F.), Rastouil; externes : MM. Ducroquet, Gottschalk, Coizet, Houzel, Ledue.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Mathieu; internes : MM. Sikora, Roche (Louis); externes : MM. Mantoux, Sénéchal, Philibert, Ruillier, Nau.

*Consultation.* — 2. Médecin : M. Polguère; externes : MM. Mahar, Vaïas.

W. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Marie; interne : M. Roques; interne provisoire : M. Léri.

2. Chirurgien : M. Walther; internes : MM. Guillot, Zadoc; interne provisoire : M. Lévy (Jules).

*Service des aliénés.* — 3. Médecin : M. Bourneville; internes provisoires : MM. Sebileau, Chapotin, Katz.

4. Médecin : M. Deny; interne : M. Alglave; interne provisoire : M. Moret (Louis).

5. Médecin : M. Féré; interne : M. Quiserne; interne provisoire : M. Lance.

6. Médecin : M. Séglas; interne : M. Heitz (Jean); interne provisoire : M. Saint-Cène.

**Y**. HOSPICE DES INCURABLES (IVRY). — 1. Médecin : M. Gombault (A.); interne : M. Esmonet; interne provisoire : M. Lefas; externe : M. Léculier.

2. Chirurgien : M. Poirier; interne : M. Neveu; interne provisoire : M. Gimbal; externe : M. Guillot.

**Z**. HÔPITAL DE LA MATERNITÉ. — 1. Médecin : M. Charrin; interne : M. Nattan-Larrier.

2. Accoucheur : M. Porak; internes : MM. Masbrenier, Ghéorghiu.

**Aa**. HÔPITAL RICORD. — 1. Médecin : M. Renault; interne : M. Bisch; externe : M. Crouzet.

2. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Kendirdjy; externes : MM. Paulouch, Chateau.

3. Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Pelisse; externes : MM. Troller, Mazeyrie.

**Ab**. HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique : M. Gasne; internes : MM. Riche, Sicard (A.), Grenet; externes : MM. Compain, Ferrand, Levy, Quillon, Amieux, Mezger, Barret, Guichard.

2. Médecin : M. Déjerine; internes : MM. Comte, Ghika; externes : MM. Petresco, Asselineau, Maury, Hahn, Duparc.

3. Chirurgien : M. Segond; internes : MM. Claisse, Bigeard; externes : MM. Guihal, Bigot, M[lle] Volovatz, Bertrand.

*Service des aliénés.* — 4. Médecin : M. Voisin (A.); interne : M. Labbé (Raoul); externes : MM. Lefilliatre, Sautelet.

5. Médecin : M. Voisin (J.); interne : M. Mauté; externes : MM. Durey, Gatian de Clérambault.

6. Médecin : M. Charpentier; interne : M Leroy (Louis); externe : M. Hazard.

*Consultation.* — 7. Chirurgien : M. Chipault; externes : MM. Palle, Lehmann.

**Ac**. HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — 1. Accoucheur : M. le professeur Budin; chef de clinique : M. Dubrisay; externes : MM. Cugnin, Lévy-Valency, Chalret du Rieu, Larigaudry, Deck, Pauly.

**Ad**. CLINIQUE BAUDELOCQUE. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Baudron, externes : MM. Leduc, Maurage, Lacasse, M[lle] Thyss, MM. Thomin, Menu.

**Ae**. HOSPICE DES MÉNAGES (ISSY) ET HOSPICE DEVILLAS. — 1. Médecin : M. Marfan; interne : M. Monsseaux; interne provisoire : M. Weill (Benj.); externe : M. Tabary.

**Af**. HÔPITAL HÉROLD. — 1. Médecin : M. Duflocq; interne : M. Lejonne; interne provisoire : M. Sabatié; externes : MM. Le Maguet, Champion, Degris, Mayer, Chomet.

**Ag**. HÔPITAL D'AUBERVILLIERS. — 1. Médecin : M. Roger; interne : M. Garnier; interne provisoire : M. Robert; externes : MM. Mallet, Legrand (Louis), Girard (Jules), Moureyre, Rivet.

**Ah**. HÔPITAL DEBROUSSE. — 1. Médecin : M. Thoinot; interne : M. Babonneix

**Ai**. BASTION 29. — 1. Médecin : M. le professeur Chantemesse; interne : M. Millet; externes : MM. Decorce, Dupuy (L.), Matsoukis, Bussard, Bouzanquet.

**Ak**. INSTITUTION SAINTE-PÉRINE ET MAISONS DE RETRAITE CHARDON-LAGACHE ET ROSSINI. — 1. Médecin : M. Lebreton; internes : MM. Degorce (Armand), Sainte-Périne et Rossini; Sicard (Léon), Chardon-Lagache.

**Al**. MAISON DE RETRAITE DE LA ROCHEFOUCAULD. — 1. Médecin : M. Darier; interne : M. Le Sourd (Louis); externes : MM. Rabant, Mathieu.

**Am**. HÔPITAL DE BERCK-SUR-MER. — 1. Chirurgien : M. Ménard; internes : MM. Guisez, Levesque, Cathelin.

---

## INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS, SERVICE DES CONSULTATIONS); 2° CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS); 3° INTERNES TITULAIRES; 4° INTERNES PROVISOIRES; 5° EXTERNES.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

*Exemple :* Bournaret, C-8 = C. Hôpital de la Pitié, 8. Service de de M. Tuffier.

### MÉDECINS



### CHIRURGIENS



### ACCOUCHEURS



### MÉDECINS DE CONSULTATIONS

Gennes (dè), N-4.
Grandmaison (de), D-10.
Launois, H-10.
Lesage, G-7.
Lion, I-13.
Lyon, E-12.
Mosny, F-8.
Polguère, V-2.
Rénon, A-10.
Wurtz, M-4.

**CHIRURGIENS DE CONSULTATIONS**

Albarran, F-9.
Arrou, D-11.
Beurnier, I-14.
Chevalier, A-11.
Chipault, Ab-7.
Demoulin, J-14.
Faure, K-8.
Guillemain, E-13.
Jayle, P-4.
Legueu, O-12.
Lyot, H-11.
Malherbe, M-5.
Rieffel, G-8.
Sebileau, N-5.
Thiéry, C-11.

**CHEFS DE CLINIQUE**

MÉDECINE

Achalme, C-1.
Emery, O-1.
Gasne, Ab-1.
Kahn, A-1.
Lamy, D-1.
Renault, S-1.
Tissier (Paul), E-1.

*Adjoints.*

Brodier, D-1.
Gouget, C-1.
Thiercelin, E-1.
Zuber, S-1.

CHIRURGIE

Cazin, A-7.
Genouville, F-6.
Morestin, F-5.
Reblaud, C-7.
Souligoux, D-7.
Terson, A-8.

*Adjoints.*

Banzet, C-7.
Mermet, A-8.
Michon, F-6.
Thévenard, A-7.

ACCOUCHEMENTS

Baudron, Ad-1.
Dubrisay, Ac-1.

**INTERNES**

Alglave, W-4.
Ardoin, G-5.
Auclair, R-4.
Audion, T-6.
Auffret, T-5.
Babonneix, Ah-1.
Bacaloglu, H-4.
Barbarin, C-8.
Barnsby, G-4.
Baron, G-5.
Bernard (Arm.), S-7.
Bernard (Henry), E-7.
Bernard (Léon), E-4.
Bernheim, S-4.
Bertherand, U-1.
Berthier (H.), A-4.
Bigard, J-1.
Bigeard, Ab-3.
Bisch, Aa-1.
Bize, S-5.
Blanc, E-9.
Blandin, J-9.
Bluysen, P-3.
Bonamy, C-8.
Bonnel, I-10.
Boricaud, A-9.
Bourgeois, T-6.
Branca, G-4.
Brécy, L-2.
Brin, C-7.
Bufnoir, A-2.
Caboche, E-10.
Cadol, P-3.
Canuet, F-3.
Castaigne, G-1.
Cathelin, Am-1.
Cavasse, T-2.
Célos, A-7.
Cestan, C-5.
Chaillous (Maurice), I-9.
Chaillous (J.), S-7.
Chalochet, O-11.
Chauveau, T-3.
Chifoliau, N-2.
Claisse, Ab-3.
Clerc, H-2.
Clermont, E-10.
Cochemé, A-7.
Comte, Ab-2.
Constensoux, R-2.
Cottet, F-6.
Coudert (Emile), G-7.
Couvelaire, B-3.
Coville, I-10.
Coyon, C-2.
Croisier, C-9.
Cunéo, L-3.
Dartigues, P-3.
Decloux, I-1.
Degorce (Arm.), Ak-1.
Deguy, D-5.
Delamarre, J-8.
Delestre, H-9.
Delmont-Bébet, I-10.
Descazals, F-7.
Deschamps, L-1.
Desjardins, S-8.
Dévé, I-5.
Druault, A-8.
Dujarier, O-9.
Dupuy-Dutemps, J-10.
Durand-Viel, D-1.
Durrieux, F-7.
Duval, A-9.
Esmonet, Y-1.
Estrabaut, O-10.
Faure, K-1.
Férouelle, I-6.
Ferrand (Jean), A-5.
Ferron, I-7.
Font-Reaulx (de), I-7.
Fossard, H-7.
Fresson, O-9.
Froussard, E-2.
Gandy, A-1.
Garnier, Ag-1.
Gauchery, D-2.
Géraud, H-5.
Géraudel, T-4.
Gheorghiu, Z-2.
Ghika, Ab-2.
Gibert, T-1.
Gosset, L-3.
Got, E-3.
Grenet, Ab-1.
Griffon, G-1.
Griset, O-8.
Grosjean, O-3.
Guéry, C-4.
Guibé, G-4.
Guillain, D-7.
Guillemin, L-3.
Guillemot, J-11.
Guillot, W-2.
Guisez, Am-1.
Hauser, K-4.
Heitz (Jean), W-6.
Hepp, O-8.
Herbécourt (d'), H-6.
Herbet, C-7.
Héresco, F-6.
Herrenschmidt, D-8.
Herscher, S-2.
Hivet, F-5.
Imbert, A-8.
Iselin, O-10.
Jacomet, G-3.
Jalaguier, H-6.
Janot, O-5.
Jeannin, T-5.
Jousset, M-2.
Judet, I-8.
Keim, E-11.
Kendirdjy, Aa-2.
Labbé (Marcel), K-1.
Labbé (Raoul), Ab-4.
Labey, R-4.
Lacapère, H-5.
Lamouroux, S-3.
Lardennois, M-3.
Laroche, O-9.
Le Fur, C-7.
Lejonne, Af-1.
Lenglet, P-2.
Léo, E-6.
Lereboullet, F-4.
Leroy (Louis), Ab-6.
Le Roy, J-5.
Lesné, R-1.
Le Sourd (Louis), Al-1.
Léven, G-3.
Levesque, Am-1.
Levrey, D-7.
Lœper, O-1.
Lœvy, F-5.
Lombard, I-2.
Loubet, N-2.
Luys, F-5.
Macrez, N-3.
Malartic, J-11.
Marcille, E-9.
Martin (A.), K-3.
Martinet, I-3.
Masbrenier, Z-2.
Maubert, J-9.
Mauger (Adrien), O-10.
Mauger (Noël), J-10.
Maury, O-1.
Mauté, Ab-5.
Ménier, A-7.
Mercier (Edm.), J-4.
Mercier (Raoul), O-6.
Merklen, K-2.
Mesnard, J-12.
Mettetal, S-6.
Michaut (Ch.), O-2.
Michaux (G.), M-3.
Milhiet, P-1.
Milian, A-3.
Millet, Ai-1.
Minet, G-2.
Monod (F.), U-2.
Monod (J.), D-3.
Monod (René), E-9.
Monsseaux, Ae-1.
Monthuis, C-6.
Morély, J-11.
Nattan-Larrier, Z-1.
Neveu, Y-2.
Nobécourt, U-1.
Ombredanne, S-8.
Oppenheim, E-10.
Pagniez, H-7.
Pascat, D-7.
Pasteau, F-6.
Pédeprade, R-3.
Pelisse, Aa-3.
Petit, J-6.
Pétron, K-6.
Pestemalzoglu, N-2.
Piatot, F-2.
Poulain, J-2.
Proust, F-6.
Quiserne, W-5.
Rastouil, U-2.
Ravaut, E-8.
Rebreyend, C-8.
Ribierre, A-6.
Riche, Ab-1.
Rist, F-1.
Roche (Louis), V-1.
Roger, O-8.
Roques, W-1.
Rosenthal, E-1.
Roux, C-3.
Rudeaux, D-8.
Sainton, H-3.
Salmon, O-4.
Sauvage, R-3.
Schaefer, N-1.
Sicard (A.), Ab-1.
Sicard (G.), T-4.
Sicard (Léon), Ak-1.
Sikora, V-1.
Stanculéanu, I-8.
Swartz, A-7.
Termet, J-10.
Terrien (Eug.), S-1.
Terrien (F.), A-8.
Tesson, J-9.
Theohari, C-1.
Tissier (Henry), J-7.
Tissier (Paul), I-9.
Tissot, D-4.
Toupart, J-3.
Tournemelle, E-5.
Turner, H-1.
Ulmann, D-9.
Veau, K-6.
Véron, I-12.
Vouzelle, I-4.
Weil (E.), M-1.
Zadoc, W-2.
Zimmern, D-6.

**INTERNES PROVISOIRES**

Armand-Delille, I-13.
Balthazard, G-6.
Bentz, L-4.
Bosvieux, O-4.
Cathala, O-7.
Chapotin, W-3.
Daniel, T-3.
Elias, N-1.
Follet (René), A-10.
Gimbal, Y-2.
Girod, J-13.
Grenet, S-3.
Guibal, O-2.
Katz, W-3.
Lance, W-5.
Laubry, E-8 *bis*.
Lefas, Y-1.
Léri, W-1.
Le Sourd (Fr.), H-8.
Lévy (Jules), W-2.
Meuriot, H-10.
Moret (Louis), W-4.
Morichau-Beauchant, R-3.
Pamard, E-12.
Pédebidou, T-5.
Pasquier (du), K-5.
Prat, K-6.
Robert, Ag-1.
Roché, N-4.
Sabatié, Af-1.
Saint-Cène, W-6.
Sebileau, W-3.
Silhol, B-1.
Tourlet, B-2.
Weill (Benj.), Ae-1.
Weill (Georges), I-11.

**EXTERNES**

Abbadie (d'), I-2.
Aboulker, A-9.
Abrant, P-4.
Adeline, E-9.
Aguinet, M-1.
Alexandre, M-2.
Algret, G-8.
Alquier (L.), K-3.
Alquier, J-4 bis.
Ambard, I-4.
Ambrosi, I-3.
Amieux, Ab-1.
André, G-8.
Andrieu, J-7.
Aribat, E-8 *bis*.
Arloing, E-6.
Arnoux, N-2.
Aron, D-4.
Arrivé, E-5.
Artaud, E-8.
Asselineau, Ab-2.
Assicot, I-8.
Astengo, P-1.
Athanasiu, T-4.
Aubertin, C-5.
Aubourg, G-4.
Auburtin, D-7.
Audard, M-2.
Audebal, O-10.
Audy, A-9.
Autefage, G-4.
Aviat, E-9.
Ayrignac, A-6.
Bachimont, E-8.
Bachmann, O-1.
Bailey, U-1.
Balatré, P-2.
Ball, I-4.
Baranger, S-6.
Barbin, A-1.
Barcat, K-4.
Bardinet, C-3.
Bardon, A-8.
Barlerin, A-2.
Baron, E-11.
Barnsby, D-1.
Barre, F-8.
Barret, Ab-1.
Baudelot, J-11.
Baudoin, G-8.
Baudrand, A-7.
Bauer, C-1.
Beaujard, C-9.
Baumgartner, C-7.
Baup, E-6.
Beauvois, I-7.
Beauvy, C-3.
Béclard, F-8.
Bégué, E-8.
Béguinot, D-2.
Belgrand, E-9.
Bellin, D-8.
Bender, G-1.
Béneteau, F-7.
Benoit, K-6.
Bergeron, E-6.
Bergougnan, C-2.
Berruyer, C-8.
Berthe, B-3.
Berthier, O-8.
Berthier, N-1.
Berthier, G-2.
Berton, J-10.
Bertrand, Ab-3.
Besse, H-4.
Besson, D-7.
Bidault, J-7.
Bidel, C-11.
Bigex, G-1.
Bigot, Ab-3.
Birfeld (Mlle), U-1.
Bizard, P-2.
Blanchet, T-5.
Blanquinque, A-4.
Blavot, E-6.
Bleynie, O-11.
Bloch (Edm.), J-5.
Bloch (Maur.), K-3
Bloch, H-6.
Blondin, A-1.
Blotin, L-5.
Blum, T-2.
Blum (Ed.), C-2.
Bluzat, O-2.
Bochory, P-2.
Bodin, O-4.
Boidin, O-9.
Boileau, K-5.
Boirivant, P-1.
Boisseau, E-9.
Boissier, C-4.
Bonamy, S-3.
Bondréaux, P-1.
Bonneau, O-9.
Bony, R-4.
Bordenave, O-5.
Bornait-Lagueule, L-2.
Boucher, D-11.
Bouchet, N-5.
Bouchez, C-8.
Bougenot, F-5.
Bougon, H-1.
Boullet, D-1.
Boulonnier, P-1.
Bouny, M-2.
Bour, C-1.
Bour, P-1.
Bourg, F-5.
Bourguignon, F-5.
Bourier, C-4.
Bourlot, B-1.
Bournaret, C-8.
Bournisien de Valmont, S-4.
Bousquet, B-1.
Boutin, D-2.
Bouzanquet, Ai-1.
Boyer, A-7.
Braunberger, T-6.
Bréal, S 2.
Breitel, C-7.
Bricet, I-12.
Brisard, O-8.
Brisard, K-5.
Brissart, H-2.
Brocard, A-1.
Brouillaud, P-3.
Bruandet, E-2.
Bruder, F-4.
Brun, E-13.
Bué, D-2.
Bussard, Ai-1.
Cahen, E-3.
Cailleton, O-4.
Cailleux, I-3.
Cailloué, I-1.
Calmels, U-1.
Calvé, K-6.
Camiade, D-4.
Camus, D-3.
Camus, I-10.
Canton, P-1.
Cantonnet, I-7.
Cartier, D-10.
Carton, G-4.
Caubet, O-5.
Cauzard, O-7.
Cazès, J-6.
Cerise, I-5.
Chaix, O-3.
Chalmette, J-12.
Chalret du Rieu, Ac-1.

## ACADÉMIE DES SCIENCES

### Prix proposés pour les années 1898, 1899, 1900 et 1901.

*Anatomie et Zoologie.*

PRIX THORE. — Ce prix annuel, d'une valeur de 200 francs, sera décerné « à l'auteur du meilleur mémoire sur les cryptogames cellulaires d'Europe (algues fluviatiles ou marines, mousses, lichens ou champignons), ou sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe ».

Ce prix est attribué alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'un insecte.

PRIX SAVIGNY, FONDÉ PAR Mlle LETELLIER. — « Voulant, dit la testatrice, perpétuer, autant qu'il est en mon pouvoir de le faire, le souvenir d'un martyr de la science et de l'honneur, je lègue à l'Institut de France, Académie des sciences, section de zoologie, 20000 francs, au nom de Marie-Jules-César Le Lorgne de Savigny, ancien membre de l'Institut d'Égypte et de l'Institut de France, pour l'intérêt de cette somme de 20000 francs être employé à aider les jeunes zoologistes voyageurs qui ne recevront pas de subvention du gouvernement, et qui s'occuperont plus spécialement des animaux sans vertèbres de l'Égypte et de la Syrie. »

Le prix est de 975 francs.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1898.

PRIX DA GAMA MACHADO. — L'Académie décernera, tous les trois ans, le prix da Gama Machado aux meilleurs mémoires qu'elle aura reçus sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés.

Le prix est de 1200 francs.

Il sera décerné, s'il y a lieu, en 1900.

*Physiologie.*

PRIX MONTYON. — L'Académie décernera annuellement un prix de la valeur de 750 francs à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra répondre le mieux aux vues du fondateur.

PRIX L. LA CAZE. — M. Louis La Caze a légué à l'Académie des sciences trois rentes de 5000 francs chacune, dont il a réglé l'emploi de la manière suivante :

« Dans l'intime persuasion où je suis que la médecine n'avancera réellement qu'autant qu'on saura la physiologie, je laisse 5000 francs de rente perpétuelle à l'Académie des sciences, en priant ce corps savant de vouloir bien distribuer, de deux ans en deux ans, à dater de mon décès, un prix de 10000 francs, à l'auteur de l'ouvrage qui aura le plus contribué aux progrès de la physiologie. Les étrangers pourront concourir.

Je confirme toutes les dispositions qui précèdent; mais, outre la somme de 5000 francs de rente perpétuelle que j'ai laissée à l'Académie des sciences de Paris pour fonder un prix de physiologie, que je maintiens ainsi qu'il est dit ci-dessus, je laisse encore à la même Académie des sciences deux sommes de 5000 francs de rente perpétuelle, libres de tous frais d'enregistrement ou autres, destinées à fonder deux autres prix, l'un pour le meilleur travail sur la physique, l'autre pour le meilleur travail sur la chimie. Ces deux prix seront, comme celui de physiologie, distribués tous les deux ans, à perpétuité, à dater de mon décès, et seront aussi de 10000 francs chacun. Les étrangers pourront concourir. Ces sommes ne seront pas partageables et seront données en totalité aux auteurs qui en auront été jugés dignes. Je provoque ainsi, par la fondation assez importante de ces trois prix, en Europe et peut-être ailleurs, une série continue de recherches sur les sciences naturelles, qui sont la base la moins équivoque de tout savoir humain; et, en même temps, je pense que le jugement et la distribution de ces récompenses par l'Académie des sciences de Paris sera un titre de plus pour ce corps illustre, au respect et à l'estime dont il jouit dans le monde entier. Si ces prix ne sont pas obtenus par des Français, au moins ils seront distribués par des Français, et par le premier corps savant de France. »

L'Académie décernera dans sa séance publique de l'année 1899, trois prix de 10000 francs chacun, aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie, de la physique et de la chimie.

PRIX POURAT. — L'Académie rappelle qu'elle a mis au concours, pour l'année 1898, la question suivante : *Innervation motrice de l'estomac.*

Le prix est de 1400 francs.

Les mémoires seront reçus au secrétariat de l'Institut jusqu'au 1er juin 1898.

PRIX POURAT. — La question mise au concours pour le prix Pourat, en 1899, est la suivante : *Des caractères spécifiques de la contraction des différents muscles.*

PRIX MARTIN-DAMOURETTE. — Ce prix biennal, dont la valeur est de 1400 francs, sera décerné, s'il y a lieu, dans la séance publique annuelle de 1900.

PRIX PHILIPEAUX. — Ce prix annuel de physiologie expérimentale, de la valeur de 890 francs, sera décerné dans la prochaine séance publique.

---

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 7 AU 12 MARS 1898)

#### Examens de doctorat.

**LUNDI 7 FÉVRIER**, à une heure. — 3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Marchand, Reclus et Broca ; — (2e série) : MM. Monod, Tuffier et Varnier ; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Walther ; — (2e série) : MM. Delens, Humbert et Delbet ; — (2e partie) : MM. Potain, Hayem et Déjerine ; — M. Jalaguier, suppléant.

**MARDI 8 MARS**, à une heure. — 3e examen (oral, 1re partie) : MM. Campenon, Thiéry et Maygrier ; — (2e partie) : MM. Cornil, Ballet et Charrin ; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Richelot et Hartmann ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy et Marfan ; — M. Marie, suppléant.

**MERCREDI 9 MARS**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Ricard et Broca.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Segond, Ribémont-Dessaignes et Tuffier ; — (2e série) : MM. Terrier, Monod et Bonnaire ; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

**JEUDI 10 MARS**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Polaillon, Hartmann et Thiéry.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Rémy et Weiss.

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Ménétrier et Achard ; — M. Roger, suppléant.

**VENDREDI 11 MARS**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Marchand et Walther.

3e examen (2e partie) : MM. Grancher, Gaucher et Widal.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Netter ; — M. Retterer, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Jalaguier et Delbet ; — (2e série) : MM. Delens, Ricard et Lejars ; — (2e partie) : MM. Potain, Déjerine et Gilles de La Tourette ; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire ; — M. Humbert, suppléant.

**SAMEDI 12 MARS**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Campenon, Richelot et Nélaton.

2e examen (2e partie) : *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Roger et Chassevant.

3e examen (2e partie) : *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Laboulbène, Debove et Marfan.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Chantemesse et Gilbert ; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements, rue d'Assas* : MM. Budin, Polaillon et Maygrier ; — M. Quénu, suppléant.

#### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 9 FÉVRIER**, à une heure. — M. SCHWOB. Les ulcérations intestinales au cours de l'occlusion chronique ; — M. SIDERIDIS. Kystes hydatiques de la glande mammaire ; — M. LAMOTHE. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite des jeunes enfants (MM. Tillaux, président ; Kirmisson, Humbert et Walther).

**JEUDI 10 MARS**, à une heure. — M. AUDEBAL. De l'épididymectomie dans la tuberculose testiculaire (MM. Guyon, président ; Raymond, Marie et Albarran). — M. KHEIFETZ. Sur les fausses grossesses et fausses tumeurs hystériques (MM. Raymond, président ; Guyon, Marie et Albarran). — M. VILLECHAUVAIX. Cervantes malade et médecin (MM. Laboulbène, président ; Pouchet, Gilbert et Charrin). — M. COTARD. Des indications thérapeutiques des sels de quinine tirés de leurs propriétés vaso-motrices ; — M. BOHN. Les longues rémissions de la dyspnée toxi-alimentaire dans les cardiopathies artérielles (MM. Pouchet, président ; Laboulbène, Gilbert et Charrin).

---

### CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine vient de proposer pour la chaire de clinique obstétricale :

En première ligne, M. le docteur Budin.

En seconde ligne, M. Ribemont-Dessaignes.

En troisième ligne, M. Maygrier.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 janvier 1898, M. le docteur Ménard (Alfred), membre du bureau d'administration du collège de Vitry-le-François, président de la délégation cantonale et médecin des écoles, a été nommé officier de l'Instruction publique.

— M. le docteur Rieffel est nommé chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris.

— Un concours, pour une place de professeur suppléant aux chaires de pathologie et de clinique médicales de l'hôpital civil de Mustapha, s'ouvrira le 28 avril prochain devant la Faculté de médecine de Montpellier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arm. Brangier (de Breloux) ; Garret et Havage (de Paris) ; Leuckart (de Leipzig), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Pailhas (de Saint-Antonin) ; Trossat, médecin du transatlantique « le Flachat », perdu en mer.

— M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le vendredi 4 mars 1898, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. — Le professeur traitera : De l'exercice de la médecine.

— M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 5 mars 1898, à dix heures et quart du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — A l'occasion des régates internationales de Cannes et de Nice, au tir aux pigeons de Monaco et des vacances de Pâques, la compagnie délivrera du 2 mars au 12 avril des billets d'aller et retour, 1re classe, valables pendant vingt jours, et dont le prix au départ de Paris sera de 177 fr. 40 pour Cannes, 182 fr. 60 pour Nice, 186 fr. 80 pour Menton.

On trouvera ces billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et Paris-Nord, ainsi que dans les bureaux de ville de la Cie P.-L.-M. et dans les agences spéciales.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 26. — JEUDI 3 MARS 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 3 MARS 1898. — N° 26

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le vésicatoire suit son cours et, comme il arrive toujours dans ces discussions, chaque orateur qui prend de nouveau la parole accentue un peu plus son opinion et combat davantage celle de ses contradicteurs. C'est ainsi que M. Huchard, dans sa réponse à MM. Ferrand, Panas et Robin, s'est montré encore plus intransigeant que dans ses premiers discours. Il faut vraiment que la vésication cantharidienne soit bien ancrée dans les mœurs nouvelles pour résister, comme elle le fait, à de pareilles attaques.

Chemin faisant, M. Huchard a bien voulu relever une de nos observations qu'avait citée M. Ferrand, et dans laquelle il s'agit d'une malade atteinte de péritonite chronique qui, en huit ans, a eu 122 vésicatoires. M. Huchard en conclut fort spirituellement que ce n'est pas là un exemple bien frappant de l'efficacité des vésicatoires, puisque, après huit années, la malade en est toujours à peu près au même point de sa péritonite. Il n'a jamais été dans notre esprit, pas plus que dans celui de M. Ferrand, de citer cet exemple en faveur de l'efficacité du vésicatoire dans le traitement de la péritonite chronique, mais bien en faveur de son innocuité au point de vue de la néphrite cantharidienne, si redoutée par M. Huchard. En outre, ce n'est pas, de notre part, une fureur vésicante, ni un *prurigo vesicandi* qui nous a poussé à traiter ainsi cette malade, mais bien l'impuissance où nous nous sommes trouvé de la soulager par tout autre moyen. Nous sommes si peu l'un de ces vésicatoriens impénitents sur lesquels M. Huchard exerce si heureusement sa verve, que nous sommes entièrement avec lui quand il combat l'abus irraisonné des vésicatoires par les malades eux-mêmes en dehors de toute prescription médicale, aussi bien que son emploi systématique par certains médecins, négligeant de s'assurer de l'intégrité rénale de leurs malades. Mais où nous nous séparons de lui, c'est quand il veut, sous prétexte de ces abus, rayer complètement le vésicatoire du cadre de la thérapeutique moderne. Nous persistons à penser, avec M. Ferrand et bien d'autres, que c'est un agent précieux qui, sagement employé, peut rendre de gra[nds] services.

La discussion n'est pas close; MM. Hervieux et Lan[ce]reaux se sont fait inscrire pour y prendre part. Nous somm[es] bien convaincu que les défenseurs du vésicatoire sont [en] majorité à l'Académie. Mais nous sommes quelque p[eu] étonné que les représentants de la nouvelle école dem[eu]rent silencieux et ne prennent pas parti dans la campa[gne] si brillamment ouverte par M. Huchard.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Fa[ure] pour la lecture d'un travail fait, en son nom et au nom [de] M. Furet, sur le traitement chirurgical de la paralysie fac[iale] par l'anastomose du tronc du facial, à sa sortie du roc[her], avec la branche externe du spinal. Nous publierons ce [tra]vail, qui fournit un moyen de guérir une affection co[nsi]dérée jusqu'ici comme incurable.

L'Académie s'est adjoint deux membres correspond[ants] nationaux dans la deuxième section, MM. Folet (de Lille[) et] Hache (de Beyrouth), et, en comité secret, a classé a[insi] qu'il suit les candidats aux deux places vacantes au titre [de] correspondant national : en première ligne, M. Bertin [(de] Nantes); en deuxième ligne, M. Ledouble (de Tours); [en] troisième ligne, *ex æquo*, MM. Marvaud (de Toulouse), Mo[...] (de Lille), du Cazal (de Nice) et Vincent (de Brest).

---

### FONCTION DE L'URÈTHRE CONTRE NATURE

(URÈTHRE PROSTATIQUE) CHEZ LES PROSTATIQUES ANCIENNEMENT CYST[OS]TOMISÉS; RÉSULTATS D'UNE STATISTIQUE PORTANT SUR 34 CAS [14 CO]NTINENTS, 13 INCONTINENTS, 7 CONTINENTS PARTIELS] (1).

Par M. Xavier DELORE,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

III

*b.* Un certain nombre de cystostomisés possèdent [la] faculté d'uriner ordinairement par la verge et en mê[me] temps par leur méat hypogastrique.

Nous possédons trois malades dans cette situation.

Le malade de l'observation I peut garder ses urines as[sez] facilement pendant trois ou quatre heures; la miction [se] fait alors surtout par l'urèthre contre nature; le jet atte[int] une longueur de 30 à 40 centimètres et cette longueur

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 205.

suffisante pour que les vêtements ne soient pas souillés (voy. fig. 1).

Observation I (th. Lagoutte, complétée). — *Prostatique avec irritabilité vésicale. Continence du méat hypogastrique. Résultat après cinq ans.*

G... (Jean-Claude), âgé de soixante-deux ans, forgeron à Lyon, entré le 11 octobre 1892, à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Gangolphe, suppléé par M. Rollet. Depuis cinq ans, le malade a des mictions plus fréquentes, surtout la nuit.

Le 9 octobre, ce malade a été atteint de rétention aiguë, en revenant d'une promenade. Il a essayé d'uriner, mais il n'a pu émettre que quelques gouttes d'urine et il est resté dans cet état jusqu'à son entrée à l'hôpital.



Fig. 1. — Méat à fleur de peau.

La prostate est grosse : cathétérisme évacuateur facile avec une sonde de Nélaton n° 16.

12 octobre : État de rétention continue ; bains de siège, lavements, diurétiques. Les jours suivants, douleurs, urines troubles. Température 38 degrés, pas de sommeil, cathétérisme douloureux.

24 octobre : Insomnie complète ; douleurs vives, mictions incessantes ; le malade réclame une opération pour retrouver le sommeil et le repos. Urines très chargées, cystite marquée. Température 40 degrés, malgré les cathétérismes antiseptiques.

25 octobre : Cystostomie sus-pubienne par M. Rollet. La vessie est petite et difficile à atteindre ; elle est cachée derrière le pubis ; on ne peut pas l'amener à la peau et on la suture aux muscles ; sonde de Pezzer dans l'urèthre ; drain dans la plaie hypogastrique.

26 octobre : Lavage vésical ; bon état général.

28 octobre : 37°8 ; 38°2. Malade très satisfait du résultat ; dort bien et ne souffre plus.

30 octobre : 37°2.

15 octobre 1893 : M. Gangolphe remet la note suivante, après avoir revu le malade : « Le malade est dans une situation excellente. Le 4 novembre 1892, je supprimais la sonde à demeure hypogastrique ; la fistule se rétrécit peu à peu ; je fis alors porter au malade l'appareil que j'ai présenté à la Société de médecine et au Congrès de chirurgie 1893. Il a pu faire ainsi 20 kilomètres à pied, sans souffrir et sans se souiller, et cela dès la première semaine. Bref, il a repris son travail de forgeron. Revu à diverses reprises, il a toujours manifesté la plus grande satisfaction d'être ainsi débarrassé de toute gêne dans la miction. Ce malade intelligent fait lui-même, chaque jour, des lavages vésicaux. Je suis persuadé qu'il arrivera ainsi à maintenir l'excellent résultat que lui a procuré la cystostomie. »

Juillet 1897 : Cette heureuse prévision s'est réalisée ; nous avons revu le malade et voici son état : l'état général est parfait ; cet homme exerce son métier de forgeron aussi bien et mieux qu'avant l'opération. Il se félicite hautement du bienfait que lui a procuré la cystostomie.

Localement, le méat hypogastrique est punctiforme, placé sur une sorte de mamelon, saillant de quelques millimètres au-dessus du niveau de la peau ; il est situé à 2 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Le canal qui lui fait suite est légèrement oblique en bas et en arrière : sa longueur est de 4 centimètres : son calibre admet une bougie n° 14. Le malade a d'ailleurs l'habitude d'y passer une sonde n° 12, tous les huit jours, pour empêcher sa fermeture ; car il a peur de retomber dans l'état où il se trouvait avant l'opération. On y constate deux ressauts dans son intérieur, l'un au niveau du méat hypogastrique, l'autre à 4 centimètres de profondeur. Quand on prend la peau de la région entre les doigts, on sent un cordon manifeste qui part du méat hypogastrique, se dirige en arrière et en bas et disparaît derrière la symphyse : c'est le nouveau canal.

Ce malade peut garder ses urines assez facilement pendant trois à cinq heures, dit-il ; mais ordinairement, il urine toutes les heures et la miction se fait surtout par le néo-canal. Le jet est projeté à 30 ou 40 centimètres et suffisamment loin pour ne pas souiller les vêtements. Dans l'intervalle des mictions, il y a un léger suintement par le méat hypogastrique, mais si léger que le malade ne porte aucun appareil, ne met même pas un linge devant l'orifice pour venir nous voir et cependant son pantalon est propre.

La prostate est toujours énorme et très dure. Depuis plus de cinq ans, époque de l'opération, cet homme n'a jamais eu d'accidents urinaires. Il préfère, sans aucune contestation, sa situation actuelle à la position dans laquelle il se trouvait avant l'intervention. Il dit avec fermeté qu'il ne veut pas qu'on lui ferme son méat hypogastrique, le regardant, avec juste raison, comme une sauvegarde contre des accidents qu'il connaît. Le souvenir de ses nuits agitées par les envies fréquentes d'uriner, des douleurs antérieures à l'opération qu'on avait jugé à propos de différer pendant quinze jours, lui fait exprimer une reconnaissante satisfaction pour l'opérateur et l'opération qui l'ont débarrassé à jamais d'une récidive.

Ces malades utilisent surtout la voie hypogastrique. L'urèthre est bien perméable, mais cette voie est souvent obs-

truée et ne joue qu'un rôle secondaire dans l'évacuation des urines. Les mictions sont plutôt hypogastriques, tandis que, dans la catégorie signalée immédiatement avant, les mictions étaient plutôt uréthrales.

*c.* Nous arrivons à notre dernière classe de malades continents ; nous voulons parler de ceux qui ne recouvrent pas la miction uréthrale. Sans doute, parmi eux, on en trouvera qui ont parfois des velléités de miction par la verge ; mais

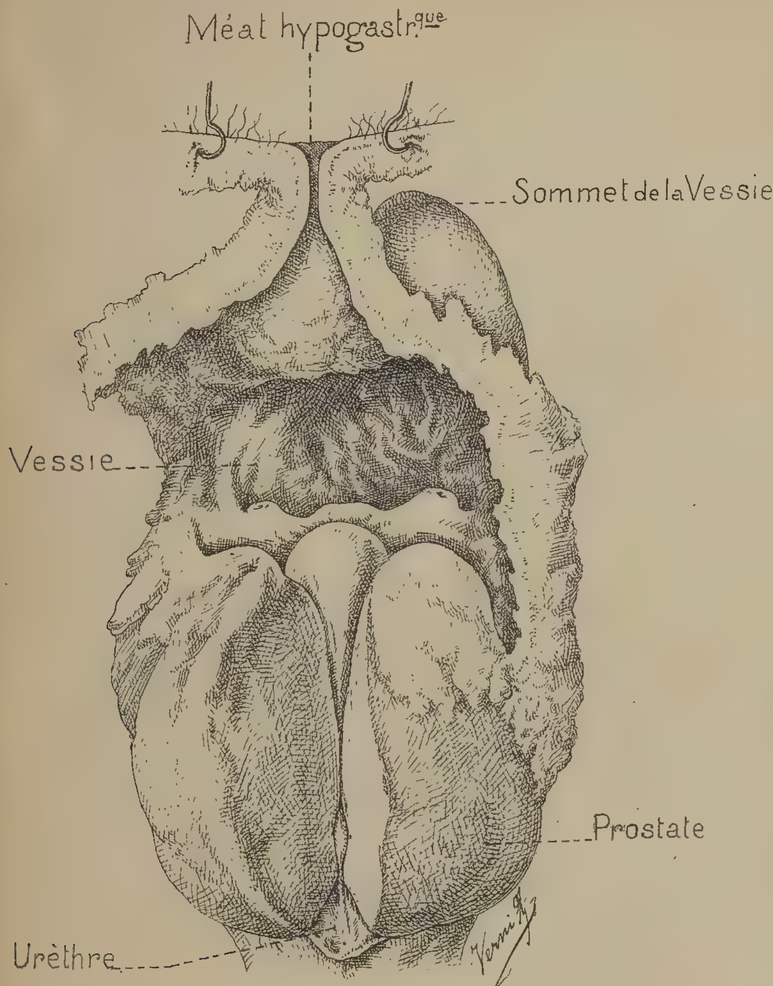



Fig. 2. — L'urèthre a été incisé sur sa face antérieure, ainsi que la vessie jusqu'à l'orifice vésical de l'urèthre hypogastrique, qu'on a érigné en haut. On voit donc la face postérieure de la vessie et celle de l'urèthre flanquée des lobes latéraux et moyen de la prostate très hypertrophiée.

le fait est tellement exceptionnel chez eux, qu'il mérite seulement d'être signalé. Ces cystostomisés gardent leurs urines et, quand la miction se produit, les urines s'écoulent en totalité par voie hypogastrique. Nous possédons six observations de ce genre.

Mais, au point de vue fonctionnel, il est nécessaire de faire une distinction capitale et fort importante. Certains de ces continents urinent spontanément par le méat anormal, absolument comme le fait un homme sain par l'urèthre normal, sans le secours d'aucune sonde; c'est là l'idéal, mais nous ajouterons qu'il est rarement atteint. L'observation II est absolument typique, fort instructive et si belle qu'on aurait peine à l'admettre, si elle n'avait pas été contrôlée soigneusement. Cet homme, pendant plus de trois ans, affirmait qu'il gardait ses urines trois ou quatre heures ; il urinait, quand il en éprouvait le besoin, par son méat hypogastrique, aucune goutte ne s'échappait par la verge. Dans l'intervalle des mictions, il n'y avait pas d'incontinence, si petite fût-elle ; le jet était fort, projeté à un mètre environ ; les vêtements n'étaient jamais souillés. L'état général excellent permettait les travaux les plus pénibles. Cet homme est malheureusement mort d'affection tuberculeuse de la

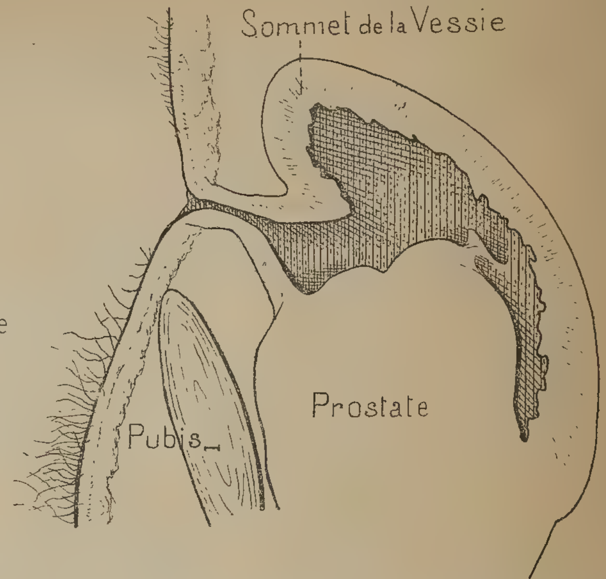



Fig. 3. — Appartenant au même malade (Obs. II), représente une coupe schématique verticale et antéro-postérieure de la vessie et de la prostate. La coupe de la prostate passe un peu en dehors de l'urèthre, afin de montrer le volume énorme de la prostate, dont le bord supérieur affleure l'extrémité supérieure des pubis. On voit nettement la forme et la direction de l'urèthre contre nature.

colonne et des poumons : son appareil urinaire était sain, mais la prostate présentait un volume énorme, comme une grosse orange. Cette constatation fait comprendre l'impossibilité du retour de la miction par l'urèthre (voir fig. 2 et 3). *(A suivre.)*

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Moyens de nettoyer la peau tachée par l'acide picrique.

Le seul inconvénient qu'on puisse reprocher au traitement des brûlures par l'acide picrique est celui de teindre en jaune les doigts du chirurgien d'une manière persistante. Or, en faisant dissoudre d'abord l'acide picrique dans l'alcool et en l'étendant d'eau ensuite, le pouvoir colorant est beaucoup moindre et, de plus, la coloration de la peau disparaît avec un simple savonnage.

Voici donc la formule à employer :

| | |
|---|---|
| Acide picrique pulvérisé . . . | 5 grammes. |
| Alcool . . . . . . . . . . | 50 — |

Faire dissoudre et puis ajouter :

| | |
|---|---|
| Eau distillée et bouillie. . . | 1000 grammes. |

Lorsqu'il s'agit de grandes quantités de solution, il n'est pas même nécessaire d'ajouter la quantité d'alcool pour produire la dissolution de l'acide picrique, mais ce dernier peut rester pendant quelque temps dans une petite quantité d'alcool, sans qu'il soit dissous, et puis on verse le tout dans la quantité d'eau correspondante. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mars 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### LECTURE

**Traitement chirurgical de la paralysie faciale.** — M. Faure lit un travail sur le traitement chirurgical de la paralysie faciale par traumatisme intra-rocheux : l'anastomose du facial et de la branche trapézienne du spinal. (Sera publié.)

### ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la deuxième division.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 78, majorité 40, M. Folet obtient 43 suffrages; M. Poncet (de Cluny) 15; M. Heydenreich 14; M. Hache 4; M. Auffret 2 et 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Folet (de Lille) est proclamé élu.

Au deuxième tour, M. Hache obtient 45 suffrages, M. Poncet 17, M. Heydenreich 10, M. Auffret 1 et M. Crivelli 1.

En conséquence, M. Hache est proclamé élu.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE VÉSICATOIRE

M. Huchard s'excuse de revenir sur cette question du vésicatoire. Mais il ne peut laisser sans réponse les argumentations de MM. Panas, Ferrand et Robin. Il se déclare tout d'abord partisan convaincu de la révulsion mais, pour lui, la révulsion n'est pas contenue tout entière dans le vésicatoire.

En disant dans sa première communication que les ophtalmologistes avaient abandonné le vésicatoire et le séton, M. Huchard s'était inspiré de leurs écrits les plus récents, dans lesquels il n'est pas dit un mot, ni du séton, ni du vésicatoire. Pourquoi ce silence si réellement le vésicatoire tout au moins fait encore partie de l'arsenal thérapeutique de l'ophtalmologiste? Or, il y a quarante ou cinquante ans les écrits de Velpeau, Sichel, Desmarres, Gosselin parlaient beaucoup de l'emploi du vésicatoire et du cautère dans les maladies oculaires, voire même dans l'ophtalmie purulente. C'était l'*ultima ratio* de cette vieille thérapeutique.

M. Huchard ne revient pas sur la phagocytose favorisée par le vésicatoire, ni sur son action ventilatrice.

Il relève, en passant, l'observation de cette malade qui a eu 122 vésicatoires en huit ans, sans présenter d'accidents. Mais si c'est là un exemple de l'innocuité du vésicatoire, ce n'en est pas un de son efficacité, puisque, après huit ans de ce traitement, la malade n'est pas encore guérie.

Au reste, M. Huchard rappelle avoir cité lui-même des exemples analogues, en rappelant les observations publiées par M. Parisot sur le traitement de la syphilis par les vésicatoires à hautes doses. Il ne prétend pas, d'ailleurs, que les vésicatoires soient toujours nuisibles, mais il tient à montrer cependant qu'ils peuvent l'être et M. Huchard s'applique à démontrer les dangers de l'action de la cantharide dans la néphrite interstitielle et il analyse ici une thèse de Mlle Niliska sur le traitement des néphrites par la cantharide.

Dans trois observations citées par cette jeune doctoresse, nous voyons dans la première la cantharidine être administrée d'abord chez une albuminurique n'ayant plus d'albumine. Sous cette influence, l'albumine réapparaît. Dans les deux autres observations, il s'agissait de deux sujets artério-scléreux ou saturnins. Sous l'influence de I, II gouttes de teinture de cantharide, des accidents graves survinrent et l'albuminurie augmenta.

On voit donc que chez des artério-scléreux, chez les sujets à reins peu perméables, la moindre quantité de cantharidine est toxique. Or, comme il est difficile de savoir si le rein d'un malade est perméable, on comprend facilement que l'application systématique du vésicatoire constitue un grand et réel danger.

M. Ferrand, parlant du cantharidate de soude ou de potasse, rappelle les expériences de nombreux auteurs qui sont favorables. M. Huchard pourrait lui en opposer tout autant qui sont, au contraire, convaincus du danger du cantharidate de soude et, parmi ceux-ci, il en est même que M. Ferrand cite comme étant favorables et qui sont, au contraire, fort opposés à la vésication par la cantharide.

C'est le cas de répéter ici, avec Sydenham, que souvent les symptômes observés sont moins l'effet du mal que celui du remède.

Reprenant les arguments des vésicatoriens eux-mêmes, M. Huchard fait observer que la façon dont on applique aujourd'hui les vésicatoires, en ne les laissant que trois à six heures, en interposant un papier huilé entre la peau et l'emplâtre vésicant, n'a plus rien de commun avec le vrai vésicatoire, tel qu'il est décrit par Mérat et Delens. C'est aujourd'hui un vésicatoire qui ne vésique plus. On garde le mot, mais on supprime la chose. C'est un vésicatoire fruste ou un vésicatoire microscopique dont on se sert aujourd'hui.

Après cette réponse à M. Ferrand, M. Huchard répond à M. Robin.

Il lui objecte qu'il a toujours professé lui-même qu'il est indispensable dans toutes les maladies de solubiliser les produits toxiques organiques, de les oxyder, de les éliminer au moyen des urines, du foie, des reins. En même temps, il recommande de protéger la peau, de la stimuler, d'augmenter son fonctionnement.

« Or, je ne sache pas, ajoute M. Huchard, que le vésicatoire laisse la peau intacte. Il congestionne le poumon, diminue la diurèse, ce n'est certes pas ce que demande M. Robin. »

M. Huchard fait ensuite connaître les cas de morts par vésicatoire, depuis Ambroise Paré jusqu'à nos jours, et, tout récemment, des observations publiées par M. Comby.

N'y a-t-il pas, dit-il, dans cette fureur vésicante du grand public un véritable danger? N'y a-t-il pas lieu d'insister sur la contre-indication fournie par la néphrite interstitielle, cette maladie latente, si souvent méconnue? Il est entendu que le vrai vésicatoire n'existe plus entre les mains des médecins, mais il existe encore, et sans conteste, entre les mains des malades. Or M. Huchard ne voit qu'un moyen de supprimer les accidents et les dangers auxquels s'exposent ces malades, c'est de supprimer le vésicatoire lui-même.

M. Huchard ne l'emploie plus jamais depuis quinze ans; mais s'il est le seul, jusqu'ici, à combattre le vésicatoire à l'Académie, il n'est pas le seul à l'avoir abandonné dans la pratique. Ses collègues des hôpitaux, MM. Comby, Le Gendre, Mathieu, Combemasle (de Lille), Landouzy ont formellement déclaré qu'ils avaient complètement abandonné ce mode de révulsion.

M. Huchard ne veut pas insister davantage et après avoir eu les vésicatoires oxydant, stimulant, ventilateur, phagocytaire, analgésique, il ne voudrait pas infliger à l'Académie un vésicatoire hypnotique.

### PRÉSENTATION D'APPAREIL

**Radientomètre.** — M. Gariel présente, au nom de M. Mergier, un appareil appelé le Radientomètre par son auteur, destiné à déterminer la position exacte des corps étrangers dans l'organisme, à l'aide de deux radiographies. L'auteur a surtout recherché la simplicité dans l'application et dans la construction de cet appareil.

Le même principe appliqué à la radioscopie permet de reconnaître la position du corps étranger en quelques minutes.

L'appareil est accompagné d'un châssis spécial de M. Radiguet, qui permet de changer les plaques photographiques sous le malade sans déplacer celui-ci. Le même châssis per-

met de substituer l'écran fluorescent aux plaques photographiques.

Des épreuves radiographiques destinées à montrer une application du radientomètre accompagnent la présentation de l'appareil.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 février 1898. — Présidence de M. BERGER.

### LECTURE

**Abcès du foie.** — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une note de M. Fontan (de Toulon) sur ce sujet. M. Fontan, en vingt ans, a eu occasion d'opérer cinquante cas d'abcès du foie. Il donne, en détails, la technique du traitement chirurgical auquel il a toujours eu recours et qui consiste dans l'ouverture large, soit par la voie transpleurale après la suture pleuro-pleurale, soit par la voie abdominale après une suture hépato-péritonéale, après une large laparotomie et le curetage de la poche. Pour le premier cas, le lieu d'élection est au niveau de la neuvième côte. M. Fontan distingue les différents cas qui peuvent se présenter et fait connaître exactement les divers procédés applicables à chacun d'eux.

### RAPPORTS

**De l'arthrotomie dans les luxations de l'épaule.** — M. NÉLATON fait un rapport sur une observation adressée par M. Delagenière (de Tours). Il s'agit d'un charretier qui, étant tombé entre la roue de sa voiture et celle-ci, s'était fait une luxation sous-coracoïdienne compliquée de fracture de l'épine de l'omoplate. Cet homme fut soigné à la campagne et il n'arriva que trois mois et demi après dans le service de M. Delagenière qui trouva la fracture et la luxation non réduites. Il fit une incision postérieure et fit tous ses efforts pour remonter à sa place l'acromion qui était descendu au-devant de l'apophyse coracoïde. Il n'y put parvenir. Il fit alors une incision en avant et trouva la cavité glénoïde comblée par des débris et des épaississements capsulaires. Il cureta cette cavité et put alors rentrer la tête de l'humérus dans sa cavité glénoïde et suturer les deux fragments de l'épine de l'omoplate. La capsule fut suturée également et le malade fut guéri de l'opération après vingt-cinq jours. Les mouvements de l'épaule n'étaient pas très étendus, il restait des douleurs et des fourmillements dans le bras. En somme, le résultat ne fut pas parfait.

M. Nélaton fait suivre cette observation de réflexions sur les luxations irréductibles de l'épaule. Il admet trois variétés de luxations irréductibles : 1° les luxations primitivement irréductibles, qui relèvent sans conteste de l'arthrotomie ; 2° les luxations plus anciennes comprenant deux sous-variétés : *a.* les luxations datant de six semaines ; *b.* les luxations datant de plusieurs mois ou de plusieurs années ; dans cette dernière variété il n'y a plus de capsule, c'est donc la résection qui s'impose telle que nous l'a montrée M. Lucas-Championnière. Mais autant M. Nélaton est partisan des interventions précoces dans les luxations irréductibles récentes ou peu anciennes, autant, quand il ne reste plus que la résection comme dernière ressource, M. Nélaton hésite en se demandant si l'abstention n'est pas préférable. On voit, en effet, beaucoup de malades appartenant à cette troisième variété qui finissent par recouvrer des mouvements assez étendus sans aucune intervention chirurgicale. Quoi qu'il en soit, dans le cas de M. Delagenière, si M. Nélaton avait cru devoir intervenir, c'est par la résection et non par l'arthrotomie qu'il serait intervenu.

**Lithiase biliaire.** — M. HARTMANN fait un rapport sur des travaux adressés par MM. Loison et Mignot et ayant trait à la même question, la lithiase biliaire. Dans l'observation de M. Loison, M. Hartmann relève ce point spécial que l'examen bactériologique du centre du calcul y a montré la présence de streptocoques. M. Galippe avait déjà attiré l'attention sur la présence de microbes dans le centre des calculs salivaires. M. Loison ne va pas jusqu'à conclure que les streptocoques étaient, dans son cas, la cause de la formation du calcul. M. Mignot avait cependant déjà parlé de l'origine infectieuse des calculs biliaires. M. Hartmann rapporte plusieurs cas de M. Terrier dans lesquels la présence de microbes est presque constante au centre des calculs. Des expériences ont été faites, d'ailleurs, sur les animaux et elles ont montré qu'on pouvait chez eux déterminer la formation de calculs expérimentaux. Le microbe employé pour ces expériences a été le coli-bacille. En atténuant, d'une part, la virulence du coli-bacille et en amenant l'inertie de la vésicule biliaire, on arrive à la formation de ces calculs. Ces expériences démontrent donc bien l'origine infectieuse de la lithiase biliaire.

### COMMUNICATION

**Délire psychique post-opératoire.** — M. PICQUÉ fait une importante communication sur ce sujet. Il cite plusieurs faits de manie aiguë survenue après une ovariotomie. Ces faits, étudiés plutôt par les psychologues que par les médecins, semblent surtout avoir pour but d'aggraver la responsabilité de l'acte opératoire. De l'étude de ces faits, à laquelle s'est livré M. Picqué dans les divers asiles d'aliénés dont il est le chirurgien, il résulte que ces psychoses post-opératoires, surtout après les opérations gynécologiques, méritent de fixer l'attention et permettent de poser des indications et des contre-indications opératoires. Mais il en résulte aussi que beaucoup d'auteurs ont singulièrement exagéré l'influence de l'acte opératoire sur la production de ces délires survenant après une opération quelconque.

M. BROCA fait observer que M. Picqué, au cours de sa communication, a parlé de ces états psychiques post-opératoires chez les enfants. Or M. Broca, qui a opéré un nombre considérable d'enfants, déclare n'avoir jamais constaté ce fait. Quant aux adultes, il se rappelle une malade qu'il a opérée de deux kystes ovariques et d'un fibrome utérin et qui, après l'opération, est tombée dans une sorte de coma, puis a eu ensuite un délire grave, un délire systématisé de persécution, avec des rémissions et des crises plus aiguës. Cette malade est morte absolument folle. Elle avait eu de grands ennuis moraux, mais il n'y avait aucun antécédent dans sa famille et elle n'avait jamais présenté aucune prédisposition à ces accidents avant l'opération.

### PRÉSENTATIONS DE MALADES

**Arthrite tuberculeuse.** — M. SCHWARTZ présente une malade qui était atteinte d'une arthrite tibio-tarsienne tuberculeuse très grave et qui a été très améliorée par de larges incisions ayant permis le grattage de toutes les parties atteintes.

**Arthrectomies.** — M. RICHELOT présente deux malades : l'une est une jeune fille qui était tombée d'un cinquième étage et qui s'était fait une fracture du sacrum et de telles lésions dans l'articulation tibio-tarsienne qu'il a fallu faire une tarsectomie très étendue.

La seconde malade est une jeune fille de quinze ans qui, par suite d'une paralysie infantile, avait les deux genoux en flexion complète. Elle a subi une double résection des deux genoux et ses jambes, bien redressées, lui permettent la marche.

**Cholécystostomie par la voie lombaire.** — M. LEJARS présente une malade chez laquelle, par suite d'une erreur de diagnostic, il a été conduit à faire une cholécystostomie lombaire. Croyant avoir affaire à un abcès néphrétique, il fit une ouverture lombaire et fut ainsi conduit jusqu'à la vésicule biliaire, qui était énorme. Il put l'attirer près de la plaie lombaire, la sutura à la peau et l'ouvrit. Elle ne contenait pas de calculs, mais du pus en grande quantité. Il en résulte que cette malade porte maintenant une fistule biliaire dans la région lombaire. Il est très évident qu'il s'agit là d'une voie de nécessité et non de choix.

M. TUFFIER rapproche ce fait de ceux où, inversement, il a été conduit, par suite d'erreur de diagnostic, à faire des néphrectomies par la voie abdominale.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES

**Adéno-sarcome du sein.** — M. ANGER présente un énorme adéno-sarcome du sein, du poids de 7 kilogrammes, qui s'était développé très fortement sans aucune adénopathie axillaire.

M. QUÉNU cite un cas analogue chez une femme de quatre-vingts ans qui portait une tumeur semblable depuis trente ans, sans adénopathie axillaire, mais donnant lieu à de nombreuses hémorragies séreuses qui ont épuisé la malade et contribué à sa mort.

M. ROUTIER cite également un fait analogue.

**Cancer du rectum.** — M. QUÉNU présente deux pièces anatomiques, qui sont des carcinomes du rectum, qu'il a enlevés par la voie périnéale, suivant son procédé : anus iliaque trois semaines avant l'opération, désinfection du rectum avec l'eau oxygénée, résection du rectum, réfection d'un anus, etc.

La séance est levée.

---

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Le jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 17 mars prochain, est provisoirement composé de MM. Le Dentu, Walther, Reynier, Richelot, Lannelongue, Reclus et Balzer.

Les candidats inscrits, au nombre de 23, sont MM. Auvray, Banzet, Benoît, Bouglé, Brodier, Cazin, Chipault, Clado, Delbet, Genouville, Glantenay, Jayle, Launay, Longuet, Mayet, Mignot, Michon, Morestin, Péraire, Reblaud, Reymond, Riche et Souligoux.

— Des médailles d'honneur et une mention honorable ont été décernées aux personnes ci-après désignées :

*Médaille d'or de deuxième classe* : Mme Lecomte, en religion sœur Isidore, supérieure de l'hospice de Villeneuve-sur-Lot ; 1848-1898, cinquante ans de services dévoués : s'est exceptionnellement distinguée dans plusieurs circonstances par son dévouement et son abnégation.

*Médaille d'argent de première classe* : Mme Routaboul, en religion sœur Victorine, supérieure de l'hospice de Mirande ; 1849-1898, quarante-neuf ans de services : a toujours fait preuve d'une rare abnégation et du plus grand dévouement.

*Médaille d'argent de deuxième classe* : M. le docteur Vendrand, médecin à la maison de retraite de Villers-Cotterets ; 8 octobre 1896, a couru de sérieux dangers, en sauvant un enfant qui se noyait.

*Mention honorable* : MM. Cugulière, étudiant en médecine, à Toulouse ; 16 décembre 1897, s'est signalé et a été blessé en prodiguant ses soins aux victimes d'un accident de chemin de fer.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 janvier 1898, ont été nommés :

*A l'emploi de médecin stagiaire des colonies.* — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Margain, Perrot, Pélofi, Abadie-Bayro, Le Groignec, Lemasle, Guillemet, Maille, Brouillard, Imbert, Briand, Grandmaire, Colin, Cadet, Letonturier, Petit, Le Corre, Joly, Gaimard, Savignac, Fargier, Pujol, Delaune, Dardenne, Westermann, Sautarel, Thomas-Derevoge, Damond et Brisemur.

— Liste de départ pour les colonies, au 1er mars 1898, de MM. les médecins principaux et de MM. les médecins de première et de deuxième classe du service des troupes de la marine, dont les noms suivent :

*Médecins principaux* : 1 MM. Cauvet, 2 Trabaud, 3 Thémoin, 4 Négadelle, 5 Alix (P.-M.), 6 Prat, 7 Curet, 8 Alix (L.).

*Médecins de première classe* : 1 MM. Castellan (H.), 2 Branellec, 3 Reboul, 4 Fortoul, 5 Arami.

*Médecins de deuxième classe* : 1 MM. Ruelle, 2 Roudié, 3 Parin, 4 Pourtal, 5 Mesny, 6 Mailliu.

— La permutation de port concertée entre MM. les médecins de première classe Grognier, du port de Lorient, actuellement sur l'*Indomptable* (escadre de la Méditerranée), et Rousseau, du port de Toulon, en ce moment sur le *Valmy* (escadre du Nord), est autorisée.

— *Laboratoire de pharmacologie et matière médicale (Étude du droguier).* — Le laboratoire de pharmacologie et matière médicale est ouvert à MM. les étudiants de troisième et quatrième années, pour l'étude du droguier.

MM. les étudiants doivent se faire inscrire au laboratoire, pour ces travaux pratiques et les interrogations, tous les jours, de une heure à trois heures, sur la présentation de leur feuille d'inscriptions : ils seront mis en série, et une convocation spéciale leur sera adressée pour indiquer le jour où ils seront admis à ces travaux.

— *Cours de physique biologique.* — M. le professeur Gariel commencera son cours le samedi 5 mars 1898, à cinq heures (amphithéâtre de physique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Applications de la méthode graphique aux sciences biologiques. — Notions de mécanique animale. — Chaleur ; ses applications à la physiologie et à la médecine.

Ce cours est destiné aux élèves de première et de deuxième années.

— *Cours d'histoire naturelle médicale.* — M. le professeur R. Blanchard commencera son cours le lundi 7 mars 1898, à trois heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

*Objets du cours* : Principaux parasites de l'homme et maladies qu'ils déterminent.

— *Conférences de chimie biologique.* — M. Chassevant, agrégé, commencera ses conférences le lundi 7 mars 1898, à quatre heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Conférences de pathologie externe.* — M. Walther, agrégé, commencera ses conférences le mardi 8 mars 1898, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Cours complémentaire d'accouchements.* — M. Varnier, agrégé, commencera son cours le mardi 8 mars 1896, à six heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Grancher commencera le cours clinique des maladies infantiles le samedi 12 mars 1898, à quatre heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure. Les cours complémentaires continueront comme pour le semestre d'hiver.

---

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 27. — SAMEDI 5 MARS 1898. 71e ANNÉE. SAMED 5 MARS 1898. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**





## REVUE GÉNÉRALE

### De la splénectomie.

Par M. le docteur J. VANVERTS,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

La splénectomie, appelée parfois et à tort « splénotomie », est l'ablation totale ou partielle de la rate.

I

HISTORIQUE. — Négligeant les cas trop douteux d'ablation de rate, qu'auraient pratiquée d'anciens chirurgiens dans le but de guérir l'hypocondrie ou de débarrasser l'organisme d'un viscère inutile et nuisible, nous rappellerons que c'est probablement Viard qui, le premier, en 1581, enleva une rate herniée à la suite d'une plaie de l'abdomen.

Pendant plusieurs siècles, la splénectomie, totale ou partielle, fut réservée à des cas analogues, c'est-à-dire à des cas de hernie traumatique de la rate.

L'organe ainsi prolabé se trouvant voué à une élimination certaine par sphacèle, il était tout indiqué de hâter sa disparition, soit en supprimant simplement sa portion herniée, soit en essayant de l'enlever en totalité. Il ne s'agissait là, en somme, que d'une opération peu importante, surtout quand on ne l'exécutait que quelques jours après le moment de production de l'accident, à cette époque où les adhérences spléno-pariétales avaient fait de la rate un organe extra-abdominal.

On s'explique ainsi le grand nombre des guérisons qui, comme nous le verrons, se traduisent par le nombre des observations; mais on ne peut s'empêcher de penser avec Gilson, que peut-être il y a eu des chirurgiens moins heureux et moins loyaux, dont les opérations sont restées inconnues.

C'est Quittemhaum, le premier, qui, en 1835, osa tenter l'extirpation d'une tumeur splénique. Depuis cette époque, les cas de splénectomie pour hypertrophie de la rate se sont rapidement multipliés et ont été l'objet de nombreux travaux et de fréquentes discussions au sein des diverses Sociétés savantes. Longtemps la rate fut considérée comme un organe qui devait être respecté, soit qu'on redoutât les conséquences de la suppression d'un viscère utile à la vie, soit qu'on se basât sur l'extrême gravité de son ablation. Et, en effet, les résultats donnés par la splénectomie furent longtemps très mauvais.

Peu à peu, grâce au perfectionnement des méthodes opératoires et à la sauvegarde donnée par la pratique rigoureuse de l'antisepsie et de l'asepsie, le pronostic de cette opération s'améliora. On put donc en discuter les indications et les contre-indications. Tandis que certains chirurgiens prononçaient contre elle un réquisitoire sévère, d'autres considérèrent ce jugement comme trop absolu. La splénectomie, opération condamnée, puis acceptée dans certains cas rares et désespérés, fut bientôt conseillée comme mode de traitement de choix de certaines lésions spléniques. Et ainsi l'histoire de cette opération se trouve avoir passé par toutes les phases qu'ont traversées la plupart des interventions radicales.

Il nous est impossible de rappeler ici les nombreux travaux qui ont paru sur ce sujet. Nous nous contenterons de citer les principaux auteurs qui ont surtout contribué à éclairer cette question difficile, soit par leurs travaux, soit par leurs interventions. En France : Blum (1), Casanova et Poulet (2), Chaintre (3), Hartmann (4), Heydenreich (5), Kœberlé (6), Lieffring (7), Magdelaine (8), Olgiati (9), Péan (10),

(1) BLUM. Extirpation de la rate, revue critique, *Arch. gén. de méd.*, 1883, t. I, p. 725.

(2) CASANOVA et POULET. Contribution à l'histoire et à la thérapeutique des kystes hydatiques de la rate, *Rev. de chir.*, 1888, p. 206.

(3) CHAINTRE. Kyste hydatique de la rate, *Rev. de chir.*, 1890, p. 811.

(4) HARTMANN. De la splénectomie pour kyste hydatique, *Congr. franç. de chir.*, oct. 1897. — Hypertrophie paludéenne de la rate, section du pédicule, splénectomie, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1894, p. 318. — Note sur quatre cas de rate mobile, *Congr. de chir.*, Paris 1895, p. 490.

(5) HEYDENREICH. De la splénectomie, *Semaine méd.*, 1887, p. 49. — De la splénopexie, *Semaine méd.*, 1896, p. 72.

(6) KŒBERLÉ. Vaste kyste hydatique de la rate, splénectomie, mort, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1874, p. 162 et 222. — Splénectomie pour rate paludéenne hypertrophiée, mort, *Idem*, 1884, p. 86.

(7) LIEFFRING. *De l'ectopie de la rate*, Th. de Paris, 1896.

(8) MAGDELAINE. *Les kystes séreux et acéphalocystiques de la rate*, Th. de Paris, 1868.

(9) OLGIATI. *Des indications de la splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate*, Th. de Paris, 1895-96.

(10) PÉAN. *Ovariotomie et splénectomie*, Paris 1869. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*, Paris 1880.

Quénu (1), Richelot (2), Terrier (3), Terrillon (4) ; à l'étranger : Adelmann (5), Bergmann (6), Billroth (7), Ceci (8), Czerny (9), Dandolo (10), Douglas (11), Hahn (12), Jonnesco (13), Bland Sutton (14), Thiele (15), Tricomi (16), Trinhler (17), Warbasse (18), Sp. Wells (19), Wright (20), etc. (21).

II

Des troubles déterminés par l'ablation de la rate. — Avant de rechercher dans quelles conditions l'ablation de la rate doit être pratiquée, nous devons nous demander si l'on a le droit de l'entreprendre. Quels sont donc les phénomènes qui succèdent à cette intervention?

Pour répondre à cette question, il fallait, afin de se mettre à l'abri de l'erreur, constater les troubles consécutifs à l'ablation de la rate saine. Ce fait ne s'étant présenté qu'exceptionnellement chez l'homme, à l'occasion de l'extirpation de rates blessées, c'est à l'expérimentation qu'on a dû recourir.

Nombreux ont été les méfaits dont on a accusé la splénectomie, mais bien peu nombreux sont ceux que nous devons retenir comme réels.

Il est fréquent, mais non constant, que l'ablation de la rate soit suivie de troubles dans la composition du sang : diminution du nombre des globules rouges, augmentation de celui des globules blancs, modifications dans la forme et la qualité de ces globules blancs (1).

Fréquente aussi, mais souvent absente, est l'hypertrophie ganglionnaire, consécutive à la splénectomie. Nous nous contenterons de rappeler à ce sujet que, pour certains auteurs, c'est aux ganglions que serait dévolu le rôle de remplacer la rate dans l'hématopoïèse.

Quant aux troubles qu'on a décrits comme post-splénectomiques, troubles du fonctionnement du corps thyroïde (Zesas, Zanda), arrêt de la croissance de l'individu, troubles génitaux (Lancereaux), troubles digestifs (Schiff, Herzen), il est certain qu'aucun d'entre eux ne doit être retenu. Pour ce qui concerne l'influence de la splénectomie sur la marche des infections (Bardach, Soudakewitch, Tizzoni et Cattani, Montuori, Courmont et Duffau) et sur la toxicité urinaire (Jonnesco), il est aussi probable qu'elle est bien peu considérable, si elle existe vraiment. A ces deux derniers points de vue, de nouvelles recherches sont utiles, pour qu'on puisse se prononcer sur eux.

En somme, on peut dire qu'en dehors de quelques modifications dans la composition du sang, modifications inconstantes et toujours passagères, l'ablation de la rate qu'elle soit (Mayer, Philipeaux, Tizzoni, Eternod, Landenbach), ou non (Peyraire, Legros, Masoin, Cecchini), suivie de sa reproduction, ne semble pas retentir d'une façon fâcheuse sur l'organisme et se trouve, de ce fait, constituer une intervention permise.

Il nous reste à établir si elle doit être tentée et dans quelles conditions on a le droit de l'entreprendre. Nous passerons donc successivement en revue les résultats qu'elle a donnés dans les diverses affections spléniques, et nous terminerons en exposant son manuel opératoire.

III

De la splénectomie dans les plaies et les ruptures de la rate. — Le pronostic des plaies et des ruptures de la rate, abandonnées à elles-mêmes ou traitées par les seuls moyens médicaux, est extrêmement sombre. Le relevé qu'en a fait Vincent aboutit à un total de 134 morts contre 6 guérisons.

De la rapidité de la mort dans la majorité des cas, il résulte qu'un grand nombre d'entre eux sont et resteront mortels. Il n'en est pas toujours ainsi, et parfois la moindre abondance de l'hémorragie, qui constitue le véritable facteur de gravité de ces lésions, permet une survie de plusieurs heures, parfois même de quelques jours.

Sur 18 cas où la splénectomie fut faite, nous notons 8 guérisons et 10 morts, soit une mortalité de 55,5 p. 100.

De l'examen des observations, il résulte que l'opération est habituellement facile. La rate, saine antérieurement, à l'exception d'un cas où il s'agissait d'une rate paludique adhérente et hypertrophiée, fut facilement extirpée après ligature de son pédicule. L'arrêt de l'écoulement sanguin fut toujours complet.

(1) Quénu. Affections chirurgicales de la rate, *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, 1re édit., t. VII, p. 187.

(2) Richelot. Extirpation d'une rate hypertrophiée et tombée dans le petit bassin, *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris 18 juin 1893. — Observations inédites.

(3) Terrier. Tumeur hypertrophique de la rate, splénectomie, mort par hémorragie, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1884, p. 508. — Rapport sur un cas d'Hartmann, *Idem*, p. 348.

(4) Terrillon. Leucocytémie splénique, splénectomie, *Leçons de clinique chirurgicale*, Paris 1889, p. 445.

(5) Adelmann. Modifications de la splénectomie depuis trente ans, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1887, t. II, p. 442.

(6) Bergmann. Kyste hydatique de la rate. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1868, p. 592. — *Arch. de Langenbeck*, 1886, p. 460. — Kyste hydatique de la rate. *Berlin. klin. Wochens.*, 1888, t. XIV, p. 1003. — *Rate paludique hypertrophiée, splénectomie*. In Thiele, th. de Berlin, 1886.

(7) Billroth. Hypertrophie de la rate. splénectomie, mort, *Wien. med. Woch.*, 1877, p. 5. — Rate leucémique, splénectomie, mort, *Idem*, 1879.

(8) Ceci. Splénectomie, *Il Policlinico* 15 août 1891, p. 403. — *Gazz. di osp.*, Milan, 1886, t. VII, p. 325.

(9) Czerny. Laparosplénectomie, *Wien. Med. Woch.*, 1879, nº 13.

(10) Dandolo. État actuel de la chirurgie de la rate. *Gazz. med. lombarda*, Milan 1893, p. 85.

(11) R. Douglas. Statistiques de la splénectomie, *Journ. Amer. Med. assoc.*, 1896, t. XXVI, p. 803.

(12) Hahn. Kyste hydatique, splénectomie, Soc. méd. de Berlin, 12 et 26 juin 1895.

(13) Th. Jonnesco. De la splénectomie, *Progrès méd.*, Paris 1897, p. 177. — Congr. intern. des Sc. méd., Moscou, août 1897.

(14) J. Bland Sutton. Trois cas heureux de splénectomie, *The Lancet*, 1895, t. II, p. 974. — De la rate flottante, *Med. Soc. of London*, 11 janvier 1897.

(15) Thiele. *De la splénectomie*, Th. de Berlin 1886.

(16) E. Tricomi. Huit splénectomies et une ligature de l'artère splénique. Congr. intern. des Sc. méd., Rome 1894. — Kyste hydatique, splénectomie, *Riforma med.*, 1896, t. II, p. 510. — Splénectomie, *Riforma med.*, 1892, t. II, p. 806.

(17) Trinhler. Kyste hydatique de la rate ; son traitement, *Rev. de chir.*, Paris 1894, p. 10.

(18) Warbasse. Quelques remarques sur l'état actuel de la chirurgie de la rate, *Ann. of Surgery*, Philad. 1894, t. XX, p. 205.

(19) Sp. Wells. Splénectomie pour kyste séro-sanguin de la rate, *Brit. med. Journ.*, 1889, II, p. 55. — Splénectomie, mort, *Med. Times*, 1866, p. 2. — *Diagnostic des tumeurs abdominales*, 1886, p. 339.

(20) Wright. De la splénectomie, *Med. Chronicle*, Manchester 1888, t. IX, p. 188.

(21) Nous renvoyons pour ce qui concerne la bibliographie détaillée de la question et pour les observations à notre thèse de doctorat (*De la splénectomie*, Paris, déc. 1897).

(1) Voir à ce sujet le travail récent d'un élève de M. Vaquez, M. E. Bordet (*Des modifications du sang après la splénectomie*, Th. de Paris, 1897).

En dehors d'un cas de mort par péritonite, tous les autres furent dus à l'état d'anémie et de schock, dans lesquels se trouvaient les blessés avant l'opération.

Nous en conclurons que la splénectomie est une opération bénigne et radicale dans les cas de plaies et de hernies de la rate.

Elle présente une sécurité que ne possèdent pas le tamponnement, la suture, la ligature, sauf pour les lésions insignifiantes. Seule la ligature des vaisseaux spléniques pourrait lui être opposée ; mais les inconvénients qu'elle présente, et sur lesquels nous aurons à revenir, ne doivent pas la lui faire préférer.

La seule contre-indication de la splénectomie sera constituée par des adhérences périspléniques nombreuses et solides. Dans ces conditions, il faudra savoir y renoncer, car elle pourrait devenir dangereuse, et se contenter de recourir aux autres procédés que nous avons signalés, et dont l'emploi sera souvent rendu difficile pour la même raison.

Nous pourrions insister, comme conséquence de l'efficacité de l'ablation des rates rompues ou blessées, sur l'utilité de la laparotomie précoce et systématique, dans tous les cas de plaie pénétrante ou de contusion abdominale ; mais c'est là un sujet trop important et trop complexe pour que nous l'entreprenions ici. Notre but a seulement été de montrer que, quand le ventre étant ouvert, on découvre une plaie ou une rupture de la rate, il faut, en général, avoir recours à la splénectomie.

IV

De la splénectomie dans les hernies de la rate. — Pratiquée 29 fois, la splénectomie, totale ou partielle, fut toujours suivie de succès.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, cette unanimité, peut-être exagérée, des succès ne doit pas étonner, même si l'on songe aux époques reculées (XVI<sup>e</sup>, XVII<sup>e</sup>, XVIII<sup>e</sup> siècles) où l'on fit cette intervention. Presque toujours, en effet, il s'agissait de rates herniées depuis plusieurs jours et fixées entre les lèvres de la plaie abdominale, qui les enserraient ou comprimaient leur pédicule et les avaient ainsi sphacélées. Leur ablation devenait, dans ces conditions, une intervention insignifiante. Elle ne pouvait infecter le péritoine, ni être le point de départ d'une hémorragie, même en l'absence de ligature préalable, puisque l'hémostase s'était faite spontanément par compression.

En agissant ainsi, on ne fait que hâter l'élimination d'un organe sphacélé, et on évite à l'organisme les frais d'une longue suppuration, inévitable si on attend l'expulsion spontanée de la rate.

C'est encore, croyons-nous, la conduite qu'il faut suivre dans les cas de hernie récente. On pourrait s'efforcer de réintégrer la rate dans l'abdomen ; mais ces tentatives échouent souvent, nécessitent le débridement de l'anneau d'étranglement formé par les lèvres de la plaie abdominale et risquent de réduire une rate infectée. La splénectomie, dont nous avons vu l'innocuité, est donc préférable.

Après ligature de la portion herniée au ras de la peau, ou plutôt après ligature du pédicule de la rate, de façon à faire une splénectomie totale, suivant l'exemple d'Harold Brown, on enlèvera la rate, et, si l'on a quelque doute sur l'état d'asepsie du pédicule, on le fixera au niveau des lèvres de la plaie abdominale et on placera à son niveau une mèche de gaze.

V

De la splénectomie dans les abcès spléniques et périspléniques. — Lorsque, après l'incision d'un abcès périsplénique, on trouve dans la poche la rate dépourvue d'adhérences et facilement énucléable, il peut être indiqué de l'enlever ; mais ce sont là des circonstances tout à fait exceptionnelles.

Rares aussi sont les cas d'abcès spléniques, dans lesquels la splénectomie doit être préférée à la simple splénotomie. La présence d'adhérences périspléniques constitue, en effet, une contre-indication pour l'intervention radicale, et les bons résultats donnés par l'incision permettent de se contenter de cette opération moins brillante, mais aussi moins dangereuse.

Ce ne sera donc qu'en présence d'une rate libre ou à peu près libre d'adhérences, qu'on sera autorisé à faire la splénectomie. Cette opération devra être conduite avec une extrême prudence, de façon à éviter la déchirure du parenchyme splénique et l'écoulement de liquide septique dans la cavité péritonéale.

Sur les 4 cas d'abcès de la rate traités par l'ablation totale, nous notons 3 guérisons et 1 mort par péritonite, due à l'inoculation de la séreuse par le liquide splénique, au moment de la section du pédicule.

VI

De la splénectomie dans les kystes de la rate. — Faite dans 18 cas de kyste, hydatique ou séro-sanguin, la splénectomie a donné 15 guérisons et 3 morts, soit une mortalité de 16,5 p. 100.

Dans les trois cas de mort existaient des adhérences considérables dont la libération prolongea l'acte opératoire et détermina une hémorragie abondante. La guérison fut obtenue dans six cas, malgré l'existence d'adhérences étendues.

Les autres méthodes employées dans le traitement des kystes de la rate sont : la ponction simple, la ponction suivie d'injection modificatrice, l'incision, l'extirpation du kyste.

La *ponction simple* n'a été suivie de guérison que dans 18 p. 100 des cas, et encore cette proportion est-elle probablement trop forte, plusieurs des malades ayant été suivis pendant trop peu de temps. On note après elle 55 p. 100 de récidives. Quant à sa gravité, elle est notable, et due à l'infection du péritoine par le manque d'asepsie dans l'acte opératoire ou au déversement dans la cavité péritonéale du liquide hydatique dont on connaît les propriétés toxiques.

Bien que plus efficace, puisqu'elle a donné trois succès dans les trois cas où elle fut pratiquée, la *ponction suivie d'injection parasiticide* présente les dangers de l'incision simple, auxquels il faut ajouter ceux qui peuvent résulter de l'intoxication par le liquide antiseptique. A ce titre, cette méthode nous semble devoir être rejetée comme la précédente.

Il n'en est pas de même de l'*incision* du kyste, qui doit se faire avec les précautions d'usage, destinées à éviter l'inoculation du péritoine. La proportion de 17 morts sur 49 cas est trop forte ; et pour bien juger la valeur de cette intervention, il ne faut retenir que les cas traités à l'aide des procédés modernes de Volkmann ou de Lindemann-Landau et sous le couvert de l'antisepsie. Nous voyons ainsi que le

taux de la mortalité, qui atteignait 50 p. 100 avant 1880, est descendu, depuis cette date, à 30 p. 100.

Malgré l'amélioration progressive des résultats donnés par l'incision simple, il est certain que cette méthode présentera toujours l'inconvénient sérieux d'une longue suppuration, qui est entretenue par la cicatrisation lente de la poche et qui, dans certains cas, peut devenir un danger en épuisant l'organisme.

L'*extirpation* du kyste, simple et facile quand la tumeur est pédiculée, constitue une véritable splénectomie partielle quand elle est sessile. L'incision du parenchyme de la rate peut devenir, dans ces conditions, le point de départ d'une hémorragie mortelle (cas de J.-D. Thomas).

De cette étude rapide, nous conclurons que, en dehors des cas de kyste pédiculé, dans lesquels l'extirpation de la tumeur se trouve naturellement indiquée, la splénectomie constitue le mode de traitement idéal des kystes de la rate, puisque ses résultats immédiats et éloignés sont supérieurs à ceux de tous les autres procédés.

Ses deux seules contre-indications résident dans le mauvais état général du sujet qui ne permet pas de tenter une opération importante, ou dans l'existence d'adhérences solides et étendues, dont la libération peut être dangereuse. C'est à l'incision simple du kyste qu'il faut alors avoir recours.

## VII

De la splénectomie dans la splénomégalie leucémique (1). — Si nous éliminons deux cas de guérison survenue après la splénectomie faite pour splénomégalie avec leucémie au début, nous constatons que, quand il s'agit de leucémie vraie (2), de leucémie à la période d'état, l'ablation de la rate, qui fut pratiquée 25 fois, donne 100 p. 100 de mortalité.

Les complications inflammatoires ont une faible part dans la pathogénie de ces morts. C'est le shock et surtout l'*hémorragie* qu'il faut presque constamment accuser.

Que cette hémorragie se produise pendant ou après l'intervention, qu'elle siège au niveau des surfaces cruentées dues à la déchirure des adhérences, au niveau de la déchirure d'un vaisseau important, due à de légères tractions, ou même au niveau des lèvres de la plaie abdominale, elle reconnaît pour cause les lésions des vaisseaux et du sang qu'on observe dans la leucémie et qui constituent une véritable diathèse hémophilique.

Nous sommes et resterons impuissants contre les causes de cette hémophilie jusqu'au jour où l'on découvrira le traitement spécifique de la leucocytémie.

En présence de ces résultats constamment mauvais et de l'impossibilité de les améliorer, nous porterons, avec la plupart des auteurs, un jugement très sévère sur la splénectomie pour splénomégalie leucémique et nous la condamnerons d'une façon absolue.

Faut-il étendre cette proscription aux cas de leucémie peu accentuée et commençante?

(1) L'ordre que nous avons établi dans l'étude de la splénectomie pour les hypertrophies chroniques de la rate, est basé sur de simples considérations cliniques. Nous avons indiqué dans notre thèse les raisons qui nous l'ont fait adopter.

(2) Nous ne donnons pas au mot « leucémie » son sens scientifique pur, sur lequel, du reste, les auteurs ne sont pas absolument d'accord. Nous voulons seulement signifier par ce mot que le nombre des globules blancs du sang est notablement augmenté.

Quatre cas de ce genre, traités par la splénectomie, ont donné deux guérisons et deux morts. L'une des malades, que nous portons comme guérie, mourut six mois après l'intervention, à la suite des progrès de la leucémie. La seconde présentait, trois ans après, des troubles hémorragiques en progression.

Nous pouvons donc assurer que même dans les cas de splénomégalie avec leucémie au début, la splénectomie ne peut être considérée comme une opération radicale, capable d'arrêter l'évolution de la leucémie.

Les observations sont encore trop peu nombreuses pour établir si les chances d'amélioration sont assez considérables pour permettre de tenter une opération dont la gravité immédiate est notable.

## VIII

De la splénectomie dans la splénomégalie paludique. — Faite dans 79 cas d'hypertrophie paludique de la rate, la splénectomie a donné 56 guérisons et 23 morts, soit une mortalité de 29 p. 100.

Si l'on supprime les cas, de moins en moins fréquents, où la mort fut due à l'infection, on constate que la mortalité vraie, imputable à la splénectomie elle-même, a progressivement diminué et qu'elle n'est plus aujourd'hui que de 15 p. 100.

Le véritable danger de cette intervention est l'hémorragie qui, analogue à celle qui se produit au cours de la splénectomie pour hypertrophie leucémique de la rate, mais beaucoup moins fréquente et moins abondante, reconnaît pour cause l'hémophilie que déterminent le paludisme chronique et la cachexie palustre. La crainte de cette complication constituera une contre-indication de la splénectomie, quand on se trouvera en présence d'adhérences périspléniques étendues, dont la libération pourrait exposer à l'hémorragie.

En dehors de ces cas, la splénectomie se trouve indiquée quand le traitement médical antipaludique, poursuivi pendant quelque temps, a été impuissant à faire disparaître les troubles notables dus à l'hypertrophie splénique.

L'ablation de la rate malarique n'a pas seulement pour résultat de supprimer un organe qui gêne par son volume; elle semble avoir, comme l'a soutenu M. Laveran, une action favorable sur l'infection paludique, peut-être en supprimant « le repaire du paludisme ». On s'explique ainsi les résultats inattendus, obtenus par la splénectomie chez de véritables cachectiques.

Faut-il aller plus loin et proposer, avec M. Jonnesco, la splénectomie comme traitement préventif de l'infection malarique? Nous ne le croyons pas. Il n'y a pas de raison pour substituer systématiquement au traitement médical, ordinairement suffisant, une thérapeutique dont l'efficacité est en somme douteuse et qui présente, par elle-même, une certaine gravité.

## IX

De la splénectomie dans les splénomégalies non leucémiques et non paludiques. — Ce groupe des splénomégalies non leucémiques et non paludiques englobe des lésions spléniques très diverses, mais qu'il est impossible de distinguer cliniquement. Nous y comprenons, en effet, les tumeurs dites congestives, les splénites chroniques, les

lymphadénies spléniques aleucémiques, typiques ou atypiques (lympho-sarcomes), les tumeurs fibreuses, l'épithélioma primitif.

Toutefois il est utile d'étudier séparément, au point de vue de leur traitement par la splénectomie, les cas où la rate est fixe et ceux où elle est mobile, car l'existence ou l'absence de la mobilité ou de l'ectopie splénique ont une importance considérable au point de vue des facilités ou des difficultés opératoires.

1° *Splénomégalie avec rate fixe.* — Sur les 40 cas que nous avons réunis, nous trouvons : 11 guérisons, 28 morts, 1 résultat inconnu, soit une mortalité de 72 p. 100.

La difficulté principale qu'on rencontre dans l'ablation de ces rates hypertrophiées et fixes, et qui constitue le véritable danger de cette intervention, c'est la libération des adhérences. L'acte opératoire se trouve de ce fait notablement prolongé, et surtout il est fréquent de voir survenir une hémorragie abondante et malaisée à arrêter.

Bien que les résultats thérapeutiques donnés par cette intervention aient été excellents dans les cas où la mort n'est pas survenue, il est certain que la crainte des complications graves que nous venons de signaler doit arrêter le chirurgien dès qu'il considère que la libération des adhérences périspléniques peut faire courir un danger réel à l'opéré. C'est dans ces cas qu'il faut savoir se contenter d'une laparotomie exploratrice, dont la gravité est peu accusée et dont le rôle thérapeutique peut être appréciable.

2° *Splénomégalie avec rate mobile.* — Sur 35 cas de splénectomie pour rate mobile, nous notons 33 guérisons et 2 morts, soit une mortalité de 5,7 p. 100. Les deux cas de mort semblent avoir été dus à des fautes évitables de technique opératoire.

La splénectomie pour splénomégalie avec rate mobile est donc une opération bénigne. Et, à ce propos, il n'est pas inutile de rappeler que la mortalité de la splénectomie pour rate paludique et mobile n'est que de 8,6 p. 100, tandis que la mortalité générale de cette opération dans la splénomégalie malarique atteint 29 p. 100.

C'est une opération facile, comme en font mention la plupart des observations, que l'ablation d'une rate dont l'hypertrophie est modérée, qui est libre d'adhérences, qui ne présente pas de liens étroits la réunissant au diaphragme et qui n'est retenue que par un mince et long pédicule.

La constance des guérisons après cette intervention est enfin à noter. Sans doute, on a vu dans un cas de sarcome splénique la récidive se produire ; mais c'est là un accident qui ne dépend pas de l'opération elle-même et qui relève de la nature de la lésion splénique.

A cette intervention simple et excellente on a opposé deux autres modes de traitement de l'ectopie splénique : la réduction de la rate et la splénopexie.

La *réduction de la rate* n'est pas toujours possible et elle nécessite le port d'une ceinture qui peut être insuffisante à son maintien. Elle peut cependant suffire à supprimer ou à atténuer les troubles douloureux.

La *splénopexie* présente le seul avantage, peu appréciable, de conserver une rate, qui peut être atteinte de lésions de nature maligne. Elle constitue une opération beaucoup plus difficile que la splénectomie et, contrairement à ce qu'on a dit, doit présenter une gravité plus grande. Aussi, bien qu'elle ait donné de bons résultats dans les rares cas où elle a été employée, considérons-nous qu'elle est toujours inférieure à la splénectomie.

## X

De la splénectomie dans la torsion du pédicule de la rate. — Sur un total de 19 cas de splénectomie pour torsion du pédicule de la rate, nous notons 8 morts et 11 guérisons, soit une mortalité de 42 p. 100.

La cause des morts a, en général, résidé dans la persistance des phénomènes péritonéaux qui existaient avant l'opération. Dans la plupart des cas, l'intervention avait été tardive. Il est probable que les résultats seront d'autant meilleurs qu'on tardera moins à opérer.

Nous ne ferons que citer, pour les rejeter aussitôt, deux méthodes de traitement qu'on a parfois préférées à la splénectomie : la *détorsion simple de la rate* qui peut être dangereuse et inefficace et expose aux récidives, la *splénopexie* dont les inconvénients sont encore plus notables que dans les cas de rate simplement mobile.

## XI

De la ligature des vaisseaux spléniques et de l'exosplénopexie. — La gravité bien connue de la splénectomie dans la leucémie, le paludisme et les cas de rate très adhérente, a amené les chirurgiens à se demander s'il ne serait pas possible d'obtenir la régression de l'hypertrophie splénique par des procédés plus simples et moins meurtriers. On a donc proposé de lier les vaisseaux spléniques ou de pratiquer l'exosplénopexie.

1° *Ligature des vaisseaux spléniques.* — Cette ligature a pour but d'amener l'atrophie de la rate par suppression de sa circulation.

Bien que théoriquement cette opération semble capable d'obtenir ce résultat, elle n'a jusqu'ici donné chez l'homme que des désastres plus ou moins complets. A sa suite, on a, en effet, toujours noté un sphacèle et une élimination consécutive de la rate par les lèvres de l'incision abdominale, et ces phénomènes ont parfois déterminé la mort.

Ajoutons que cette ligature est loin d'être toujours facile en raison de la profondeur à laquelle siège le pédicule de la rate et de l'existence des adhérences périspléniques.

Ces différentes considérations nous amènent à rejeter cette méthode de la thérapeutique des splénomégalies.

2° *Exosplénopexie.* — L'exposition de la rate au dehors, entre les lèvres de la plaie abdominale, a donné un succès à Houzel et une mort à Villar consécutivement à une hémorragie pariétale. Cette méthode est encore trop récente pour qu'on puisse la juger. Elle semble digne d'être tentée dans les cas où la splénectomie serait contre-indiquée.

## XII

Manuel opératoire de la splénectomie. — 1° *Description de l'opération dans les cas simples.* — Avec Péan et Jonnesco, nous diviserons l'opération en cinq temps.

*Premier temps. Incision de la paroi abdominale.* — Le chirurgien se place à droite du malade. L'incision sera tantôt médiane, tantôt latérale, suivant le bord externe du muscle droit. Elle devra, en somme, être faite là où elle semblera conduire plus directement sur la tumeur à enlever.

Il ne faudra pas hésiter, si l'on éprouve le besoin de se donner plus de jour, à pratiquer une seconde incision perpendiculaire à la première.

*Deuxième temps. Dégagement de la rate.* — La main, introduite dans l'abdomen, énuclée facilement la rate quand celle-ci est ectopiée et libre d'adhérences. Si elle est retenue par un pédicule court, il faut lui faire subir un mouvement de bascule qui entraîne son extrémité inférieure au dehors, puis on s'attaque à son extrémité supérieure, maintenue par le ligament phréno-splénique.

Pour éviter la déchirure de la rate et de ses vaisseaux sous l'influence des tractions énergiques que nécessite parfois son énucléation, on peut s'efforcer, suivant le conseil de Tricomi et de Spanton, de lier et de sectionner le pédicule splénique avant d'extraire cet organe de l'abdomen.

*Troisième temps. Ligature et section du pédicule.* — Cette ligature, facile dans les cas de pédicule long et étroit, est plus malaisée quand ce pédicule est court et atteint une hauteur de 25 à 30 centimètres et davantage. On ne saurait, cependant, prendre trop de soin à assurer son hémostase parfaite, avant de le sectionner. Une ligature en chaîne, à la soie, peut ne pas suffire, car la constriction serrée du pédicule est souvent impossible en raison de la résistance qu'apporte la longue insertion de ce pédicule sur la rate. Aussi est-il peut-être préférable de se débarrasser de cet organe, après avoir placé sur son pédicule une série de clamps qu'on remplace ensuite par des soies.

*Quatrième temps. Revision de la loge splénique.* — Cette revision, destinée à assurer une hémostase complète au niveau de la loge splénique et du pédicule, doit être toujours faite avec soin, surtout quand on a dû déchirer des adhérences périspléniques.

*Cinquième temps. Fermeture de la paroi abdominale.* — Ce temps ne présente, ici, rien de spécial.

2° *Difficultés et accidents.* — *Premier temps.* — Il arrive parfois que la tranche de section de la paroi abdominale saigne plus que de coutume et nécessite la pose de quelques ligatures.

*Deuxième temps.* — La présence d'adhérences étendues et résistantes constitue une source de difficultés et souvent de dangers, en raison de la prolongation de l'acte opératoire et de l'hémorragie que peut déterminer leur libération. Comme nous l'avons vu, le chirurgien doit parfois savoir renoncer à enlever la rate, si cette ablation lui semble dangereuse. Toute adhérence importante devra être pincée ou liée avant d'être sectionnée.

La déchirure de la rate, sous l'influence des manœuvres d'extraction, peut déterminer une hémorragie abondante qui ne s'arrêtera souvent qu'après la ligature du pédicule splénique.

Pour éviter la rupture des vaisseaux spléniques, on sera sobre de manœuvres au niveau du pédicule.

On a signalé enfin des cas de syncope au moment des tractions faites pour extraire la rate. La mort en fut une fois la conséquence.

*Troisième temps.* — L'absence de pédicule, dans les cas où la rate hypertrophiée a dédoublé le ligament gastro-splénique, rend la ligature des vaisseaux particulièrement malaisée.

La profondeur à laquelle siège le pédicule peut de même être une source de sérieuses difficultés.

*Quatrième temps.* — S'il existe le moindre suintement au niveau du pédicule, on enterrera celui-ci dans une ou plusieurs ligatures de sûreté. Il en sera de même au niveau de tous les points saignants de la loge splénique, qu'il sera parfois indiqué de tamponner à l'aide de mèches de gaze qu'on laissera à demeure.

---

## FONCTION DE L'URÈTHRE CONTRE NATURE

### (URÈTHRE PROSTATIQUE) CHEZ LES PROSTATIQUES ANCIENNEMENT CYSTOSTOMISÉS ; RÉSULTATS D'UNE STATISTIQUE PORTANT SUR 34 CAS [14 CONTINENTS, 13 INCONTINENTS, 7 CONTINENTS PARTIELS] (1).

Par M. Xavier DELORE,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

IV

OBS. II (th. de LAGOUTTE, complétée). — *Hypertrophie prostatique. Cystostomie sus-pubienne. Urèthre contre nature continent pendant trois ans et demi. Mort de tuberculose pulmonaire et vertébrale.* — R... (François), soixante et onze ans, jardinier à Vaise-Lyon.

Début des antécédents urinaires au mois de mars 1893 (fréquence des mictions, diminution de force et grosseur du jet, etc.).

Au mois de juillet 1893, rétention d'urine progressive, qui devient peu à peu complète. On pratique trois cathétérismes, qui déterminent des uréthrorragies.

Le 15 août 1893, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse avec état général mauvais, appétit disparu, langue sèche, déglutition difficile, vessie très distendue, température 38°5. Cathétérisme immédiat évacue 1 litre et demi d'urine trouble. Les jours suivants, même état ; cathétérismes difficiles suivis de lavages vésicaux.

21 août. Rétention toujours complète ; symptômes généraux graves. Température 39°6. Langue rôtie, urines de plus en plus troubles.

Cystostomie sus-pubienne, par M. Orcel.

Le malade sort le 25 septembre, sans fièvre, avec un état général excellent. Appétit revenu ; signes de cachexie ont disparu. Il garde ses urines pendant une heure et demie à deux heures.

Deux mois après, continence parfaite des urines. Il ne s'en écoule pas une goutte par la verge.

1er octobre 1894. M. Lagoutte revoit ce malade. Ce vieillard jouit d'une santé parfaite et exerce son métier de jardinier comme autrefois.

Depuis cinq mois, l'urine s'écoule en partie par la verge, en partie par le méat hypogastrique ; mais la plus grande partie sort par la fistule. La continence est parfaite. Jamais il ne s'écoule une goutte d'urine sans que le malade s'en aperçoive, même lorsqu'il soulève des fardeaux pesants. Au moment des besoins, qui ont lieu toutes les trois heures, l'urine est projetée à 1 mètre ou 1 mètre et demi, avec un volume comparable à celui d'une plume d'oie. Jamais le malade n'a eu de fièvre ou frissons depuis l'opération.

1er octobre 1896. Malade rentre à la Clinique de M. Poncet.

Depuis trois semaines douleurs lombaires, difficulté de la marche et de la station debout, faiblesse des membres inférieurs ; la simple pression douce de l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire, provoque des douleurs intenses, sans qu'il y ait là une déviation quelconque. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

On pense à un mal de Pott lombaire ; il y a rien de nouveau du côté du système urinaire, qui permettrait de lui rattacher ce nouvel accident.

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 237.

En effet, depuis le 1er octobre 1894, cet homme a toujours travaillé. Il affirme qu'il a toujours pu garder ses urines environ trois ou quatre heures; il urinait, quand il en éprouvait le besoin, par son méat hypogastrique, aucune goutte ne s'échappait par la verge pendant les mictions ou dans leur intervalle. Dans l'intervalle des mictions, il n'y avait jamais d'incontinence urinaire, si petite fût-elle. Aussi le malade ne portait-il aucun appareil.

Le jet était fort, projeté à 1 mètre environ et bien suffisant pour éviter la souillure des vêtements. L'état général excellent permettait des travaux même très pénibles.

Depuis le début des lésions vertébrales, le jet a perdu de sa force : il n'a plus aujourd'hui que 50 à 60 centimètres de longueur; le méat hypogastrique est cependant toujours continent; les urines ne sont pas troubles.

Actuellement, l'orifice hypogastrique se présente sous la forme d'un point caché au fond d'un entonnoir et masqué par des îlots de peau saine formant collerette irrégulière. Sa distance du bord supérieur des pubis est de 1 à 2 centimètres; il admet facilement une sonde n° 12.

Le canal hypogastrique atteint une longueur de 6 centimètres environ. Il est antéro-postérieur; on sent dans son intérieur, à l'aide de la bougie à boule, deux rétrécissements, l'un à 3 centimètres, l'autre à 6 centimètres, c'est-à-dire à l'entrée de la vessie.

La miction doit être répétée toutes les quatre heures le jour et toutes les trois heures la nuit.

1er mai 1897. Le mal de Pott est aujourd'hui manifeste : de plus, lésions pulmonaires au sommet, expectoration muco-purulente, amaigrissement, etc.

La force du jet a diminué progressivement depuis le 1er octobre 1896 et, actuellement, il existe une incontinence urinaire complète par le méat hypogastrique. Elle coïncide avec la paraplégie des membres inférieurs qui relève aussi des lésions médullaires. Les urines sont claires.

19 juin 1897 : Mort dans la cachexie.

21 juin : *Autopsie.* — Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est vérifié, ainsi que l'existence d'un mal de Pott, dont le point de départ est manifestement la première lombaire. Nous n'insisterons pas sur cette partie de l'autopsie, autrement que pour mettre en relief la cause de la mort qui fut indépendante de l'affection urinaire.

L'appareil urinaire fut enlevé en totalité et examiné méthodiquement dans ses diverses parties, reins, uretère, prostate, vessie, urèthre pénien et hypogastrique.

Les reins, pas plus que les uretères, ne présentent de lésions nouvelles. Les reins, un peu diminués de volume et de poids : 140 grammes le gauche; 110 grammes le droit, contiennent une substance corticale et une substance médullaire paraissant normales; macroscopiquement, il n'y a pas de sclérose, les deux substances semblant dans leurs rapports normaux. Les uretères et le bassinet sont légèrement dilatés et un peu épaissis; mais ces lésions sont anciennes et la muqueuse est saine; il n'y a pas trace de pus ou d'inflammation récente. Le bassinet droit et ses calices présentent une vieille dilatation; mais actuellement, il n'est pas distendu et ne contient point de liquide.

L'urèthre normal, incisé suivant sa face antérieure, est remarquable par son intégrité absolue, jusqu'à la région prostatique. A partir de ce point, jusqu'au col vésical, l'urèthre est profondément encaissé dans la gouttière sinueuse que lui forment les deux lobes latéraux de la prostate, uniformément hypertrophiés, et qui surplombent de plusieurs centimètres la paroi inférieure de l'urèthre. Au fond, en écartant fortement avec les doigts les deux lèvres de la gouttière prostatique, on aperçoit le veru montanum fibreux, assez petit et rigide. La muqueuse uréthrale est absolument saine. (Voy. les fig. 2 et 3.)

Le col vésical est à la hauteur du bord supérieur du pubis ou plutôt à 1 centimètre au-dessous. Il est surmonté en arrière par une saillie en forme de noyau cylindrique constitué par l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate. En arrière de cette saillie, existe un petit sillon, puis une nouvelle saillie transversale formée par le bourrelet inter-urétérique, très épaissi. Enfin, postérieurement, on voit un bas-fond vésical, profond de 4 à 5 centimètres. (Voy. la figure.)

La prostate est énorme, elle a une hauteur de 8 centimètres, une largeur de 6 centimètres et une épaisseur, dans le sens antéro-postérieur, égale à 6 centimètres. L'hypertrophie est uniforme. Cependant l'urèthre prostatique offre une direction spéciale qu'on peut diviser en deux parties : tout d'abord, du col vésical au veru montanum, l'urèthre est vertical dans une étendue de 5 centimètres; enfin, du veru montanum au bec de la prostate, l'urèthre est horizontal dans une étendue de 3 centimètres. En somme, il y a allongement considérable de l'urèthre prostatique du fait de l'hypertrophie prostatique; il y a une coudure à angle droit de cet urèthre prostatique, telle que le cathétérisme n'eût été possible qu'au moyen d'une sonde bicoudée ou à grande courbure, à moins qu'il n'eût été impossible, même pour la main la plus expérimentée. Il aurait, certes, été bien compliqué de faire passer dans un défilé prostatique, long de 8 centimètres, un instrument quelconque, sans risquer d'amener, un jour, une fausse route avec ses conséquences.

La cavité vésicale est revenue sur elle-même, épaissie, et a, à peu près, le volume d'une petite orange. La muqueuse est de couleur gris ardoisé, ne présente pas d'ulcération, pas de dilatations vasculaires. La paroi antérieure du réservoir paraît avoir été attirée, presque en totalité, dans le nouvel urèthre hypogastrique. Sur elle, à 1 centimètre environ au-dessus du col vésical, s'ouvre l'orifice vésical de l'urèthre contre nature, apparaissant sous forme d'une petite ouverture circulaire admettant, à frottement, une bougie n° 16. Au-dessus de cette ouverture, il reste une portion de la paroi vésicale antérieure comprise entre l'orifice et l'insertion de l'ouraque et ayant une longueur de 1 centimètre et demi environ. Cette paroi antérieure est donc fort réduite et semble, nous le répétons, avoir été attirée presque tout entière dans la paroi abdominale pour former le canal hypogastrique.

Du côté cutané, le méat hypogastrique, situé à 1 centimètre au-dessus du pubis, apparaît comme un point caché dans un petit entonnoir. Nous l'avons déjà décrit pendant la vie du malade. Il admet une sonde n° 12.

Le canal, qui fait suite à ce méat, est oblique légèrement de haut en bas, et, d'avant en arrière, presque horizontal et antéro-postérieur. Sa longueur est de 5 centimètres et demi. Il présente deux rétrécissements : l'un à l'orifice vésical, peu marqué; l'autre, très accentué, au niveau du méat cutané hypogastrique. Ses parois sont constituées par tous les plans de la vessie attirée au niveau de la peau dans la brèche abdominale. La muqueuse en est lisse et l'on voit très bien la ligne de démarcation entre la muqueuse du canal lisse et la muqueuse vésicale, au contraire, mamelonnée juste au niveau de l'orifice vésical du nouvel urèthre. Du côté de la peau, les limites des deux tissus muqueux et cutanés sont moins nettes et la ligne de démarcation se fait d'une façon insensible.

Tout autour de ce canal, existe un anneau fibreux, très dur et très appréciable au doigt, constitué par les plans vésicaux, musculaires et aponévrotiques confondus en un tissu compact et relativement homogène. Les muscles droits sont assez forts et normaux.

(*A suivre.*)

## THÉRAPEUTIQUE

**Contre l'hématémèse avec vomissements incoercibles.** (A. Robin.)

Picrotoxine. . . . . . . } ââ 5 centigr.
Chlorhydrate de morphine. }
Alcool . . . . . . . . . Q. s. p. dissoudre.
Sulfate neutre d'atropine. . . . 1 milligr.
Ergotine Bonjean . . . . . . 1 gramme.
Eau distillée . . . . . . . . 10 —

M. S. A. — A prendre VIII à X gouttes dans un peu d'eau.
(*Gaz. hebd.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1898. — Présidence de M. Berger.

### COMMUNICATIONS

**Tumeurs du sein.** — M. Monod, à l'occasion du procès-verbal, communique l'observation d'une malade qui était atteinte d'une tumeur du sein qui avait été reconnue pour un adénome ou une tumeur bénigne par Nélaton père. M. Monod vit cette malade en juillet 1889 et la tumeur, à cette époque, avait 14 centimètres de circonférence. Il l'enleva, elle pesait 5 kilogrammes et demi; c'était un sarcome. Il y eut plusieurs récidives qui nécessitèrent plusieurs interventions nouvelles et cette malade finit par succomber à une pleurésie cancéreuse. C'est donc là un nouveau fait qui prouve la transformation possible de tumeurs primitivement bénignes en tumeurs malignes.

M. Bazy communique un cas analogue. Il s'agit d'une malade qui avait été vue par Broca père. Elle avait alors une tumeur kystique du sein qui resta stationnaire jusqu'à l'année dernière où elle se mit à dégénérer rapidement en tumeur cancéreuse.

### DISCUSSION SUR L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES LUXATIONS IRRÉDUCTIBLES DE L'ÉPAULE

M. Ricard. « Le rapport de notre collègue Nélaton, sur l'observation de M. Delagenière (de Tours), a fort nettement mis au point les indications de l'intervention chirurgicale sur les luxations irréductibles de l'épaule, suivant leurs variétés.

Lors de la discussion de 1895, j'avais déjà, avec notre collègue, émis l'opinion que l'arthrotomie était le traitement de choix dans les luxations immédiatement irréductibles. L'irréductibilité immédiate est, en effet, une anomalie dans les luxations récentes. Et lorsqu'une luxation a résisté aux efforts méthodiquement combinés de réduction, c'est qu'il existe une lésion spéciale, une interposition capsulaire, tendineuse ou osseuse, qui s'oppose à la réduction par les procédés usuels. Or, s'il existe une lésion anormale, en réalité inconnue, est-il logique de recourir aux grandes violences d'extension par les appareils, traction aveugle et brutale, parfois périlleuse et souvent compromettante pour l'intégrité fonctionnelle de l'articulation? Pour ma part, avec nombre de mes collègues, je n'hésite pas à recourir à l'arthrotomie large immédiate, et mes résultats, dans les deux cas que j'ai rappelés en 1895, ont été excellents.

Après plusieurs semaines, lorsque la luxation a été méconnue, et qu'on a lieu de supposer que l'irréductibilité tient, non pas à des particularités dans les désordres articulaires, mais à la rétraction des lèvres de la déchirure capsulaire et à des adhérences néoformées, il est légitime d'essayer de rompre ces adhérences par des mouvements brusques de rotation imprimés à la tête sous une traction énergique. Mais si l'on ne réussit pas assez facilement, c'est encore à l'arthrotomie large qu'il convient d'avoir recours. Telle est la conduite que j'ai tenue dans le cas suivant, dont voici l'observation résumée :

« Le nommé P... (Auguste), âgé de cinquante-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 1er mai 1891, pour une impotence douloureuse du bras droit, remontant à une chute de voiture datant de six semaines. Il est facile de voir qu'il existe une luxation intracoracoïdienne, presque sous-claviculaire. Les tractions les plus énergiques, soit avec des aides, soit avec des moufles, faites sous le chloroforme, d'après les différents procédés classiques, ne peuvent déloger la tête qui reste très haut sous la clavicule.

Le 5 mai, le malade est chloroformé à nouveau, et après avoir, par une incision angulaire, désinséré le deltoïde dans un vaste lambeau, je découvre l'humérus profondément caché, au milieu de tissus que les tractions avaient rendues ecchymotiques, la tête humérale était presque inaccessible; cependant, elle descend quelque peu sous l'influence des tractions que je fais exercer. J'incise progressivement toutes les brides fibreuses tendues, qui paraissent s'opposer à la progression de la tête. Malgré une ouverture large et une désinsertion presque complète de la capsule sur la tête, il m'est impossible de la faire réintégrer la cavité glénoïde. C'est qu'en arrière et en dedans, à 5 ou 6 centimètres au-dessous, existait une forte bride tendue, s'insérant sur une saillie osseuse irrégulière, qui paraissait être formée par le cal d'une fracture. Est-ce la grosse tubérosité détachée par le traumatisme et consolidée vicieusement? Je n'ai, on le comprend, fait aucune recherche à cet égard. Mais, détachant cette saillie à l'aide du ciseau de Mac Even, j'eus la satisfaction de voir la tête réintégrer aussitôt la cavité glénoïde.

Quinze jours après le malade quittait l'hôpital.

Je le revis en juillet, c'est-à-dire deux mois après l'opération, le fonctionnement de l'articulation était presque parfait, mais non complètement cependant. Les mouvements d'abduction et de flexion en arrière étaient encore limités.

En octobre, l'opéré pouvait être considéré comme complètement guéri et jouissait de l'intégralité de ses mouvements. »

Cette observation est non seulement intéressante par le résultat thérapeutique qu'elle a permis d'obtenir, mais elle montre combien il eût été illogique de s'obstiner dans les manœuvres forcées d'extension; car l'obstacle à la réduction consistait dans la consolidation vicieuse d'un fragment osseux arraché lors du traumatisme. »

M. Chaput. « Je pense, avec M. Nélaton, que l'arthrotomie est le traitement de choix des luxations récentes irréductibles. Il en est de même des luxations anciennes non invétérées qui comportent l'arthrotomie sans résection.

Pour ce qui est des luxations anciennes invétérées, datant de plus de trois mois, avec effacement de la cavité capsulaire, je pense comme mon collègue que la résection n'est indiquée que dans un petit nombre de cas, et cela pour deux raisons : la première, c'est que la simple mobilisation procure aux malades des mouvements très satisfaisants; la seconde, c'est que le fonctionnement d'une articulation réséquée est plutôt inférieure à celui d'une luxation simplement mobilisée.

Examinons, en effet, un malade réséqué de l'épaule depuis plusieurs mois. Nous constatons que les mouvements passifs présentent une étendue presque aussi grande qu'à l'état normal.

Mais les mouvements actifs sont très réduits. Tandis que le bras sain peut s'élever dans la verticale, le bras opéré dépasse à peine 45 degrés, et encore ce mouvement n'est-il possible qu'avec un déplacement considérable de l'omoplate.

Si on palpe le malade, on constate une dépression pro-

fonde au niveau de la tête humérale absente, et en portant l'humérus en haut, on le fait remonter de plusieurs centimètres jusqu'au contact de l'acromion.

Le mouvement d'élévation du bras s'effectue en deux temps. Dans un premier temps, l'humérus remonte, prend contact avec la voûte acromio-coracoïdienne, qui lui sert de point d'appui; dans un second temps, l'élévation proprement dite commence.

Le premier temps consomme une grande quantité de force, au détriment de l'élévation proprement dite, aussi la puissance du membre se trouve-t-elle diminuée d'autant.

Je me suis fait ces réflexions, récemment, à l'occasion d'un malade entré dans mon service de Tenon, atteint d'une luxation récidivante de l'épaule, avec une tête humérale considérablement hypertrophiée, dont les mouvements s'accompagnaient de craquements intenses.

Avec une pareille déformation, la résection était la seule opération possible, les procédés de capsulorraphie de Ricard et de Mikülicz ne pouvant remédier à des lésions osseuses.

Or le malade élevait facilement la main à sa tête et il n'avait besoin que de force pour son métier de manœuvre; je pensai que la résection ne pouvait qu'affaiblir le membre et je me contentai de conseiller au malade de simples manœuvres de mobilisation.

J'admets comme indications à la résection les cas où les mouvements sont restreints ou douloureux; ceux qui s'accompagnent de phénomènes de compression sur les vaisseaux ou les nerfs de l'aisselle et enfin les cas de luxations récidivantes avec lésions osseuses considérables.

J'ai opéré, en octobre 1896, un malade de vingt-quatre ans, qui s'était fait une première luxation huit mois auparavant, pendant un accès nocturne d'épilepsie.

La réduction avait été obtenue facilement, mais depuis lors, la luxation se reproduisait une ou deux fois par semaine; la réduction se faisait sans efforts, mais la reproduction du déplacement se faisait avec des mouvements un peu étendus du bras.

Je fis une incision verticale en avant; je trouvai une capsule très tendue, ne se prêtant nullement à la *capsulorraphie.* J'incisai cette capsule, et je constatai des lésions considérables de la tête humérale, que je me mis en devoir de réséquer. Cette résection fut difficile, parce que mes aides étaient peu expérimentés, et les difficultés nous sont une nouvelle preuve de l'absence de laxité de la capsule.

La plaie fut en partie bourrée, en partie suturée, et guérit sans complications d'aucune sorte.

Actuellement, après seize mois, le fonctionnement de la néarthrose est très satisfaisant; le malade élève presque le bras jusqu'à l'horizontale, mais avec le concours de l'omoplate. En somme, les mouvements n'ont pas l'amplitude normale, et le membre n'a pas toute la vigueur désirable, une partie de la force musculaire étant consommée à élever l'humérus, jusqu'au contact de la voûte acromio-coracoïdienne. Le malade est enchanté de ne plus être exposé à des luxations sans cesse répétées, et a repris ses travaux de jardinage.

Sur la tête humérale réséquée, on constate en arrière l'existence d'une large encoche en nacelle, finissant en pointe à ses deux extrémités, longue de 4 centimètres, large de 2 centimètres, profonde de 4 à 5 millimètres. Il semble que l'on ait enlevé avec un couteau un quart de la tête humérale.

On peut se demander si cette dépression est le résulat d'une usure par le rebord glénoïdien, ou d'une fracture de la tête humérale. Je crois devoir éliminer la fracture, parce que, dans cette hypothèse, le malade aurait éprouvé des accidents de corps étranger articulaire, qu'on ne retrouve pas; de plus, un pareil fragment (du volume du quart de la tête humérale) n'aurait pu se résorber en huit mois; or, nous n'avons pas trouvé de fragment dans l'article.

Il s'agit donc d'une usure par le rebord glénoïdien.

Mais comment admettre qu'une luxation hebdomadaire, ne durant que quelques heures, ait pu produire un sillon aussi profond?

J'admets l'hypothèse suivante : les luxations récidivantes sont de deux ordres : les unes, sans lésions osseuses, sont intermittentes; mais celles avec lésion osseuse sont permanentes, on ne pourrait, sans cette particularité, comprendre la formation du sillon. Ces luxations permanentes sont incomplètes, non gênantes pour les malades, et à peine perceptibles pour le chirurgien.

Quant aux accidents de luxation que présentent ces malades à intervalles rapprochés, ils s'expliquent par un déplacement plus considérable de la tête humérale, qui tourne sur le rebord glénoïdien comme autour d'un axe. Il s'agit, en un mot, de la transformation d'une luxation incomplète en luxation complète.

Les manœuvres de réduction transforment la luxation complète en incomplète, soulagent le malade et donnent l'illusion d'une réduction complète.

Je termine en disant que les luxations récidivantes, sans lésions osseuses, sont justiciables de la capsulorraphie, tandis que les luxations avec encoche osseuse doivent être traitées par la résection. »

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est de l'avis de M. Nélaton. Il reconnaît que le résultat obtenu par M. Ricard, dans l'observation qu'il vient de communiquer, est des plus satisfaisants. Celui de M. Delagenière l'est beaucoup moins et, pour arriver à ce résultat médiocre, il a dû faire une opération longue et difficile. Quant à l'opération pratiquée par M. Ricard, c'est une opération bien délicate à opposer à une opération beaucoup plus simple, la résection. M. Lucas-Championnière insiste sur l'importance des mouvements et de la mobilisation précoces dans ces cas. Beaucoup de malades ayant des luxations anciennes de l'épaule peuvent finir par acquérir un certain nombre de mouvements, sauf celui de l'élévation qui, dans ces cas, ne se recouvre jamais complètement. Il y a des individus d'un certain âge, ayant de mauvais muscles, chez lesquels la résection ne donne pas de bons résultats. Mais chez les sujets jeunes, M. Lucas-Championnière est plus disposé à faire hardiment une résection de l'épaule plutôt qu'à chercher la réintégration de la tête dans la cavité glénoïde, opération toujours difficile et dont les résultats sont bien problématiques.

**Les psychoses chirurgicales.** — M. PICQUÉ communique la seconde partie d'un travail important qu'il a fait en collaboration avec M. Briand, sur le rôle de la nature des opérations dans les psychoses chirurgicales.

La séance est levée.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

### Leçons sur les bactéries pathogènes (1), par P. DUFLOCQ.

Dans cet ouvrage, M. P. Duflocq a étudié les principales des bactéries pathogènes, les plus importantes pour la pathologie humaine. Chacune des espèces bactériennes est étudiée tout d'abord dans ses caractères morphologiques et différentiels; vient ensuite l'exposition de ses propriétés pathogéniques. Tout en exposant l'histoire complète des genres étudiés, l'auteur a surtout insisté sur les applications

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

des connaissances bactériologiques à la pathologie humaine. Il s'est efforcé de montrer l'importance de ces connaissances dans la clinique, au point de vue de la pathogénie, du diagnostic et, dans quelques cas, de la thérapeutique.

Les étudiants et les médecins désireux de connaître l'état actuel de la science sur ces intéressantes questions trouveront dans la série de ces leçons l'exposé méthodique, résumé, mais très clair, des notions actuellement acquises; ils sauront certainement gré à M. Duflocq de la peine qu'il a prise en préparant et en rédigeant ces leçons.

**Le premier livre de médecine [partie médicale (1)], par MM. Bouglé et Cavasse.**

Ce volume a un sous-titre qui indique bien le but dans lequel il a été écrit : Manuel de propédeutique pour le stage hospitalier. C'est un guide destiné à faciliter au jeune étudiant, au commençant, l'examen des malades.

Comme plan général, l'exposé remonte à propos de chaque appareil du symptôme à la maladie ; il passe successivement en revue les signes fonctionnels et les signes physiques.

Ce livre, écrit par de jeunes médecins, — l'un est prosecteur, l'autre interne des hôpitaux, — est clair et méthodique ; il nous a fait regretter une fois de plus, pour les jeunes étudiants en médecine, qu'on ne les confie pas à des moniteurs pris dans l'internat pour leur apprendre les rudiments de la pathologie et de la séméiologie, comme on les confie à des moniteurs recrutés de cette façon pour leur enseigner l'anatomie.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Ainsi que nous l'avions prévu, le docteur Laporte vient d'être acquitté par le jugement de la Cour d'appel de Paris.

— Le Congrès français de médecine (4e session) se tiendra à Montpellier du 12 au 18 avril 1898.

*Programme général du Congrès.* — Mardi 12 avril : dix heures du matin, séance d'ouverture à la salle des concerts du Grand-Théâtre. — Deux heures du soir, discussion de la première question : Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire [rapporteurs : MM. Bard (de Lyon), Revilliod (de Genève) et Vergely (de Bordeaux)]. — Soir, réception par la municipalité au foyer du Grand-Théâtre.

Mercredi 13 avril : neuf heures du matin, suite de la discussion de la première question et questions diverses (dans des locaux distincts). — Deux heures du soir, discussion de la deuxième question : Associations microbiennes et infections mixtes [rapporteurs : MM. Malvoz (de Liège), Spillmann (de Nancy) et Widal (de Paris)]. — Soir, banquet à Grammont.

Jeudi 14 avril : neuf heures du matin, suite de la discussion de la deuxième question et questions diverses. — Deux heures du soir, discussion de la troisième question : Opothérapie [rapporteurs : MM. de Cerenville (de Lausanne), Gilbert et Carnot (de Paris) et Mossé (de Toulouse)]. — Soir, réception du doyen à la Faculté de médecine.

Vendredi 15 avril : neuf heures du matin, suite de la discussion de la troisième question et questions diverses. — Deux heures du soir, questions diverses. — Une heure, excursion à Cette ; visite à la station zoologique, promenade en mer et sur l'étang de Thau. — Soir, représentation de gala.

Samedi 16 avril : neuf heures du matin, visite aux divers établissements médicaux (facultés, instituts, jardin des plantes, hôpitaux) et, s'il y a lieu, questions diverses. — Une heure du soir, séance générale de clôture. — Trois heures du soir, excursion à Palavas. — Soir, réception chez le président du Comité d'organisation.

Dimanche 17 avril, excursion à Lamalou et à Balaruc.

Lundi 18 avril, excursion à Aigues-Mortes et à Arles.

Tous les docteurs en médecine peuvent être membres du Congrès (cotisation, 20 francs). Les étudiants en médecine et les membres de la famille des congressistes peuvent être membres associés (cotisation, 10 francs). Ces cotisations donnent droit à toutes les invitations et excursions inscrites au programme ci-dessus.

Pour renseignements complémentaires s'adresser au secrétariat général, 10, rue Jeu-de-Paume, à Montpellier.

— *École de médecine de Caen.* — M. le professeur Auvray est nommé directeur de ladite école.

— M. le docteur Lacaze est nommé médecin-adjoint au lycée de Montauban (emploi nouveau).

— Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés membres des comités d'inspection et d'achats de livres des bibliothèques des villes suivantes :

Aire-sur-la-Lys : M. Cordonnier. — Alais : M. Zaleski. — Les Andelys : M. Legludic. — Apt : M. Gros. — Argentan : M. Foucher. — Baugé : MM. Boell et Thuau. — Baume-les-Dames : M. Boiteux. — Bayeux : M. Basley. — Beauvais : MM. Dévé et Leblond. — Belley : M. Bozonzet. — Bergerac : MM. Dugau et Simbat. — Bône : M. Bulliod. — Bordeaux : M. Pitres. — Boulogne : MM. Filliette et Ovion fils. — Brest : M. Allanic. — Caen : M. Noury. — Calais : MM. Dodré et Guyot. — Carcassonne : MM. Lapeyre et Petit. — Carpentras : M. Poujade. — Chartres : M. Lelong. — Chatillon : M. Boutequoy. — Cherbourg : M. Renault. — Condom : M. Couture. — Digne : M. Olivier. — Dinan : M. Barbé-Guillard. — Domfront : M. Levesque. — Épinal : M. Berher. — Flers : M. Yver. — Fontenay-le-Comte : M. Clémenceau de La Loquerie. — Fougères : MM. Deroyer père et Haslé. — Gaillac : M. Rey. — Gray : M. Fromentel fils. — Hesdin : M. Brullé. — Honfleur : M. Rachet. — Issoudun : M. Martin. — Janville : M. Lebel. — Joigny : M. Grenet. — La Chatre : M. Chabenat. — Lagny : M. Mimin. — Lamballe : M. Martin. — Lannion : M. Bastiou. — La Reole : M. Ducros. — Lesparre : M. Bos. — Limoux : MM. Cuxac et Giret. — Lisieux : M. Lesigne. — Loches : M. Routier. — Louviers : M. Tillot. — Lure : M. Boisson. — Luxeuil : M. Paris. — Manosque : MM. Guilhaume et Sarre. — Melun : M. Masbrenier. — Mirande : M. Ortholan. — Mirecourt : M. Joyeux. — Montpellier : M. Baumel. — Montreuil : M. Delplanque. — Nemours : MM. Chopy et Dumée. — Neufchateau : M. Claudot. — Noyon : M. Milet. — Pau : MM. Meunier et de Musgrave-Gray. — Poitiers : M. Roland. — Quimper : M. Coffec. — Rambervilliers : M. Fournier. — Remiremont : M. Puton. — Rochefort : MM. Ardouin, Louvel et Marianelli. — Rodez : M. Augé. — Sables-d'Olonne : MM. Canteteau et Godet. — Saint-Brieuc : M. Guibert. — Saint-Étienne : M. Roussel. — Saint-Geniez : M. de Fajolle. — Saint-Malo : M. Peynaud. — Saint-Omer : M. Bachelez. — Saint-Pol : M. Bornay. — Saintes : M. Vanderquand. — Sedan : MM. Jaillot et Peltier. — Sens : M. Quenouille. — Verdun : MM. Paris et Villard. — Verneuil : M. Corcopino. — Vesoul : MM. Doillon et Guillaume. — Vichy : M. Jardet. — Villefranche-d'Aveyron : M. Pechdo. — Villefranche-Rhône : MM. Besançon et Missol. — Vire : M. Vaussy. — Wassy : MM. Chevance et Jobard.

— M. le docteur Paul Tissier, chef de clinique de M. le professeur Hayem, commencera le jeudi 10 mars 1898, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la Faculté, à l'hôpital Saint-Antoine, une série de conférences, qu'il continuera les jeudis suivants, sur la technique des principaux moyens de diagnostic des affections de l'estomac.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 7 mars 1898.

Voici les principaux considérants de l'arrêt de la Cour d'appel qui acquitte le docteur Laporte et annule le jugement du tribunal correctionnel. Nous avions soutenu et répété que, dans le rapport des experts, il n'y avait aucune conclusion pouvant servir de prétexte à une condamnation; et nous pensions que la campagne de presse et que les plaidoiries qui avaient attaqué ces rapports avaient quelque peu dévié du véritable objectif.

Non seulement il ne fallait pas critiquer et battre en brèche les conclusions des experts, mais il fallait s'appuyer sur elles pour réclamer l'acquittement.

Nous ne voulons pas revenir sur les arguments que nous avons déjà (1) développés à ce sujet. Nous nous contenterons de souligner, dans le jugement rendu par la Cour, les *considérants* qui viennent confirmer d'une façon éclatante la thèse que nous avons toujours soutenue.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Considérant qu'*en présence des constatations décisives des experts*, confirmées par les déclarations mêmes du prévenu, on ne saurait mettre en doute que le docteur Laporte ait, par des lésions faites au cours de l'opération de la craniotomie, involontairement causé la mort de la femme Fresquet, mais que, pour statuer sur la prévention relevée contre lui, il faut, en outre, rechercher si ce fait établi constitue à sa charge, dans les circonstances où il s'est produit, une faute lourde caractérisant le délit d'homicide par imprudence ou maladresse, puni par l'article 319 du Code pénal, visé par la poursuite.

La Cour établit donc bien nettement que ce sont des lésions faites au cours de l'opération, qui ont déterminé la mort de la malade. Elle ne s'attarde pas à discuter, s'il peut y avoir doute sur ce point, elle se base sur les « constatations décisives des experts ». Elle laisse donc de côté toutes ces discussions théoriques autour desquelles on fit inutilement trop de bruit, et n'y fait même aucune allusion, les tenant comme nulles et non avenues.

Considérant que, pour arriver à une appréciation équitable de la responsabilité engagée par le résultat funeste de l'opération, il faut tout d'abord mettre en relief qu'au point de vue de l'indication clinique de cette opération, *les experts concluent expressément* qu'en commençant par appliquer le forceps, et en se décidant, après les applications infructueuses du forceps, à recourir à la craniotomie, le docteur Laporte s'est conformé aux indications que comportait la situation, et a observé, en ce point, toutes les règles de l'art de l'accoucheur;

*Ils déclarent* même qu'en raison de la nécessité urgente de l'intervention, il était autorisé, comme bien des praticiens l'ont déjà fait avant lui, et comme le rappellent, à ce sujet, les traités classiques d'obstétrique, à recourir à tout instrument quelconque approprié qui se trouvait sous sa main, justifiant ainsi l'emploi de l'aiguille à matelas qui a causé les lésions mortelles;

Considérant que le défaut d'aseptisation des différents instruments employés *n'étant pas reconnu* comme une des causes de la mort de la femme Fresquet, cette négligence reprochée à Laporte doit être écartée du débat;

Considérant que le jugement retient, contre le prévenu, un premier grief que n'avait pas relevé le réquisitoire du ministère public, en lui reprochant, comme une faute grave, de n'avoir pas cherché à s'assurer, avant de procéder à une opération difficile, qu'il tentait pour la première fois, le concours d'un autre médecin;

Mais considérant que *les experts constatent*, dans leur rapport, que la longueur du travail, l'insuffisance des efforts d'expulsion, la mort de l'enfant étaient des indications urgentes de terminer artificiellement l'accouchement;

Qu'appelé tardivement, en médecin du service de nuit, dont le règlement ne prévoit pas dans son texte l'appel au concours du second médecin auprès d'une femme qui avait manifesté sa volonté de faire ses couches chez elle et qui d'ailleurs, à ce moment, n'était pas transportable sans sérieux danger, Laporte se trouvait, *selon l'expression de M. le docteur Maygrier* à l'audience, acculé, après les applications infructueuses de forceps, à ce dilemme terrible : *ou ne pas faire l'opération et la femme succombait, ou faire, dans des conditions particulièrement difficiles, l'opération qui offrait la seule chance de salut pour la parturiente*;

Que ces considérations dégagent pleinement, de ce chef, la responsabilité de Laporte, que *les experts approuvent de n'avoir pas hésité* à accepter ainsi la mission pénible de délivrer seul cette femme chez elle, dans les conditions les plus défavorables;

Considérant que le jugement retient contre l'appelant une

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 197.

seconde faute commise au cours de l'opération, faute qui aurait consisté à introduire directement l'aiguille dans les organes génitaux, en se bornant à entr'ouvrir avec les doigts l'orifice vulvaire, au lieu de prendre les précautions indispensables, d'assurer la direction voulue de l'instrument, en le guidant profondément sur les doigts, de manière à amener sûrement, sans déviation dangereuse, la pointe en contact avec le crâne fœtal, qu'il cherchait à perforer;

Mais, considérant que le seul examen des lésions ne permet pas aux *experts* de reconnaître si elles sont le résultat d'un accident opératoire ou d'une faute opératoire;

Qu'*ils* déclarent, en effet, que ces mêmes lésions utérines ou vésicales pourraient avoir été produites, alors même que l'instrument aurait été protégé, avec tous les soins nécessaires, par la main de l'opérateur;

Qu'elles peuvent, dès lors, ne révéler qu'*un accident opératoire qui n'est pas sans exemple dans la science*;

Que les experts font, d'ailleurs, observer que ces lésions étaient difficiles à éviter, avec un instrument tel que l'aiguille à matelas, etc.;

Qu'il résulte de ce qui précède que C'EST EN DEHORS DES CONSTATATIONS TECHNIQUES DES EXPERTS et seulement dans les témoignages des assistants et les déclarations du prévenu, que peut être recherchée la preuve judiciaire de la faute opératoire imputée à celui-ci...

Ainsi, les juges spécifient clairement que c'est « en dehors de la constatation des experts, sur des témoignages, sur les déclarations du docteur Laporte lui-même » que les premiers juges ont basé leur sentence.

Considérant, d'autre part, qu'on ne saurait opposer à Laporte, ainsi que l'ont fait les premiers juges, un aveu résultant de sa déclaration dans l'information.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Concluons enfin qu'il faut s'attacher à ce motif péremptoire que les experts, même en tenant pour constantes les affirmations ci-dessus écartées par la Cour des témoignages reçus dans l'information dont ils avaient eu communication, et qu'il ne leur appartenait pas de discuter, sont arrivés à des conclusions indiquées en ces termes dans leur rapport écrit :

Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en pratiquant la craniotomie, n'a pas opéré avec la prudence et l'habileté désirables.

Or, les experts ont tenu à préciser le sens et la portée de ces conclusions, en faisant ressortir l'ensemble des circonstances, *atténuant, à leur avis, dans la plus large mesure, la responsabilité du médecin*, qu'ils reconnaissent comme engagée, dans les conditions et les termes qui viennent d'être rappelés, par l'issue fatale de l'opération.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Considérant qu'il suffit de mettre les termes de ces conclusions des experts en regard du texte de l'art. 319 du Code pénal, pour reconnaître qu'il n'est pas rapporté, à la charge de l'appelant, la preuve suffisante d'un fait de nature à engager sa responsabilité pénale dans les termes de l'article sus-visé,**

Par ces motifs :

Infirme le jugement dont appel; décharge l'appelant des condamnations prononcées contre lui, et renvoie Laporte des fins de la poursuite sans dépens.

Tout commentaire de notre part affaiblirait la portée de ces conclusions. Le jugement démontre combien ont fait fausse route ceux qui, pendant la durée du procès, ont déversé sans bravoure, sur des experts tenus au silence, des critiques parfois peu courtoises et imméritées.

Le corps médical tout entier était intéressé à la solution de ce procès, qu'il attendait avec recueillement. Il savait qu'à sa tête il y avait des hommes qui, modestement, sans bruit, usaient de toute leur autorité, de toute leur science, pour éclairer la magistrature mal renseignée une première fois. Leur attente n'a pas été déçue. Le jugement de la Cour, fortement motivé, décide qu'un accident opératoire ne saurait être imputé à crime à son auteur. Il était impossible qu'une doctrine inverse fût établie par un jugement. La Cour l'a compris et l'a formellement établi.

---

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Infatigable — heureusement pour la science et les médecins — M. Achard, aidé de collaborateurs dévoués, M. E. Weil cette fois, continue la série de ses recherches sur l'élimination, par les urines, de différents agents, et étudie aujourd'hui la **saccharosurie alimentaire**, cherchant à connaître les conditions dans lesquelles se produit la saccharosurie, et si elle peut fausser les résultats de l'épreuve de la glycosurie alimentaire. Pour ce faire, les auteurs ont administré systématiquement du saccharose à 37 sujets, soit par injection, soit par lavement, à la dose de 100 grammes ordinairement.

Dans 17 cas, ils ont obtenu de la glycosurie, et toujours alors existaient concurremment des troubles hépatiques; chez quelques sujets, atteints de diabète fruste, il y avait, au moins, une insuffisance glycolytique du foie. Dans plusieurs de ces cas, la saccharosurie a pu être nettement constatée, outre la glycosurie. Chez 20 sujets, les auteurs n'ont obtenu que de la saccharosurie sans glycosurie. Pourtant, 6 d'entre eux avaient manifestement des troubles hépatiques, et, dans quatre autopsies, le foie était malade. D'où on peut conclure que la saccharosurie alimentaire est indépendante de l'état du foie.

L'étude physiologique du saccharose permet de saisir les conditions de la saccharosurie. Le sucre de canne subit dans l'intestin l'interversion qui le dédouble en glycose et levulose, c'est-à-dire en sucres assimilables. La salive et le suc gastrique n'ont presque pas de pouvoir inversif. C'est surtout dans l'intestin grêle qu'a lieu l'interversion. On peut donc comprendre comment et pourquoi la saccharosurie dépend bien plutôt de conditions ayant trait aux phénomènes digestifs, que de l'état des fonctions hépatiques. Cela explique pourquoi la rapidité de l'absorption facilite la saccharosurie : ainsi, le sucre passe plus sûrement dans l'urine lorsqu'il est ingéré à jeun, que lorsque l'estomac est déjà rempli d'aliments. Chez un sujet ayant un rétrécissement sous-pylorique, l'ingestion de saccharose ne provoque que la saccharosurie, alors que l'introduction de ce sucre dans le rectum donne lieu à de la glycosurie; c'est sans doute parce que l'obstacle à l'évacuation du contenu gastrique avait empêché l'interversion intestinale.

Il résulte de ces faits — c'est le point pratique qu'il importe surtout de retenir — que l'épreuve de la glycosurie alimentaire, lorsqu'elle est faite avec la saccharose, est trop influencée par les phénomènes digestifs, et qu'il y a lieu de substituer, pour cette épreuve, le glycose pur au saccharose. Chez des sujets ayant des troubles hépatiques, vérifiés à l'autopsie, les auteurs ont vu la glycosurie se produire par l'ingestion de glycose, alors que l'ingestion de saccharose

n'avait donné lieu qu'à de la saccharosurie, et, par conséquent, avait donné un résultat négatif pour l'exploration des fonctions du foie.

M. G. Ballet, ayant eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'une malade qui avait présenté les symptômes de l'affection décrite par Korsakoff, sous le nom de **psychose polynévritique**, rapporte les détails de l'étude qu'il fit des lésions corticales et médullaires. Les nerfs, et surtout ceux des membres inférieurs, présentaient des lésions névritiques très marquées. Les cellules des cornes antérieures de la moelle, surtout à la région lombaire, étaient très évidentes; on y constatait une chromatolyse centrale avec projection du noyau à la périphérie. L'uniformité des lésions, leur localisation aux cellules, l'absence d'altération des vaisseaux ou de la gangue conjonctive, la prédominance des modifications cellulaires au niveau des régions correspondant à l'origine des nerfs les plus lésés, autorisaient à penser qu'on avait affaire, non à des altérations primitives de la moelle, mais à des lésions secondaires, consécutives à celles des nerfs et de la nature de celles qui ont été observées après la résection expérimentale des troncs nerveux ou déjà dans d'autres cas de polynévrite.

Il faut ajouter que la constatation de lésions cérébrales expliquait la confusion mentale dont la malade était affectée. L'examen des coupes de l'écorce, colorées par la méthode de Pal, n'a révélé aucune altération des fibres nerveuses à myéline : les fibres tangentielles, notamment, étaient remarquablement bien conservées. Il y avait de la congestion de la substance grise, mais sans lésions artéritiques, sans diapédèse, sans prolifération des éléments nucléaires des parois des vaisseaux. Les altérations portaient exclusivement sur les cellules nerveuses et elles y étaient très marquées. Elles étaient surtout apparentes au niveau des grandes cellules pyramidales et des cellules géantes de Betz. Il y avait une cellule très altérée sur quatre ou cinq environ qui l'étaient moins ou qui ne l'étaient pas, l'élément avait perdu sa forme triangulaire, ses contours étaient arrondis par suite d'une sorte de tuméfaction, les prolongements étaient moins nets qu'à l'état normal.

MM. André Petit et Ravaut rapportent l'observation d'un malade, atteint de **dextrocardie congénitale**.

MM. Huchard et Deguy font une communication sur les **ruptures de la valvule mitrale** et sur la **luxation de la grande valve**, la rupture s'étant produite par le fait de la calcification complète d'un tendon.

---

## TRAITEMENT CHIRURGICAL

### DE LA PARALYSIE FACIALE CONSÉCUTIVE A UN TRAUMATISME INTRA-ROCHEUX. L'ANASTOMOSE DU FACIAL ET DE LA BRANCHE TRAPÉZIENNE DU SPINAL.

Par MM. les docteurs J.-L. Faure, chirurgien des hôpitaux, et Fr. Furet.

La section ou la destruction du facial dans sa portion intra-rocheuse provoquent dans la moitié correspondante de la face une paralysie qui a été jusqu'ici considérée comme incurable.

Nous pensons cependant qu'on peut tenter de la guérir, et cela par une opération rationnelle, scientifique, parfaitement réglée, relativement facile et tout à fait inoffensive.

Cette opération consiste dans l'anastomose du tronc du facial à sa sortie du rocher avec la branche externe du spinal.

La régénération des nerfs après leur section et la reconstitution fonctionnelle du bout périphérique après leur suture sont, aujourd'hui, parfaitement démontrées et il est admis par tout le monde que, lorsqu'un tronc nerveux vient à être coupé, il faut, avant tout et le plus tôt possible, pratiquer la suture de ses deux tronçons, soit directement, si on le peut, soit à distance en unissant les deux extrémités nerveuses par un conducteur qui servira de guide aux fibres régénérées. On peut même, comme l'ont proposé Denonvilliers et Letiévant, et comme l'a exécuté Després, pour le cubital et le médian, anastomoser, faute de mieux, le bout périphérique du nerf coupé au tronc d'un nerf voisin intact, qu'on avive légèrement sur un de ses côtés.

Sans doute, les succès ne sont pas constants, mais ils existent; ils sont même assez nombreux et, pour se faire attendre quelquefois pendant de longs mois, le rétablissement de la motilité n'en est pas moins un fait péremptoirement démontré.

Lorsque le facial est sectionné ou détruit dans le rocher, on peut songer à sculpter le canal de Fallope et à pratiquer sa suture directe, mais c'est une opération difficile et qui, si elle peut être suivie de succès, lorsque le facial n'est que comprimé, comme dans le cas de Chipault et Daleine, nous paraît à peu près fatalement destinée à échouer lorsque le facial est détruit sur une certaine longueur.

Il n'en est pas de même de l'anastomose du facial, nerf moteur, avec un nerf voisin, moteur comme lui, et qui, en l'espèce, ne peut être que le spinal. C'est une application de la greffe de Denonvilliers et Letiévant, avec cette différence qu'au lieu de suturer le tronc du facial sectionné au spinal avivé latéralement, ce qui est impraticable, on s'arrange pour suturer bout à bout, au tronc du facial sectionné, la branche externe du spinal ou mieux encore sa branche trapézienne, que l'on coupe pour l'amener au contact du facial.

Dans ces conditions, on peut espérer que les tubes nerveux, partis du bout central du spinal, iront régénérer le bout périphérique du facial, permettre le rétablissement de la contractilité musculaire et guérir la paralysie.

C'est en partant de cette idée parfaitement rationnelle, qui repose sur des données physiologiques et des observations cliniques acceptées de tous, que, le 23 janvier 1898, nous avons pratiqué cette opération.

Voici l'observation très brièvement résumée :

P..., quarante-neuf ans, homme de peine. Le 13 juillet 1896, il y a par conséquent dix-huit mois, cet homme se tire une balle de revolver dans l'oreille droite. A la suite de cette blessure, et après divers accidents, il présente une paralysie faciale complète qui persiste sans aucune amélioration. Il présente, en outre, des troubles du côté de l'oreille interne et des vertiges extrêmement gênants. Pour l'en débarrasser, M. le docteur Michaux tente, le 7 avril 1897, d'extirper la balle. Il creuse le rocher jusqu'à une assez grande profondeur, mais une hémorragie sérieuse l'arrête et la balle reste en place.

La plaie se cicatrise peu à peu, mais la paralysie faciale reste immuable.

En janvier 1898, il entre à l'hôpital Laënnec. M. le professeur Landouzy, qui a bien voulu l'examiner au point de vue électrique, a constaté la réaction de dégénérescence. Le nerf est donc dégénéré et la paralysie faciale semble irrémédiable.

Le 23 janvier, opération sous le chloroforme. Incision de 10 ou 12 centimètres sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien qui est dégagé à la sonde cannelée. On va d'abord à la recherche du tronc du facial. L'apophyse styloïde est dénudée sur toute sa hauteur, après écartement de la parotide en avant et pincement de l'artère auriculaire. Le nerf facial, qui doit se trouver transversalement couché sur la base de l'apophyse styloïde, n'y est point. C'est qu'il a été coupé lors de l'évidement du rocher et que n'étant plus retenu dans le canal de Fallope, il s'est laissé recliner en avant avec la parotide dans l'intérieur de laquelle il est perdu. On le cherche alors au niveau du point où il entre dans la glande, en avant de la base de l'apophyse styloïde, et on le trouve presque immédiatement. Son tronc libre, dont la grosseur est normale, est long d'environ 1 centimètre, puis il se ramifie pour former le plexus intra-parotidien.

Le tronc du facial étant fixé avec une pince de Kocher, on va à la recherche du spinal, qui est immédiatement trouvé à quelques centimètres au-dessous, au point où il pénètre dans le sterno-mastoïdien. Il est alors très facile d'isoler la branche trapézienne qui se sépare des filets plus grêles destinés au sterno-mastoïdien.

D'un coup de ciseaux, cette branche trapézienne est coupée au point où elle disparaît dans le sterno-mastoïdien. Une secousse de l'épaule vient démontrer qu'il n'y a pas d'erreur anatomique. Cette branche trapézienne est alors séparée par dissociation des filets du sterno-mastoïdien. Cette dissociation se fait d'ailleurs sans difficultés, avec de petits ciseaux mousses.

Il est alors facile, en la recourbant vers le haut, pardessus le ventre postérieur du digastrique, d'amener l'extrémité de la branche trapézienne au contact du tronc du facial sur la branche duquel on fait un avivement angulaire. Les deux extrémités nerveuses sont maintenues en contact par une suture faite avec un fin catgut passé en anse au milieu des tubes nerveux.

L'hémorragie est nulle : une seule ligature est jetée sur l'artère auriculaire. Réunion de la peau au crin de Florence.

L'opération a duré vingt-cinq minutes.

Le 1er février, les fils sont enlevés. La réunion est complète et le pansement est définitivement enlevé le 4 février. La cicatrice est presque invisible.

Il y a une très légère atrophie du trapèze, et le malade, de ce côté, élève moins bien le moignon de l'épaule. Le sterno-mastoïdien est normal. Du côté de la face, le changement est nul.

Le malade va être soumis, dans le service du professeur Landouzy, à des séances régulières d'électrisation.

Le succès opératoire est donc complet.

Nous ne serons sans doute fixés que dans plusieurs mois sur le résultat thérapeutique.

Il est incontestable que cette opération est beaucoup trop récente pour qu'on puisse en tirer aucune conclusion. Étant donné l'ancienneté de la lésion, il faudra sans doute attendre plusieurs mois pour se prononcer sur le résultat définitif. Si ce résultat est nul, ce qui est fort possible et n'aura rien d'étonnant avec un bout périphérique aussi complètement dégénéré, il n'en faudra pas conclure qu'il en doive toujours être ainsi. Les insuccès, nous le savons, sont nombreux dans les sutures nerveuses. Ce serait simplement un insuccès de plus, et c'est seulement une série d'échecs ininterrompus qui pourrait enlever toute confiance dans l'avenir de cette opération, qu'un seul résultat positif suffirait, en revanche, à rendre toujours légitime.

Et c'est précisément parce que le manuel opératoire en est bien établi, parce qu'elle ne saurait recevoir d'une plus longue étude de modifications ni de perfectionnements de quelque importance, et que l'attente de résultats positifs pourrait se prolonger indéfiniment, que nous croyons nécessaire de publier cette opération, et d'engager les chirurgiens à la pratiquer dans les cas qu'ils jugeront favorables, et tout particulièrement dans les cas récents. Nous ne tarderons sans doute pas ainsi à être définitivement fixés sur sa valeur réelle.

Nous n'insisterons pas ici sur les détails du manuel opératoire, qui sera publié ailleurs. Il ne diffère en rien de ce qui a été dit au cours de l'observation. Disons seulement qu'une incision de 10 ou 12 centimètres partant du pavillon de l'oreille et descendant le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, suffit pour la mener à bien. C'est une opération délicate, mais facile, pour peu qu'on ait quelque habitude des interventions sur le cou.

Nous pensons qu'il est bon de respecter les filets du spinal qui se rendent au sterno-mastoïdien. La branche trapézienne, dont le volume est assez considérable, suffit parfaitement et on évite ainsi la parésie du muscle sterno-mastoïdien.

Cette opération est complètement inoffensive. On n'est pas loin, il est vrai, de la jugulaire interne, mais il suffit d'un peu d'attention pour l'éviter vers le bas, et vers le haut on ne risque rien, car on en est séparé par l'apophyse styloïde.

Nous ne voyons donc pas trop quel accident on pourrait redouter et le pis qui puisse arriver, c'est que l'opération échoue et que le malade voie s'ajouter à sa paralysie faciale une parésie du trapèze, en vérité bien peu importante, et dont les inconvénients ne sont pas à mettre en parallèle avec les avantages d'une restauration possible de la tonicité des muscles de la face.

Mais pour exécuter cette opération telle que nous venons de la décrire, il est nécessaire de sectionner le facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. Il est donc évident qu'il ne faudra songer à faire cette opération que dans les cas où le facial sera certainement détruit et où la paralysie pourra être considérée comme irrémédiable.

C'est dire qu'elle convient avant tout aux paralysies traumatiques par section ou destruction du facial dans l'intérieur du rocher, et particulièrement à celles qui suivent la section accidentelle du nerf, au cours des opérations nécessitées par les suppurations de l'oreille moyenne. Les paralysies par fracture ou lésions otitiques, dans lesquelles le facial est rarement détruit, nous semblent plutôt justiciables d'une opération directe tendant à le décomprimer.

Cependant, si l'on avait un doute sur l'état du facial, on pourrait encore tenter l'opération, mais en la modifiant quelque peu. Il faudrait, au lieu de sectionner le facial, le dissocier légèrement au point le plus commode, à l'endroit où, après avoir croisé la base de l'apophyse styloïde, il pénètre dans la parotide. On pourrait alors introduire, parmi les faisceaux dissociés du facial ou plus simplement dans une petite boutonnière faite à sa partie latérale, l'extrémité plus ou moins effilée de la branche trapézienne du spinal et l'y fixer par un point de suture. L'opération est un peu plus difficile, mais elle est très faisable.

Dans ces conditions, si le facial n'est pas complètement détruit, on ne fera pas disparaître la chance qu'il peut avoir de se régénérer par lui-même, et s'il est incapable de le faire, on permettra aux fibres nouvelles et aux cylin-

draxes issus du spinal, de se substituer aux fibres du facial dans la gaine desquelles ils se trouvent.

On peut se demander encore si, en cas de réussite et de régénération du nerf aux dépens du spinal, le malade sera susceptible d'adapter son centre moteur du trapèze à sa nouvelle fonction et de s'en servir pour commander aux mouvements de la face. Il est possible qu'il n'y puisse pas parvenir et qu'il soit exposé à contracter ses muscles faciaux aux lieu et place de son trapèze. Ce sont là des détails auxquels l'avenir se chargera de répondre. Mais ce serait déjà beaucoup que de corriger, à l'état de repos, l'asymétrie faciale, et de rendre aux muscles paralysés leur tonicité perdue.

## ÉTUDE COMPARATIVE

### DE DEUX CAS D'ASYSTOLIE ET D'UN CAS D'ŒDÈME AIGU DU POUMON OBSERVÉS CHEZ DES PARTURIENTES

Par Fr. Duplant,
Interne des hôpitaux de Lyon.

*Conclusions.* — 1° Il existe pendant la grossesse et l'accouchement des accidents congestifs aigus du poumon, pouvant évoluer isolément sans que le cœur soit en état d'asystolie.

2° Lorsque l'œdème aigu du poumon existe seul, le travail semble ne l'aggraver que faiblement, alors qu'il accentue les troubles asystoliques; mais il faut redouter les accidents éclatant après la délivrance.

3° Cette aggravation de l'œdème aigu nous paraît liée à la rupture de la circulation utéro-placentaire; alors que l'évacuation de l'utérus, l'hémorragie de la délivrance, la suppression de la circulation utéro-placentaire soulagent un cœur en asystolie.

4° Nous croyons que les accidents congestifs aigus présentés par notre malade étaient liés à un réflexe d'origine utérine, et aux modifications du sang pendant la grossesse; le rétrécissement mitral prédisposant le poumon à ces troubles circulatoires.

5° Il faut terminer ou provoquer l'accouchement le plus tôt possible lorsqu'il existe des accidents asystoliques graves, ou lorsque l'œdème aigu se surajoute à l'asystolie. L'expectative peut être conseillée alors que l'œdème aigu existe seul, à moins qu'il ne prenne une allure suraiguë. La saignée est, dans tous les cas, un excellent moyen de lutter contre ces accidents. (*Gaz. hebd.*)

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 14 au 19 mars 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 14 MARS 1898**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Broca et Sebileau.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Reynier et Ricard.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Monod, Delbet et Bonnaire; — (2e série) : MM. Delens, Humbert et Varnier.

2e examen (définitif, officiat) : MM. Potain, Reclus et Widal; — M. Retterer, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Walther; — (2e série) : MM. Marchand, Reclus et Tuffier; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gaucher. — M. Jalaguier, suppléant.

**MARDI 15 MARS**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Nélaton et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Budin, Quénu et Richelot.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Widal et Thoinot; — M. Ballet, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Campenon, Polaillon et Thiéry; — (2e partie, 1re série) : MM. Laboulbène, Cornil et Charrin; — (2e série) : MM. Debove, Raymond et Marfan; — M. Ménétrier, suppléant.

**MERCREDI 16 MARS**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Ricard et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Delens, Segond et Varnier; — (2e série) : MM. Ribémont-Dessaignes, Humbert et Tuffier; — (3e série) : MM. Monod, Reclus et Bonnaire; — (2e partie) : MM. Landouzy, Netter et Gilles de La Tourette; — M. André, suppléant.

**VENDREDI 18 MARS**, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Poirier et Walther.

3e examen (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle no 1* : MM. Reclus, Humbert et Bonnaire.

3e examen (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Widal.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Netter; — M. Retterer, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Kirmisson et Ricard; — (2e série) : MM. Tillaux, Monod et Lejars; — (2e partie) : MM. Hayem, Gilles de La Tourette et Thoinot; — M. Déjerine, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Marchand, Ribémont-Dessaignes et Varnier.

**SAMEDI 19 MARS**, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Campenon et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Blanchard, Rémy et Poirier.

3e examen (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hutinel et Ballet.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilbert et Achard; — M. Gley, suppléant.

5e examen (2e partie, 1re série), *Charité* : MM. Raymond, Ménétrier et Roger; — (2e série) : MM. Debove, Chantemesse et Marie; — M. Marfan, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements, rue d'Assas* : MM. Budin, Richelot et Maygrier; — M. Chassevant, suppléant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 mars 1898, sont nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

*Au grade de médecin principal de première classe.* — M. Pierrot, médecin principal de deuxième classe, sous-directeur de l'École du service de santé militaire et médecin-chef de l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon, en remplacement de M. Driout, promu; maintenu dans ses fonctions actuelles.

*Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — MM. les médecins-majors de première classe Quivogne, en remplacement de M. Zaepffel, retraité; maintenu dans ses fonctions actuelles de médecin-chef de l'hospice mixte de Lunéville. — Audet, en remplacement de M. Pierrot, promu; désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Rennes.

*Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe Gaillard, en remplacement de M. Dardignac, retraité; maintenu à son poste actuel au 38e d'infanterie. — Hürstel, en remplacement de M. Franck, retraité; maintenu au 120e d'infanterie. — Bonnet, en remplacement de M. Paquy, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 159e d'infanterie.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Cuvillier,

en remplacement de M. Herr, démissionnaire; désigné pour le 161e d'infanterie. — Thomas, en remplacement de M. Boucher, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 2e d'infanterie. — Ferrand, en remplacement de M. Bayle, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 79e d'infanterie. — Vuillaume, en remplacement de M. Gaillard, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Brico, en remplacement de M. Hürstel, promu; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Pouy, en remplacement de M. Bonnet, promu; maintenu provisoirement au 5e du génie.

— Par décret, en date du 3 mars 1898, sont nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois ci-après désignés :

*Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe Collignon, en remplacement de M. Courtot, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 25e d'infanterie. — Legagneur, en remplacement de M. Dumas, retraité; maintenu au 2e zouaves. — Follenfant, en remplacement de M. Évrard, retraité; désigné pour le 5e d'infanterie. — Langue, en remplacement de M. Le Gadre, retraité; désigné pour le 161e d'infanterie. — Brousse, en remplacement de M. Quivogne, promu; maintenu au 1er zouaves. — Simon, en remplacement de M. Audet, promu; désigné pour le 146e d'infanterie.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Alix, en remplacement de M. Collignon, promu; désigné pour le 16e d'infanterie. — Duron, en remplacement de M. Legagneur, promu; maintenu au 158e d'infanterie. — Sendral, en remplacement de M. Follenfant, promu; maintenu provisoirement au 27e dragons. — Vigneron, en remplacement de M. Langue, promu; désigné pour le 153e d'infanterie. — Martin, en remplacement de M. Brousse, promu; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Thooris, en remplacement de M. Simon, promu; maintenu provisoirement au 19e chasseurs à cheval.

— Par décret, en date du 4 mars 1898, sont promus dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

*Au grade de médecin principal de première classe.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe Laurens (emploi vacant par organisation); maintenu comme médecin-chef à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains. — Crussard (emploi vacant par organisation); maintenu provisoirement comme médecin-chef à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis. — Poignon (emploi vacant par organisation); maintenu provisoirement comme médecin-chef de l'école d'application de Fontainebleau. — Bar (emploi vacant par organisation); maintenu provisoirement comme médecin-chef de l'École polytechnique. — Catteau (emploi vacant par organisation); maintenu comme secrétaire du comité technique et chef de la section technique du service de santé.

*Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — MM. les médecins-majors de première classe Yvert, en remplacement de M. Laurens, promu; maintenu à l'hôpital militaire de Bordeaux. — Schneider, en remplacement de M. Crussard, promu; maintenu en mission à la légation de France en Perse.

*Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe Vedel, en remplacement de M. Yvert, promu; maintenu au 162e d'infanterie. — Mathelin, en remplacement de M. Schneider, promu; maintenu à l'hôpital militaire de Rennes.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Franquet, en remplacement de M. Vedel, promu; maintenu provisoirement au 4e tirailleurs algériens. — Mauroux, en remplacement de M. Mathelin, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Par décret, en date du 5 mars 1898, sont promus dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

*Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — MM. les médecins-majors de première classe Duchêne, en remplacement de M. Poignon, promu; maintenu provisoirement à l'hôpital militaire de Nancy. — Julié, en remplacement de M. Bar, promu; maintenu comme médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Etienne. — Mussat, en remplacement de M. Catteau, promu; maintenu comme médecin-chef de l'hôpital militaire de Toul.

*Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe Labit, en remplacement de M. Duchêne, promu; maintenu au 50e d'infanterie. — Baills, en remplacement de M. Julié, promu; désigné pour le 73e d'infanterie. — Lacronique, en remplacement de M. Mussat, promu; désigné pour le 3e du génie.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Dodieau, en remplacement de M. Labit, promu; désigné pour le 54e d'infanterie. — Manceaux, en remplacement de M. Baills, promu; maintenu provisoirement au 27e d'artillerie. — Cousin, en remplacement de M. Lacronique, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— Par décision ministérielle, en date du 3 mars 1898, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont reçu les affectations suivantes :

MM. les médecins principaux de première classe Rouflay, nommé directeur du service de santé de la division d'Alger. — Lepage, nommé directeur du service de santé de la division d'Oran. — Blaise, nommé médecin-chef à l'hôpital militaire de Nancy.

MM. les médecins-majors de première classe Pagès, affecté à la place de Marseille. — Julié, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Étienne. — Mussat, médecin-chef de l'hôpital militaire de Toul. — Mestrude, pour le 30e d'infanterie. — Landriau, pour l'hôpital militaire de Versailles. — Renaut, pour l'hôpital militaire de Nice. — Leuc, pour le 19e d'artillerie. — Pozzo di Borgo, pour le 3e d'infanterie. — Troché, pour le 5e du génie. — Bouvier, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Bastia. — Bourdeloy, pour le 35e d'artillerie. — Masson, pour le 39e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Mathelin, pour l'hôpital militaire de Rennes (provisoirement). — Liron, pour le 4e zouaves. — Védel, pour le 162e d'infanterie. — Namin, pour le 3e hussards. — Labit, pour le 50e d'infanterie. — Béquin, pour le 52e d'infanterie. — Stroebel, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied. — Gruet, pour l'hôpital militaire de Belle-Ile-en-Mer. — Vachez, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains. — Valissant, pour le 2e spahis. — Arragon, pour le 5e bataillon de chasseurs à pied. — Bérard, pour le 45e d'infanterie. — Launois, pour le 101e d'infanterie. — Messerer, pour le 7e cuirassiers. — Galzin, pour le 22e bataillon de chasseurs à pied. — Marion, pour le 137e d'infanterie. — Senesse, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Deumier, pour le 62e d'infanterie (définitivement). — Foureur, pour le 22e dragons. — Busquet, affecté au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire de Marseille. — Teissier, pour le 11e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Marty, pour le 1er spahis. — Gandar, pour l'Ecole de Saumur. — Couraud, pour le 57e d'infanterie. — Challiol, pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rieux, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Langlois, pour le 158e d'infanterie. — Trutié de Vaucresson, pour le 28e dragons. — Séguinaud, pour le 5e d'artillerie. — Bourcier, pour le 21e dragons. — Duméry, pour le 6e d'infanterie. — Julia, pour le 1er bataillon de chasseurs à pied.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Bien que, dans sa communication, M. Robin ait parlé de la saignée, des vomitifs et du vésicatoire, c'est sur ce dernier seul qu'a porté jusqu'ici et que continue à porter la discussion. La terrible critique de M. Huchard ne pouvait être le dernier mot de cette discussion, et c'est contre cette critique que s'élève aujourd'hui avec force M. Hervieux, qui doit trop de reconnaissance au vésicatoire, après les excellents services qu'il lui a rendus pendant plus de trente années, pour ne pas protester contre la condamnation sans appel qu'on voudrait lui infliger. M. Hervieux ne saurait admettre avoir été pendant de si longues années le jouet d'une illusion thérapeutique.

Il est bien convaincu d'avoir sauvé un grand nombre d'accouchées, à la Maternité et en ville, par l'application de cet emplâtre cantharidien que l'on veut considérer comme toujours nuisible et jamais efficace. Les mêmes effets bienfaisants se sont toujours reproduits de la même façon, et aucun doute ne saurait rester dans l'esprit de M. Hervieux, au point de vue de l'efficacité réelle de la révulsion par le vésicatoire. Aussi est-il bien convaincu que si M. Huchard parvenait à le condamner à mort et à l'enterrer, il ne tarderait pas à renaître de ses cendres.

Avec M. Lancereaux, c'est encore bien autre chose : on sait que le principal grief de M. Huchard contre le vésicatoire est la néphrite cantharidienne; on sait que, d'accord en cela avec presque tous les médecins, M. Huchard considère toute lésion rénale comme une contre-indication formelle à son emploi. Or, c'est précisément dans les cas de néphrite les plus graves, alors que le malade est près de succomber à l'urémie, alors que tous les diurétiques et les purgatifs restent sans résultat, que M. Lancereaux a obtenu des effets merveilleux de l'application de larges vésicatoires. A l'appui de cette manière de voir, M. Lancereaux a cité plusieurs observations saisissantes. Non moins intéressante est la première observation qu'il a rapportée, et qui, celle-là, est bien faite pour être agréable à M. Huchard. Elle montre, en effet, que, si le vésicatoire a du bon, il peut devenir bien dangereux s'il est mal appliqué ; il s'agit d'un cas de mort par paralysie diphtéritique survenue à la suite d'une poussée de diphtérie s'étant développée sur un vésicatoire mal pansé.

La conclusion de M. Lancereaux est à retenir : « Si le vésicatoire a du mauvais, dit-il, il a aussi du bon ; il faut suivre la tradition et ne pas le répudier. Mettons-le à l'abri de tout danger, ce qui est facile avec quelques précautions, et continuons à nous en servir dans certaines circonstances qu'il importe de savoir déterminer, non seulement en vue d'établir une révulsion, mais encore dans le but de favoriser l'élimination des matières excrémentitielles, lorsque les organes chargés de cette fonction sont en défaut. » Bien habile celui qui arriverait à concilier cette opinion avec celle de M. Huchard...

L'Académie est revenue sur la question de la cirrhose des buveurs. M. Rendu a analysé un travail d'enquête très intéressant de M. Roché qui a interrogé la plupart de ses confrères de la Bourgogne et qui est arrivé à cette conclusion contraire à celle de M. Lancereaux, à savoir que ce sont les buveurs de vin non plâtré, d'alcools et d'apéritifs qui présentent la cirrhose et non les buveurs de vin plâtré. M. Vallin, à son tour, a fait connaître une note de M. Britto, professeur de clinique à Bahia, au Brésil, qui déclare que la cirrhose est très fréquente en ce pays où le vin est presque inconnu.

M. Josias a lu un travail intéressant sur la transmission expérimentale de la rougeole au singe.

M. Motais (d'Angers) a étudié l'acétylène au point de vue de l'hygiène publique et privée. Sa conclusion est que si l'électricité est l'éclairage de choix, l'acétylène vient ensuite. Son emploi s'impose dans l'éclairage des collèges par exemple.

Enfin, M. Garnault a présenté un tympan artificiel résonnateur.

L'Académie a nommé deux membres correspondants nationaux, MM. Bertin (de Nantes) et Ledouble (de Tours).

## SUR LE VÉSICATOIRE

Par M. LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine.

M. Lancereaux, ne voulant rien avancer sans preuve, se contente de rapporter plusieurs faits. Il était appelé, il y a une vingtaine d'années, auprès d'un homme d'une quarantaine d'années, atteint d'une pneumonie étendue et des plus graves. L'asphyxie était imminente, l'existence menacée, il conseilla des expectorants et un large vésica-

toire entre les deux épaules. Cet emplâtre qui fut recouvert d'un papier huilé ne détermina aucun accident. Mais fort mal pansé par le médecin de province qui soignait le malade, il devint rouge et saignant et se couvrit de membranes diphtériques pour lesquelles M. Lancereaux fut mandé une seconde fois. La plaie cautérisée et pansée d'une façon convenable finit par se cicatriser au bout d'une quinzaine de jours, mais trois semaines ou un mois plus tard il était mandé à nouveau pour une paralysie qui portait sur le voile du palais, les muscles pharyngo-laryngés et des fourmillements aux extrémités des membres. La paralysie gagna les voies aériennes et le malade succomba bien certainement à l'intoxication dyphtérique résultant du mauvais pansement du vésicatoire.

Ce fait met largement en évidence les dangers du vésicatoire. Néanmoins si malheureux qu'il soit, il n'empêche pas le vésicatoire d'avoir son utilité dans certaines circonstances pas plus qu'un médicament suivi d'accidents parce qu'il aura été maladroitement administré, de continuer à être un excellent médicament. Cet emplâtre, lorsqu'on sait l'appliquer, offre en effet, comme la tradition l'a démontré, d'excellents avantages dans plusieurs circonstances. Les inconvénients qui résultent de son action sur la vessie sont facilement conjurés, depuis le jour où nous avons eu la précaution de recouvrir les vésicatoires d'un papier huilé et de les faire remplacer par un cataplasme au bout de quatre à six heures après leur application. « Il y a plus, ajoute M. Lancereaux, il m'est impossible de partager l'opinion unanime de nos collègues, à savoir l'interdiction du vésicatoire dans les cas de lésions rénales, cette opinion que nous avons partagée pendant longtemps, il nous a bien fallu l'abandonner devant l'évidence des faits ; qu'il me suffise de citer l'un de ceux qui ont le plus attiré mon attention.

En 1879, j'avais dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, un homme d'une cinquantaine d'années, atteint d'une néphrite conjonctive avec polyurie, albuminurie et urémie. C'était à une époque où j'hésitais à appliquer des moyens énergiques au traitement de ce dernier syndrome. Les crises de dyspnée intense que présentait mon malade revenaient chaque jour malgré l'emploi de diurétiques et de purgatifs, à tel point que mon malade faisait peine à voir. Un matin trouvant cette dyspnée plus intense que jamais, je confiai à mes élèves que la lutte n'était plus possible ; cependant, la percussion et l'auscultation m'ayant appris qu'un épanchement venait de se former dans la plèvre droite, je me décidai, malgré l'anurie du moment, à prescrire un large vésicatoire volant. Ma surprise fut grande lorsque, moins de deux jours plus tard, je m'aperçus que depuis cette application les urines étaient manifestement plus abondantes, une véritable polyurie ayant succédé à l'absorption d'une faible quantité de cantharides ; elle continua et le malade, dont l'enflure était excessive, vit disparaître son anasarque et sa dyspnée, à tel point qu'un mois plus tard, se trouvant absolument bien, et n'ayant plus d'albuminurie dans les urines, il réclama sa sortie et échappa ainsi à notre observation.

Depuis lors, il m'est fréquemment arrivé de faire appliquer des vésicatoires dans le seul but de réveiller la fonction des reins et de ramener les urines.

Tout médecin pratiquant sait les difficultés qu'il y a à se rendre maître des crises d'urémie, qu'en raison de la rapidité de leur succession j'appelle volontiers subintrantes ; il sait encore que, malgré l'intensité des accidents, il doit continuer le combat, si surtout il n'existe aucune complication inflammatoire du poumon ou du cœur, la mort dans l'urémie étant presque toujours l'effet du manque d'audace. Or, dans ces conditions, il vient parfois un moment où, l'organisme cessant de réagir, les diurétiques, les purgatifs même demeurent sans effet.

Eh bien, c'est alors, j'en demande pardon à M. Huchard, que m'est venue l'idée heureuse de recourir à l'emploi du vésicatoire. Voici comment :

En 1876, je soignais, avec M. le docteur Fébrer, une femme d'une cinquantaine d'années pour une néphrite saturnine due au maquillage. Cette femme, pour laquelle j'étais appelé environ une fois chaque semaine, me parut un jour, en raison de l'intensité de l'anasarque, de la dyspnée et du délire qu'elle présentait, dans un état désespéré. Pendant six semaines, je restai sans nouvelles, quand, un jour, rencontrant le docteur Fébrer, j'appris qu'elle n'était plus enflée, ni oppressée, et qu'elle avait repris sa vie ordinaire. Par curiosité, je voulus connaître la raison de ce changement inespéré et ne tardai pas à m'apercevoir qu'il tenait à l'existence d'une surface suintante d'environ 8 à 10 centimètres, survenue peu de temps après ma dernière visite. La malade continua de vivre sans malaise appréciable pendant encore plusieurs mois, puis elle succomba très rapidement. Son ulcère, qui suppléait à l'insuffisance urinaire, avait cessé de couler ; ainsi s'expliquent les faits de mort à la suite de la guérison d'ulcères rapportés par les anciens.

Ce fait m'ayant appris qu'à défaut de fonctionnement des reins et du tube digestif, la peau pouvait encore servir à l'élimination des matières excrémentitielles de l'organisme, j'ai depuis lors cherché à utiliser cette dernière ressource, soit à l'aide de l'huile de croton tiglium, soit à l'aide des vésicatoires.

En l'année 1885, je soignais un homme des plus robustes pour une affection grave des reins, dilatation du cœur, hyperhémie statique du foie et anasarque des plus considérables. L'action des diurétiques, des purgatifs et même la saignée ne parvenaient plus à combattre les accidents et surtout l'oppression qui était des plus intenses. L'idée me vint d'appliquer, avec toutes les précautions nécessaires, un vésicatoire sur l'une des jambes et de l'entretenir. Au bout de quelque temps, mon malade se trouva tellement soulagé, qu'il fut transporté à Montmorency où il passa un bon été. Malheureusement, la surface suintante n'ayant pas reçu des soins suffisants, il survint un phlegmon de la jambe qui fut soigné par notre regretté confrère, le docteur Horteloup. Tant que dura ce phlegmon et le suintement, le malade alla bien, mais un jour vint où il se cicatrisa entièrement ; c'est alors que je conçus des inquiétudes ; quelques jours plus tard, en effet, il fut emporté sans accident en apparence sérieux.

Grâce au vésicatoire, ce malade n'avait pas moins vécu une année, ce qui est beaucoup dans la situation matérielle où il se trouvait. »

---

## LE DIABÈTE PANCRÉATIQUE

Par M. le docteur Thiroloix.

Il existe un diabète pancréatique.

Ce diabète est dû à la suppression de la sécrétion interne du pancréas. L'absence de toute phase de dénutrition précédant l'apparition de la glycosurie, nous oblige à admettre comme désordre primitif l'arrêt subit de la sécrétion interne

du pancréas, arrêt provoqué par un désordre nerveux. Le foie, en dernière analyse, étant toujours l'organe directement ou indirectement lésé dans les types aigus du diabète sucré (parenté hépatique commune directe ou collatérale), on comprend l'uniformité du syndrome diabétique grave. Aussi avons-nous réuni, dans une seule et même description de notre thèse, le diabète nerveux de Cl. Bernard et le diabète pancréatique de Lancereaux ; *mais la pathogénie exige aujourd'hui leur séparation.*

Le foie reste ainsi le grand dispensateur de la glycosurie des diabètes ; mais cette glycosurie, qui fait confondre cliniquement « les diabètes graves nerveux et pancréatiques », est, en somme, amenée par des mécanismes variés. Il n'y a pas *un* diabète sucré, mais un syndrome glycosurique grave, que peuvent produire une multitude de lésions directes ou indirectes des cellules hépato-pancréatiques. Les diabètes nerveux et pancréatiques sont ainsi réunis par un symptôme identique, la glycosurie, qui mène à sa suite tous les autres phénomènes.

Les lésions organiques du pancréas, comme le cancer, les abcès, les gros kystes, se traduisent, au contraire, toujours au début par des symptômes de dénutrition (suppression de la sécrétion externe) : la glycosurie, qui les suit, est peu intense, irrégulière, en rapport avec la nature de l'alimentation (diminution de la sécrétion interne). Elle ressemble en tous points à la glycosurie expérimentale des animaux, dont le pancréas est lentement sclérosé et détruit.

Le pancréas forme avec le foie l'appareil glycoso-formateur de Claude Bernard. Les deux glandes, séparées topographiquement, sont réunies chez l'homme par le système veineux porte au point de vue fonctionnel. La suppression de la sécrétion interne du pancréas abolit la *fonction d'arrêt* du foie pour le sucre. Le pancréas, dont le rôle a paru si longtemps effacé, devient ainsi l'un des principaux rouages de l'économie, puisqu'il est indispensable au bon fonctionnement de la nutrition, de la calorification. Des quantités, pour ainsi dire impondérables, de son parenchyme suffisent pour assurer la marche régulière de la glycoso-formation. La glycosurie pancréatique humaine relève d'un trouble direct ou indirect, cellulaire ou nervo-cellulaire de la sécrétion interne du pancréas ; la maladie qu'elle traduit a donc sa place dans le cadre nosologique, à côté des affections de même ordre, la maladie d'Addison, le myxœdème, etc.

Ces données n'ont pas modifié le traitement du diabète. Toutes nos tentatives de greffe pancréatique, d'injection ou d'ingestion de sucs pancréatiques, lors de diabète pancréatique humain ou expérimental, ont toujours été incapables de modifier la thérapeutique de cette affection. (*Journ. de méd. int.*)

## L'ÉCLAIRAGE A L'ACÉTYLÈNE

Par M. Motais (d'Angers).

Je rappellerai tout d'abord que l'acétylène pur, liquéfié ou comprimé au-dessus de deux atmosphères, n'est jamais explosible. Il ne le devient que par son mélange à l'air ordinaire à partir de la proportion de 1 p. 100. Tout danger est donc évitable par l'emploi d'un appareil à basse pression et quelques précautions bien simples dans le maniement de cet appareil.

Ceci posé, voici, en résumé, les propriétés de l'éclairage à l'acétylène.

*Viciation de l'atmosphère.* — Les produits de combustion d'acétylène sont relativement moins abondants et moins toxiques que les produits de combustion des autres hydrocarbures.

*Échauffement.* — L'échauffement général de la salle et l'échauffement direct de la tête pendant le travail, qui peuvent atteindre un degré nuisible par le pétrole et le gaz de houille, sont considérablement réduits par l'acétylène et deviennent négligeables au point de vue de l'hygiène.

*Qualité de la lumière.* — La lumière de l'acétylène ne modifie pas les couleurs. Elle se rapproche donc, par la composition de son spectre, de la lumière solaire.

*Fixité.* — La lumière de l'acétylène, même s'il brûle à l'air libre, est d'une fixité absolue.

*Intensité.* — La lumière de l'acétylène est en moyenne quinze fois plus éclairante que celle du gaz de houille (bec modérateur). Utilisée dans les conditions indiquées plus haut, cette intensité permet de réaliser un éclairement normal pour l'usage public et privé.

Par ses qualités hygiéniques la lumière électrique reste la plus parfaite des lumières, mais l'éclairage par l'acétylène réalise un progrès incontestable sur tous les autres systèmes d'éclairage.

Il offre assez de sécurité et d'avantages hygiéniques pour justifier son emploi, même dans les villes pourvues de gaz. Mais son usage s'impose, au point de vue de l'hygiène, dans les établissements publics et les habitations privées des campagnes et des petites villes, notamment dans les collèges ruraux.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de l'incontinence nocturne d'urine.

(Mac Aliter.)

L'administration de l'atropine à doses croissantes serait une des médications les plus efficaces contre l'incontinence nocturne d'urine. Voici comment le docteur Mac Aliter formule ce traitement chez les enfants de douze à quatorze ans :

| | |
|---|---|
| Solution de sulfate d'atropine à 2 p. 100 . . . . . . . . | 5gr60 |
| Solution de chlorhydrate de strychnine à 2 p. 100 . . . . | 25 centigr. |
| Sirop d'éc. d'oranges amères. | 30 grammes. |

Prendre, à neuf heures du soir, v gouttes de ce sirop dans une cuillerée à bouche d'eau ; augmenter progressivement cette dose au besoin jusqu'à LX gouttes ; puis la réduire progressivement.

A partir de six heures du soir, le malade ne doit plus ingérer de liquides. On le réveillera à minuit et à six heures du matin, pour le faire uriner. Au bout de trois jours, la dose sera élevée à x gouttes, puis à xv au bout de trois autres jours et ainsi de suite, de façon à atteindre la dose quotidienne de xxx gouttes la quatrième semaine.

Quand l'incontinence persiste, la dose quotidienne de xxx gouttes est maintenue durant une semaine, puis augmentée de v gouttes tous les trois jours, jusqu'à ce que soit atteint le maximum de LX gouttes. La dose est ensuite diminuée de x gouttes tous les trois jours.

La principale incommodité qui résulte de ce traitement est l'impossibilité pour le malade de lire et d'écrire, en raison de la dilatation pupillaire. La médication est interrompue au bout de neuf semaines ; à ce moment, elle a généralement donné le résultat voulu.

En somme, on commence par administrer 6 décimilli-

grammes. L'addition de très faibles doses de strychnine a pour but de neutraliser l'action dépressive des fortes doses d'atropine. (*Gaz. hebd.*)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### RAPPORT

**Pleurésie purulente traitée par le sérum de Marmorek.** — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. Letellier, relatif à ce sujet.

L'observation de M. Letellier peut ainsi se résumer : pleurésie purulente post-pneumonique ; empyème ; arthrotomie scapulo-humérale ; injections de sérum antistreptococcique de Marmorek ; guérison.

Comme la valeur de ce sérum est très discutée en ce moment, M. Chauvel dit que son emploi dans les hôpitaux de l'armée est autorisé par le Comité technique de santé, et il a pu, en dépouillant les observations fournies par ses collègues militaires, s'assurer qu'aucun inconvénient n'avait été signalé à la suite d'injections même plusieurs fois répétées. Il est vrai qu'il y a désaccord absolu en ce qui concerne la valeur thérapeutique du sérum.

Sur dix cas d'érysipèle de la face il trouve trois succès complets ; disparition rapide de la fièvre, décoloration des surfaces malades, limitation du processus. Un observateur note la chute de la température, l'amélioration rapide de l'état général, pendant que persiste la lésion cutanée. Deux fois il y eut arrêt de l'érysipèle, mais après quelques jours survinrent de nouvelles poussées. Enfin, dans quatre cas, le résultat fut absolument nul.

Il est d'autant plus difficile de tirer une conclusion de ces observations que bien diverses ont été les conditions où la méthode fut mise en usage. Les uns se sont bornés à injecter une dose unique de 10 centimètres cubes de sérum, les autres ont répété les injections pendant trois, quatre et même cinq jours consécutifs. Certains y ont eu recours dès l'apparition de la plaque érysipélateuse ; quelques-uns le deuxième, le troisième et même le dixième jour seulement. Alors que des confrères renonçaient à toute médication locale, d'autres ajoutaient aux injections des applications antiseptiques émollientes sur les parties malades et l'ingestion de substances antipyrétiques.

M. Lemoine (du Val-de-Grâce) a utilisé le sérum de Marmorek dans vingt-sept cas d'érysipèle sans en retirer d'autres bénéfices que la diminution de la fièvre et une amélioration de l'état général. Le processus érysipélateux ne serait influencé ni dans sa marche, ni dans ses phénomènes locaux.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA CIRRHOSE DES BUVEURS

M. RENDU analyse un travail de M. Roché (de Toucy, Yonne), sur l'étiologie de l'alcoolisme dans la Bourgogne. M. Roché s'est livré à une enquête dans sa propre pratique et a adressé une question à ses confrères de la région. Quarante-deux médecins ont répondu à ce questionnaire, et il résulte de tous les faits observés en Bourgogne, que les citadins de certaines villes qui, seuls, boivent du vin plâtré, n'ont pas la cirrhose, que les paysans qui boivent du cidre ou du poiré n'ont pas la cirrhose, que ce sont seulement ceux qui boivent du vin blanc du pays et des apéritifs ou des liqueurs alcooliques qui deviennent cirrhotiques.

M. VALLIN communique une note de M. Britto, professeur au Brésil, qui déclare que la cirrhose y est très fréquente, bien que le vin y soit presque inconnu.

M. LANCEREAUX fait observer que cette note est en contradiction avec un travail d'un ancien interne des hôpitaux qui habite le Brésil, et qui a constaté qu'on y buvait du vin.

### ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux.

M. Bertin (de Nantes) a été élu au deuxième tour par 47 voix sur 67 votants, et M. Ledouble (de Tours), au troisième tour, par 40 voix sur 69 votants.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE VÉSICATOIRE

M. HERVIEUX ne saurait laisser sans réponse la terrible critique de M. Huchard, contre le vésicatoire. S'il doit à M. Huchard des remerciements pour sa parfaite courtoisie, il doit au vésicatoire trop de reconnaissance, après les nombreux services qu'il lui a rendus dans le cours de sa longue carrière, pour ne pas prendre sa défense et pour ne pas protester contre la condamnation prononcée contre lui par M. Huchard. M. Hervieux a presque honte d'avoir à défendre un remède dont l'efficacité semblait le placer au-dessus de toute atteinte.

Sa longue pratique lui a permis à la Maternité de constater combien, dans la péritonite puerpérale, le vésicatoire peut rendre de services. C'est un agent qui a sauvé la vie à une foule d'accouchées. Il atténue la douleur, diminue le météorisme, fait tomber la fièvre et remonter le pouls. Durant vingt-trois ans, dans son service de la Maternité, il l'a appliqué presque chaque jour, et il lui a rendu les plus grands services.

M. LANCEREAUX (Voir plus haut, p. 265).

### COMMUNICATIONS

**Le gaz à l'acétylène.** — M. MOTAIS (d'Angers) fait une communication sur ce sujet (Voir plus haut, p. 267).

**Tympan artificiel résonnateur.** — M. GARNAULT soumet à l'examen de l'Académie un tympan artificiel imaginé par lui et destiné à être utilisé par les sourds chez lesquels cet organe résonnateur est perforé, et par ceux qui ont subi l'opération de l'extraction de la membrane du tympan ou des osselets de l'oreille.

Ce dispositif, entièrement construit en or, pour être inaltérable, se compose essentiellement d'une mince plaquette terminale, au centre de laquelle est fixée une tigelle droite enroulée en une large spirale à son extrémité.

**Transmissibilité de la rougeole de l'homme aux animaux.** — M. JOSIAS, en vue d'élucider cette question, a entrepris diverses expériences. Il a badigeonné la muqueuse de la gorge et du nez de dix porcelets avec des pinceaux préalablement stérilisés, puis chargés de mucus pris dans la bouche d'enfants rubéoliques en pleine éruption. Les résultats ont été négatifs.

Les mêmes badigeonnages ont été faits sur huit singes, cinq macaques, trois sajoux. On y a ajouté chez quelques-uns des injections de sang rubéolique. Les macaques se sont montrés réfractaires ; les sajoux ont présenté une fièvre éruptive avec marche de la température identique à celle de la rougeole.

M. Josias conclut de ces faits : 1° que les singes peuvent contracter de l'homme la rougeole ; 2° que les macaques semblent réfractaires, tandis que les sajoux paraissent très aptes à contracter cette maladie.

### COMMISSIONS DE PRIX

L'Académie procède à l'élection des commissions de prix pour l'année 1898. Ont été élus :

*Prix de l'Académie.* — MM. Cornil, François-Franck et Duguet.

*Prix Alvarenga.* — MM. Landouzy, Planchon et Laveran.
*Prix Aubert.* — MM. Bouchard, Lannelongue et Rendu.
*Prix Baillarger.* — MM. Laborde, Magnan et Motet.
*Prix Barbier.* — MM. Rendu, Railliet et Besnier.
*Prix Boullard.* — MM. Napias, Dumontpallier et Magnan.
*Prix Bourceret.* — MM. Marey, Malassez et Weber.
*Prix Buignet.* — MM. d'Arsonval, Caventou et Bourquelot.
*Prix Buisson.* — MM. Javal, L.-Championnière et Fernet.
*Prix Capuron.* — MM. Charpentier, Guéniot et Porak.
*Prix Chevillon.* — MM. Potain, Pinard et Perier.
*Prix Civrieux.* — MM. Empis, Cadet de Gassicourt et Magnan.
*Prix Clarens.* — MM. Roussel, Vallin et Napias.
*Prix Daudet.* — MM. Ranvier, L.-Championnière et Cornil.
*Prix Desportes.* — MM. Edwards, Laboulbène et Ferrand.
*Prix Falret.* — MM. Brouardel, Lancereaux et Debove.
*Prix Godard.* — MM. Kelsch, Hérard et Duguet.
*Prix Herpin (de Metz).* — MM. Chauvel, Guyon et Fournier.
*Prix Herpin (de Genève).* — MM. Dieulafoy, Huchard et Bucquoy.
*Prix Huguier.* — MM. Budin, Polaillon et Pozzi.
*Prix Laborie.* — MM. Labbé, Tillaux et Richelot.
*Prix Laënnec.* — MM. Pozzi, Cadet de Gassicourt et Grancher.
*Prix du baron Larrey.* — MM. Chauveau, Marty et Laboulbène.
*Prix Laval.* — MM. Jaccoud, Mathias-Duval et Brouardel.
*Prix Louis.* — MM. Duclaux, Laborde et Nocard.
*Prix Mège.* — MM. Hallopeau, Hayem et Regnard.
*Prix Meynot.* — MM. Ch. Monod, Le Dentu et Duplay.
*Prix Monbinne.* — MM. Leblanc, Blanchard et Delorme.
*Prix Nivet.* — MM. Vallin, Proust et Lereboullet.
*Prix Orfila.* — MM. Hanriot, Jungfleisch et Pouchet.
*Prix Portal.* — MM. Dieulafoy, Trasbot et Roux.
*Prix Roger.* — MM. Le Roy de Méricourt, Guéniot et Cadet de Gassicourt.
*Prix Saintour.* — MM. de Lacaze-Duthiers, Duguet, Joannès Chatin, Berger et Mégnin.
*Prix Stanski.* — MM. Robin, Dumontpallier et François-Franck.
*Prix Tremblay.* — MM. Fournier, Hallopeau et Guyon.
*Prix Vernois.* — MM. Henri Monod, Gauthier et Proust.

La séance est levée.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux (1),** professées à la Salpêtrière, par le professeur Raymond.

« Partir d'un fait clinique, pour envisager les problèmes de pathologie nerveuse, tels qu'ils se présentent dans la réalité, en montrant combien souvent l'individualisme pathologique des malades s'harmonise mal avec les descriptions didactiques des maladies, produits d'une synthèse arbitraire ou prématurée ; poursuivre la solution de ces problèmes en faisant appel, dans la plus large mesure possible, aux travaux d'autrui, sans rien abandonner de ses opinions personnelles, » tel est le programme que trace et qu'adopte M. le professeur Raymond dans le second volume de ses leçons doctrinales professées à l'hospice de la Salpêtrière.

Ce deuxième volume ne le cède en rien au premier, et on y retrouve la même abondance de faits, la même clarté dans leur exposition, le même souci de l'expression juste, la même sincérité clinique qui avaient séduit à la lecture du premier volume.

(1) In-8°, 2e série. Prix : 18 francs. — Paris, O. Doin.

Les premières leçons (de 1 à 18) contiennent l'exposé le plus complet qui soit actuellement, de la difficile question des polynévrites. Dans ces chapitres sont successivement analysés les rapports des polynévrites avec la paralysie ascendante aiguë de Landry, puis les polynévrites toxiques : sulfo-carbonée, oxalique, arsenicale ; les polynévrites infectieuses : diphtérique, tuberculeuse, typhique ; enfin les polynévrites auto-toxiques : dans le diabète, le rhumatisme, le cancer, etc.

Cette longue série se termine par deux leçons très documentées, où l'on trouve nettement exposé le traitement de ces manifestations.

Les autres leçons ont trait à des sujets distincts : les paralysies radiculaires du plexus brachial, la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte, l'atrophie musculaire myélopathique, l'hématomyélie, la syphilis héréditaire de la moelle, etc.

Détachons-en quelques-unes parmi les plus importantes, celles qui traitent de l'ataxie locomotrice.

Trois leçons sont consacrées au tabes ; dans la première se trouve compendieusement étudiée l'évolution de la maladie, évolution si protéiforme et si déconcertante : ne peut-on pas affirmer, en effet, que s'il y a beaucoup de tabétiques, il n'en est pas deux qui se ressemblent ? Chez chaque malade, l'affection a une physionomie spéciale. A côté du cas type où la maladie évolue de bas en haut en quelque sorte, où les signes les premiers en date sont : l'abolition du phénomène du genou, les douleurs fulgurantes, l'anesthésie plantaire, etc., il en est d'autres où les premiers phénomènes cliniques apparaissent aux membres supérieurs. Très souvent aussi, le tabes débute par des manifestations céphaliques ou bulbaires, etc.

Ne pourrait-on pas faire autant de formes cliniques de ces cas où le tabes a son évolution troublée par l'apparition de phénomènes graves qui en assombrissent singulièrement le pronostic : troubles respiratoires, cardio-vasculaires, urinaires ?

Le professeur Raymond insiste avec grande raison sur ces différents points, et termine cette longue étude du tabes par l'exposé complet du traitement de l'incoordination motrice par la rééducation des muscles ou méthode de Frenkel. C'est là un sujet encore nouveau et tout à l'ordre du jour, dont il était utile de savoir la valeur exacte.

Il faudrait analyser l'une après l'autre toutes ces leçons. Il n'en est pas une qui n'emporte avec elle son intérêt et son enseignement. C'est le plus grand éloge qu'on en puisse faire ; c'est la meilleure raison que l'on ait d'engager à les lire.

**Nouveaux éléments de pathologie chirurgicale générale (1),** par MM. Fr. Gross, J. Rohmer, A. Vautrin et Paul André.

Il y a quelques années déjà lorsque parurent les « Éléments de pathologie et de clinique chirurgicales » de MM. Gross, Rohmer et Vautrin, nous avons dit tout le bien que cette publication méritait. Cet ouvrage chirurgical devait prendre place, en bon rang, au milieu des publications similaires. Il se faisait remarquer par son style sobre et concis, ses chapitres riches en faits, et surtout par le soin que les auteurs avaient pris de tenir leur travail au courant de toutes les publications les plus modernes. C'était là une qualité indispensable, aujourd'hui qu'un livre vieillit si vite, surtout en chirurgie.

C'est même à cause de cette transformation rapide et profonde de la science chirurgicale que les auteurs avaient

(1) In-8°. Prix des deux volumes : 14 francs. (Le premier seul a paru, le second se paie à l'avance.) — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ajourné la publication des chapitres se rapportant à la pathologie chirurgicale spéciale. Ils avaient préféré laisser l'évolution scientifique suivre son cours et attendre que les modifications entrevues en pathologie générale fussent mieux étayées et que nombre de problèmes, encore en discussion, fussent résolus. Telles sont les raisons qui ont fait ajourner, jusqu'à ce jour, la publication des chapitres de pathologie générale, qui comprendront deux volumes.

Aujourd'hui paraît le premier volume, subdivisé en trois livres principaux.

Le premier traite des lésions traumatiques provoquées par les lésions mécaniques et est dû à la plume de M. Gross. Le second étudie ces mêmes traumatismes dus aux agents physiques, les complications des lésions traumatiques, la pathologie des cicatrices, les maladies septiques et virulentes : il a été écrit par M. Vautrin. Enfin ce tome premier se termine par l'étude des tumeurs par M. Gross.

Les mêmes qualités que nous avons signalées à l'occasion des premiers volumes se retrouvent ici. Même sobriété dans l'expression ; pas de phrases inutiles, une sage concision, qui ne nuit en rien à la richesse des documents accumulés, une bibliographie très au courant et fort exacte. Telles sont les principales qualités de cette publication qui tient le milieu entre le traité complet et le simple manuel.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Potain est nommé assesseur du doyen de la Faculté de médecine de Paris.

— DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

1° *Officier de l'Instruction publique.* — M. le docteur Wilhem, médecin de la manufacture des Gobelins.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Lelong, conseiller municipal à Chartres, médecin du collège des jeunes filles et de l'école normale des instituteurs; et Rossi, médecin-inspecteur des écoles, à Marseille.

— Sont nommés dans l'ordre beylical du Nichan-Iftikhar :

*Au grade de grand-officier.* — M. Debaussaux, médecin-inspecteur du cadre de réserve.

*Au grade de commandeur.* — M. Richard, médecin-major de première classe au 27e d'infanterie.

*Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe Ribière et Bérard.

— Par décision ministérielle, en date du 5 mars 1898, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Sockeel, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Hecquin, pour l'hôpital militaire de Belfort.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Maguin, pour le 26e d'infanterie. — Munschina, pour l'hôtel national des Invalides. — Pichon, pour le 4e spahis.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Dopter, pour le 24e d'infanterie.

— Les permutations concertées entre : 1° MM. les médecins principaux de la marine Vantalon, embarqué sur le *Magenta* à Toulon, et Thémoin, médecin-major du 5e régiment d'infanterie de marine à Cherbourg; et 2° MM. les médecins de deuxième classe Giraud (J.), médecin-major du *Papin*, en armement à Toulon, et Cras, embarqué sur l'*Amiral-Duperré* (escadre de la Méditerranée), sont autorisées.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Demeure est nommé chef des travaux de physique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours pour trois places d'aide d'anatomie vient de se terminer par la nomination de MM. Carrel-Billard et Vignard *ex æquo*, et de M. Carles, internes des hôpitaux.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Marceau est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Caen.* — M. le docteur Frémont, pharmacien de première classe, licencié ès sciences physiques, est chargé des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

M. Chevrel est chargé d'un cours d'histoire naturelle.

M. Léger est chargé des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Marseille.* — Le concours pour une place de chef de clinique d'accouchement s'est terminé par la nomination de M. le docteur Pujol.

— *École de médecine de Rennes.* — M. le docteur Le Damany est institué chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— M. le docteur Montprofit est nommé chirurgien du lycée d'Angers (emploi nouveau).

— Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés membres des comités d'inspection et d'achats de livres des bibliothèques des villes suivantes :

AIX : M. Chabrier. — ARLES : M. Talon. — MARSEILLE : MM. Broullon, Gariel et Laget. — TARASCON : M. Martin.

— Une ligue anti-alcoolique s'est formée au chef-lieu du canton d'Agen, sous la présidence d'honneur de M. le docteur Labrousse, sénateur de la Corrèze.

— Sur 162 femmes inscrites comme étudiantes à l'Université de Berlin, une seule est inscrite à la Faculté de médecine, 3 sont inscrites à la Faculté de théologie, 3 à celle de droit et toutes les autres à celle de philosophie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baudéan (de Bordeaux); Dartigue (de Simorre); A. Didier, chef des travaux de physiologie et de physique à la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille; Gayraud (de Montpellier); Leclercq (d'Arras); Méric (de Saint-Sulpice-de-Lezat); J.-B. Richaud (de Marseille); Termonia (de Seraing).

— M. le docteur Albert Robin, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, reprendra le cours de ses leçons, sur les maladies de la nutrition, à l'hôpital de la Pitié, tous les lundis à neuf heures et demie du matin, à partir du 14 mars 1898.

— Un cours et des travaux pratiques de bactériologie médicale commenceront le 28 mars, à deux heures, à l'École de médecine, au laboratoire de bactériologie de M. le professeur Cornil, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon. — Se faire inscrire au laboratoire, à l'École pratique, de deux à cinq heures.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des Voyages Duchemin, deux excursions permettant de visiter (tous frais compris), la première : la Corse, du 17 mars au 7 avril ou du 6 avril au 27 avril. — Prix au départ de Paris : 1re classe, 630 francs ; 2e classe, 575 francs. — La seconde : la Palestine et la Syrie, du 23 mars au 16 mai. — Prix au départ de Paris : 1re classe, 2 960 francs ; 2e classe, 2 750 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, au bureau de la Société des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris.

— La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'Agence des voyages économiques, une excursion en Espagne, à Gibraltar et au Maroc (du 18 mars au 21 avril). — Prix au départ de Paris (tous frais compris) : 1re classe, 1 390 francs ; 2e classe, 1 290 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et rue Auber, 10, à Paris.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 30. — SAMEDI 12 MARS 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 12 MARS 1898. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### Les gaz de l'estomac.

Par Jean Ch. Roux, interne des hôpitaux de Paris.

I.

**Les gaz de l'estomac à l'état normal.** — A l'état normal il existe constamment des gaz dans le tube digestif : on ne trouve guère que le nouveau-né qui fasse exception à cette règle ; mais déjà quelques heures après la naissance, avant même l'ingestion de lait, d'après Beaunis, les gaz arrivent dans l'estomac, entraînés probablement par les premières gorgées de salive dégluties.

On a pu constater de différentes façons la *présence de gaz dans l'estomac*; par l'autopsie d'animaux immédiatement après leur mort, ou même par l'autopsie de suppliciés (Magendie et Chevreul), on a montré qu'ils existent à l'état normal ; d'autre part, Hoppe Seyler, par un procédé qu'il a imaginé et que nous décrirons plus loin, a pu toujours recueillir dans l'estomac quelques bulles de gaz. Enfin, différents signes cliniques permettent aussi de reconnaître leur présence : pour ne pas entrer dans les discussions qu'a soulevées la valeur séméiologique du clapotage stomacal, nous ne citerons que le tympanisme gastrique : le son, rendu par l'estomac à la percussion, indique par sa tonalité élevée et par sa résonnance la présence des gaz dans cette cavité.

Le volume des gaz contenus dans l'estomac paraît assez variable d'un sujet à l'autre; on peut citer comme exemple les recherches de Magendie et de Chevreul (1) : sur deux suppliciés, l'un de vingt-quatre ans, l'autre de vingt-trois, qui, deux heures avant l'exécution avaient mangé le même repas, on trouva chez l'un une quantité de gaz suffisante pour faire l'analyse; chez l'autre, au contraire, une seule bulle gazeuse. Sur ce point particulier, il est difficile d'émettre une opinion précise, nous ne connaissons aucun procédé pour mesurer le volume des gaz contenus dans l'estomac, ce qui aurait pourtant un intérêt considérable dans l'étude de bien des syndromes pathologiques.

(1) Chevreul. *Ann. de chir. et de physique*, 1815.

Quelques auteurs ont mesuré la tension des gaz de l'estomac; ils sont tous arrivés au même résultat. Nous résumerons ici la remarquable étude de von Moritz (1) : la technique employée est très simple, on introduit dans l'estomac un tube en caoutchouc, terminé à son extrémité stomacale par une petite ampoule en caoutchouc souple; une fois le tube en place, on distend légèrement l'ampoule en y insufflant un peu d'air, puis on adapte l'extrémité libre du tube à un manomètre. En laissant l'ampoule dans la portion supérieure de l'estomac, on trouve une pression peu élevée, de 6 à 8 centimètres d'eau en moyenne : autour de ce niveau moyen la colonne d'eau présente des oscillations constantes dues aux différents mouvements qui agissent continuellement, pour comprimer ou dilater les gaz qui composent cette petite atmosphère gastrique : les mouvements inspiratoires du diaphragme augmentent la pression abdominale et amènent une élévation de pression de 4 à 12 centimètres d'eau. Les variations de volume du cœur pendant la systole ou la diastole se marquent aussi sur l'atmosphère gastrique et donnent des pressions de 0,5 à 2 centimètres d'eau; enfin, on constate encore des élévations de pression dues aux contractions propres de l'estomac : au niveau de la grande courbure, elles amènent une augmentation de pression de 2 à 6 centimètres d'eau; mais si l'on enfonce profondément l'ampoule jusque vers le pylore, on note l'augmentation de pression de 50 centimètres d'eau, due probablement, d'après von Moritz, aux contractions plus violentes de la région prépylorique : cette interprétation de von Moritz est juste ; nous avons pu le constater directement, M. Balthazard et moi (2), à l'aide des rayons X.

Nous avons aussi quelques renseignements sur la nature des gaz de l'estomac à l'état normal : les premières recherches remontent à 1815 et sont dues à Magendie et à Chevreul (3); les gaz furent recueillis par Magendie sur un supplicié de vingt-quatre ans, qui, deux heures avant l'exécution, avait mangé du pain et du fromage et bu de

(1) Von Moritz. *Zeits. f. biol.*, t. XXXII, p. 313.
(2) Balthazard et Jean Ch. Roux. Soc. de biol., juillet 1897.
(3) Chevreul. Loc. cit.

l'eau rougie. Ces gaz furent analysés par Chevreul. Il trouva pour 100 volumes

| | |
|---|---|
| O. . . . . . . . . . . | 11 vol. |
| $CO^2$. . . . . . . . . . | 14 vol. |
| H. . . . . . . . . . . | 3,55. |
| Az. . . . . . . . . . . | 71,45. |

D'autres auteurs ont étudié les gaz sur l'animal, et leurs variations suivant le genre de nourriture ; voici les résultats obtenus par Planer et Tappeiner, tels qu'ils sont rapportés dans la Chimie biologique de A. Gautier, p. 556.

*Composition centésimale volumétrique des gaz de l'estomac.*

| | Chien nourri de viande (3 h. après repas). *Planer.* | Chien nourri de légumes secs (3 h. ap$^s$ repas). *Planer.* | Porc nourri 14 jours de choux. *Tappeiner.* | Porc nourri 3 j. de lait et de viande. *Tappeiner.* | Oie nourrie d'avoine et d'orge. *Tappeiner.* | Lapin nourri de pois (3 semaines). *Tappeiner.* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $CO^2$. . | 25,2 | 32,9 | 53,8 | 42,4 | 62,7 | 16,6 |
| O. . . | 6,1 | 0,8 | 2,3 | 5,4 | 0,0 | 1,3 |
| Az. . . | 68,4 | 66,3 | 17,5 | 40,1 | 6,0 | 76,2 |
| H. . . | 0,0 | 0,0 | 25,2 | 12,2 | 31,3 | 2,1 |
| $CH^4$. . | 0,0 | 0,0 | 1,4 | 0,0 | 0,0 | 3,8 |
| | | | Estomac acide. Beaucoup de gaz. | Estomac très acide. Beaucoup de gaz. | | |

Comme on le voit, par leur composition ces gaz se rapprochent beaucoup de l'air atmosphérique. La proportion considérable d'azote en est la preuve la plus frappante ; mais on trouve, en outre, des quantités notables d'acide carbonique et d'hydrogène, qui ne proviennent pas de l'air dégluti ; on peut dire la même chose pour le formène ($CH^4$). L'étude que nous allons faire de l'origine de ces gaz nous révélera la raison de ces différences.

Origine des gaz de l'estomac. — A l'état normal, en effet, les gaz de l'estomac proviennent surtout des bulles d'*air atmosphérique*, entraînées par chaque bouchée que l'on déglutit. Mais, comme nous l'a déjà indiqué l'analyse chimique des gaz, d'autres causes interviennent qui modifient cette composition : ce sont, d'une part, les *fermentations* dues aux ferments figurés, microbes des levures ; c'est, d'autre part, la résorption ou l'exhalaison de gaz à travers la paroi gastrique : à côté de ces trois causes principales, nous signalerons quelques autres causes que l'on a invoquées, mais dont le rôle est secondaire et parfois même discutable.

1° *Déglutition.* — La déglutition des premières gorgées de salive, chez le nouveau-né, entraîne dans le tube digestif, vide de gaz et aseptique, les premières bulles d'air et avec elles les premiers germes (Popoff, Escherich) ; puis, constamment durant la vie la déglutition continue, pendant les repas et dans leur intervalle, amenant continuellement de l'air dans l'estomac. On peut même se servir de ce procédé pour distendre artificiellement l'estomac ; dans son *Traité des maladies du cœur*, Durosiez conseille « de faire boire le malade à petits coups, pour distendre l'estomac dont le son, rendu plus clair, permet de limiter le bord inférieur du cœur ».

L'air peut aussi être dégluti seul, sans être mélangé à de la salive ou à des aliments. Cette déglutition est parfois involontaire : d'après Viault et Jolyet, la base de la langue venant toucher les parois du pharynx, amène un mouvement de déglutition qui, à défaut de salive, entraîne de l'air ; mais, dans la plupart des cas, la déglutition de l'air est volontaire ; le bol aérien est avalé avec une sorte d'effort, une fois dans le pharynx et dans l'œsophage, il descend lentement ; pour le pousser jusqu'au cardia, il faut souvent une série de déglutitions rapprochées (1) ; souvent, d'ailleurs, le bol aérien ne pénètre pas dans l'estomac, il s'arrête dans l'œsophage et ressort en produisant une éructation œsophagienne, suivie fréquemment d'une éructation gastrique : c'est pour cela que la déglutition de l'air est si fréquente ; bien des personnes qui éprouvent une sensation de gêne et de distension après le repas, essayent de provoquer des éructations gastriques, en déglutissant de l'air. M. Robin recommande même ce procédé pour vider rapidement l'estomac distendu par les gaz, après quelques tâtonnements presque tous les malades y parviennent.

Nous pouvons signaler d'ores et déjà que, chez les hystériques, cette déglutition d'air atmosphérique, avec rejet immédiat, peut devenir une manifestation des plus gênantes. Ces éructations artificielles surviennent, en général, par accès, souvent à la suite d'une émotion. On peut se rendre facilement compte de leur mécanisme ; il y a d'abord une déglutition rapide d'air, le bol aérien reste dans l'œsophage ou descend dans l'estomac ; mais aussitôt après, l'air qui vient d'être dégluti est rejeté dans une éructation bruyante. Dans ce phénomène, le rôle essentiel doit être attribué aux muscles du pharynx, c'est « un spasme clonique du pharynx », d'après l'expression de Bouveret. Si l'on empêche tout mouvement de déglutition en maintenant la bouche ouverte, les éructations cessent immédiatement ; ce moyen très simple a pu même, dans certains cas, permettre d'obtenir la guérison définitive (Bouchard).

2° *Fermentations.* — Parmi les causes qui modifient la composition de l'air dégluti, nous citerons d'abord les fermentations ; elles existent presque toujours, l'estomac réalisant les conditions favorables à la vie microbienne, car c'est bien une sorte d'étuve humide à température constante, où séjournent les substances nutritives, riches elles-mêmes en microbes ; le nombre des ferments figurés qui existent dans un estomac, même normal, est, en effet, considérable, nous avons à cet égard des recherches d'Abelous (2), qui a étudié la flore bactérienne de son propre estomac ; il a noté seize espèces de microbes, dont sept connues et classées ; d'autre part, à côté de ces microbes, il existe différentes levures et des sarcines. Toutefois, à l'état normal, ces nombreux micro-organismes déterminent peu de fermentations ; comme nous le verrons plus loin, leur rôle acquiert quelque importance seulement lorsque les fonctions motrices de l'estomac sont troublées ; chez l'individu bien portant, la courte durée du séjour des aliments dans l'estomac (cinq à six heures environ) ne leur laisse pas le temps de se développer.

Pourtant en dehors de tout état pathologique, on trouve assez fréquemment de l'acide lactique, quoi qu'ait soutenu Boas, qui faisait de cette fermentation un caractère spécifique du cancer ; la fermentation butyrique, assez constante

(1) « L'estomac devient parfois une sorte de réservoir d'air qui permet de prolonger le séjour dans un milieu irrespirable, c'est ce que le professeur Lacassagne a constaté chez un plongeur, le capitaine James qui pouvait, grâce à ce moyen, rester plus de quatre minutes complètement immergé » (Vauthey. Th. de Lyon, 1896.)

(2) Abelous. Th. de Montpellier, 1889.

elle aussi, produit de l'acide carbonique et de l'hydrogène; quant au gaz des marais, il prend naissance dans le dédoublement de la cellulose et les hydrates de carbone.

3° *Exhalaison des gaz.* — Nous avons déjà cité, parmi les causes qui modifient la composition de l'air dégluti, les échanges gazeux à travers la muqueuse. Autrefois on leur a fait jouer un très grand rôle; la plupart des anciens auteurs tenaient ce phénomène pour normal; leur principal argument c'était l'expérience connue de Magendie : si l'on isole entre deux ligatures une anse intestinale attachée à son mésentère, elle est bientôt distendue par des gaz. Pourtant cette expérience, faite à une époque où la bactériologie n'existait pas, et où les fermentations étaient mal connues, n'a pas grande importance : la moindre parcelle alimentaire peut produire des quantités considérables de gaz; « il suffit de 6 centigrammes d'amidon ou de sucre pour fournir par décomposition 125 centimètres cubes de gaz » (Brinton).

Mais si, à vrai dire, il n'existe pas d'exhalaison gazeuse, il se produit pourtant des phénomènes d'osmose entre le sang qui circule dans les vaisseaux de la muqueuse et l'air contenu dans l'estomac. « Le sang absorbe l'oxygène et exhale deux volumes d'acide carbonique par volume d'oxygène absorbé, c'est pourquoi la proportion d'oxygène contenue dans l'estomac est excessivement faible et la proportion d'acide carbonique très considérable ». [Landois (1)]. Ces échanges gazeux se continuent tout le long du tube digestif, et en fin de compte l'oxygène est complètement absorbé; à la partie inférieure de l'intestin on n'en trouve plus trace. Certains auteurs ont même voulu voir dans ce fait l'analogue de la respiration stomacale qui existe chez certains animaux inférieurs. Ainsi les cubitis avalent l'air à la surface de l'eau, en absorbent l'oxygène dans l'intestin, et rejettent finalement par l'anus cet air chargé d'acide carbonique [Ermann (2)]. Ne s'agit-il pas plutôt d'un phénomène d'osmose, qui se rencontre partout où des gaz sont en contact avec une membrane vivante; ainsi l'air, épanché dans la plèvre, subit les mêmes modifications que l'air contenu dans l'estomac.

En résumé, les gaz de l'estomac à l'état normal proviennent surtout de l'air dégluti; à cela s'ajoute une petite quantité de gaz produite par les fermentations ou venant par osmose des gaz du sang. On a signalé encore quelques origines possibles; c'est ainsi que les carbonates de la salive, décomposés par l'acide chlorhydrique de l'estomac, donnent naissance à de petites quantités d'acide carbonique. La salive contient aussi une petite quantité de gaz dissous, qui peuvent peut-être se dégager dans l'estomac. Enfin, les gaz de l'intestin pourraient arriver dans l'estomac en forçant le pylore : la présence du gaz des marais qui, d'après Landois, ne se forme que dans l'intestin, à l'abri de l'oxygène, en donnerait la preuve; quoi qu'il en soit, ce ne sont là que des causes accessoires et de peu d'importance.

Évacuation des gaz de l'estomac. — Comment et où s'en vont les gaz ainsi amassés dans l'estomac? Habituellement, les deux orifices, le cardia et le pylore, sont fermés; cette fermeture des deux orifices est prouvée par ce fait qu'en introduisant un manomètre dans l'estomac, on peut enregistrer les contractions du diaphragme et même les battements du cœur, comme nous l'avons vu plus haut; l'estomac représente donc une poche élastique et contractile, tendue par les gaz et formant dans l'abdomen une atmosphère bien circonscrite. Lorsque le pylore s'ouvre pour laisser écouler le liquide contenu dans l'estomac, par exemple, il passe en même temps une petite quantité de gaz dans l'intestin; après l'ingestion d'eau, qui commence à s'évacuer par petites portions presque aussitôt après son arrivée dans l'estomac, si l'on ausculte au niveau de la région pylorique, on entend un glouglou indiquant l'existence de bulles gazeuses dans le liquide qui s'échappe par le pylore. D'autre part, si la pression augmente beaucoup, cette évacuation de gaz par le pylore est bien plus rapide; une potion de Rivière ingérée ne distend l'estomac que pendant quelques minutes, puis les gaz disparaissent. Parfois même une excitation vient faciliter l'évacuation des gaz lorsque la tension est trop élevée.

Fonctions des gaz de l'estomac. — On a assigné aux gaz de l'estomac un certain nombre de fonctions plus ou moins vraisemblables; Glénard, fidèle à ses explications purement mécaniciennes, attribue aux gaz du tube digestif « le rôle de relever les anses intestinales, en diminuant leur poids spécifique et en assurant ainsi la perméabilité du conduit » [Vauthey (1)]. Cette façon d'expliquer les choses, en comparant toujours le tube digestif à un conduit inerte, tandis que c'est un canal qui vit et qui est animé de mouvements, ne nous paraît guère satisfaisante : c'est probablement en se basant sur ces idées que Günzburg (2) a imaginé de faire absorber de la levure de bière dans les cas d'entéroptose; les gaz ainsi produits devraient distendre les anses intestinales, les rendre plus légères et les relever.

En réalité, les gaz contenus dans l'abdomen interviennent surtout pendant l'effort : ils jouent, par rapport à l'abdomen, le même rôle que l'air inspiré par rapport à la cage thoracique; ils fixent les parois et fournissent aux muscles qui se contractent un point d'appui résistant. On trouve un exemple curieux de ce rôle des gaz de l'estomac, chez le malade porteur d'une fistule gastrique, étudié par Charles Richet (3); lorsque la sonde était débouchée, le malade ne pouvait plus faire d'effort considérable, le point d'appui que la paroi abdominale doit donner à la contraction du diaphragme par l'intermédiaire des gaz de l'estomac et de l'intestin lui faisant défaut.

## II

**Les gaz de l'estomac à l'état pathologique.** — Les gaz de l'estomac que nous venons d'étudier à l'état normal peuvent présenter certaines différences dans leur quantité, leur nature et leur tension au cours de plusieurs affections gastriques; ces variations ont une importance considérable, car elles se traduisent presque toujours par des symptômes, plus ou moins gênants, dont se plaignent les malades : c'est l'augmentation du volume des gaz qui, par la distension de l'estomac, provoque les manifestations les plus pénibles; nous décrirons deux types de cette distension de l'estomac, suivant que les gaz sont produits par les fermentations anormales du contenu gastrique, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, ou qu'ils proviennent, au contraire, d'une autre origine, par exemple de la déglu-

(1) Landois. *Traité de physiologie.*
(2) Cité par Landois. Loc. cit.

(1) Vauthey. Loc. cit.
(2) Cité par Vauthey. Loc. cit.
(3) Ch. Richet. Th. de Paris, 1878, p. 161.

tition de l'air, comme cela arrive dans une variété du tympanisme hystérique.

Dans un autre groupe, il nous faut ranger les faits où la tension des gaz contenus dans l'estomac se trouve diminuée : nous aurons à discuter à ce propos le rôle que l'on a voulu faire jouer dans la pathogénie de l'entéroptose à cet abaissement de tension.

1° Augmentation du volume des gaz par fermentations anormales. — Dans le plus grand nombre des cas, l'augmentation des gaz stomacaux reconnaît pour cause les fermentations anormales. Malgré le nombre considérable de bactéries et de levures contenues dans l'estomac, nous avons vu plus haut que les gaz de fermentations étaient peu considérables lorsque toutes les fonctions de l'estomac s'accomplissaient bien. Il n'en va pas de même à l'état pathologique; dans beaucoup d'affections gastriques, on voit ces produits de fermentation augmenter considérablement ; bien que l'on ne sache pas encore apprécier, d'une façon exacte, le volume des gaz contenus dans l'estomac, on peut, néanmoins, d'après un certain nombre de signes, conclure à leur augmentation : ce sont ces symptômes que nous allons étudier d'abord ; nous verrons ensuite à quel trouble de fonctions motrices ou sécrétoires de l'estomac, il faut rapporter ces fermentations exagérées.

*Symptômes dus à l'augmentation des gaz de l'estomac.* — Lorsque le volume des gaz contenus dans l'estomac augmente beaucoup, les malades se plaignent d'un certain nombre de symptômes subjectifs qui font déjà soupçonner la distension de l'estomac par les gaz : c'est en particulier une sensation de pesanteur apparaissant à la région épigastrique, après le repas, s'accroissant peu à peu, en s'accompagnant d'une sensation de gonflement et de gêne respiratoire ; le tympanisme de l'espace de Traube est exagéré et l'on constate l'existence d'une voussure *épigastrique* ; souvent, en même temps, il y a quelques palpitations, une légère accélération du cœur, un peu d'oppression ; quelquefois ces sensations atteignent une intensité considérable et chez certains malades, souffrant déjà d'une affection pulmonaire ou cardiaque, emphysème, bronchite, insuffisance mitrale [Boas (1)], on peut observer des accès de dyspnée tout à fait comparables à l'asthme. En général, la production exagérée de gaz s'accompagne d'éructations abondantes, tantôt inodores, tantôt à odeur acétique, butyrique ou fétide : en même temps, il y a souvent des nausées, du pyrosis, des régurgitations.

La douleur due à la distension gazeuse de l'estomac n'est pas, en général, très violente : c'est plutôt une sensation de gêne douloureuse. Des recherches expérimentales ont montré, du reste, qu'il suffit d'une augmentation de tension peu considérable pour la faire apparaître ; c'est un mode de sensibilité commun à tous les muscles creux et que l'on peut mesurer facilement sur l'estomac.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la sensibilité de l'estomac à la distension sont arrivés à peu près aux mêmes résultats ; lorsque la tension des gaz de l'estomac, qui est de 8 à 12 centimètres d'eau à l'état normal, arrive à 20 centimètres d'eau, la sensation douloureuse apparaît : c'est le chiffre donné par Jaworsky (2), c'est aussi celui que donne Kelling ; dans ses essais pour mesurer la grandeur de l'estomac, il insufflait de l'air jusqu'au moment où le sujet accusait une sensation douloureuse ; pour cela, il fallait insuffler 600 à 700 centimètres cubes d'air, ce qui amenait dans l'estomac une pression de 17 à 24 centimètres d'eau. Von Moritz (1) est arrivé également à des conclusions semblables. L'estomac est un muscle creux d'une extrême sensibilité à la distension, puisqu'il suffit d'une augmentation de tension de 8 centimètres d'eau pour faire apparaître la douleur. Cette sensation de gonflement et de gêne est donc un signe précoce des fermentations anormales de l'estomac.

(1) Boas. Asthme dyspeptique, *Arch. f. Verd. Krank.*, déc. 1895.
(2) Jaworsky. *Deuts. f. Klin. Klin. Med.*, 1884, Bd XXXV, p. 83.

*Nature des gaz de fermentations.* — En même temps qu'apparaissent ces symptômes de dyspepsie flatulente, le contenu gazeux de l'estomac se modifie : la proportion des divers gaz que nous avons trouvés à l'état normal change considérablement, sa différence portant surtout sur l'hydrogène et l'acide carbonique. C'est à Hoppe Seyler que nous devons les seuls renseignements précis sur ce sujet ; il n'est pas facile, en effet, de recueillir des gaz de l'estomac ; si l'on introduit une sonde et qu'on la maintienne au niveau de la grande courbure, on n'obtient aucune issue régulière de gaz, même en appuyant sur la région épigastrique ; Hoppe Seyler (2) a tourné la difficulté en recueillant les gaz dans un flacon de Woulf renversé, adapté à une sonde stomacale ; à mesure que l'eau s'écoule, les matières contenues dans l'estomac arrivent dans l'appareil, entraînant avec elles les bulles de gaz qui s'accumulent dans le fond du flacon ; on recueille ainsi des échantillons des gaz de l'estomac, dont on peut faire l'analyse.

D'une façon générale, la proportion d'hydrogène augmente notablement ; à l'état normal, nous l'avons vu, on ne trouve que de petites quantités de ce gaz, 2 à 3 volumes p. 100. Ici, au contraire, l'hydrogène forme jusqu'à 64 p. 100 du contenu gazeux de l'estomac ; il provient certainement de la fermentation butyrique, car lorsqu'il existe en forte proportion, on retrouve, dans les liquides stagnants de l'estomac, les autres produits de cette fermentation.

Au reste, ce n'est pas le seul mode de formation de ces gaz dans l'estomac ; d'autres fermentations laissent dégager de l'hydrogène : nous citerons tout d'abord la fermentation lactique. Théoriquement, elle ne s'accompagnerait d'aucun dégagement gazeux ; elle consisterait en une simple transformation moléculaire, sorte de dédoublement de la matière sucrée :



$$C^6 H^{12} O^6 = 2 (C^3 H^6 O^3)$$

Mais, en réalité, « selon Pasteur, la fermentation lactique donne naissance à de l'acide lactique, de la mammite, de la gomme, de l'acide butyrique, de l'alcool, de l'acide carbonique et de l'hydrogène en proportion très variable » (Willieme).

La fermentation butyrique et la fermentation lactique dégagent aussi une certaine quantité d'acide carbonique, mais jamais en grande abondance ; pour noter une forte proportion d'acide carbonique, il faut, d'après Hoppe Seyler, que le milieu stomacal ne contienne pas d'acide chlorhydrique, de façon à permettre le développement des levures ; dans ces conditions, on peut trouver des quantités considérables de $CO^2$ ; chez un de ses malades, il formait 83 p. 100 du mélange gazeux contenu dans l'estomac.

(1) Von Moritz. Loc. cit., p. 330.
(2) Hoppe Seiler. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1892.

La cellulose peut fermenter, elle aussi, dans l'estomac, sous l'influence d'un bacille spécial (le bacillus amylobacter); elle donne naissance à de l'acide carbonique, de l'hydrogène et du gaz des marais. Les graisses dédoublées sous l'influence de divers micro-organismes peuvent également constituer un milieu fermentescible aux dépens duquel se dégage de l'acide carbonique, de l'hydrogène, du gaz des marais.

Enfin nous dirons donc quelques mots de la fermentation des matières albuminoïdes. L'étude de l'action des ferments figurés sur les matières albuminoïdes a été faite en détail par Neuki, Jeanneret, Brieger, Kühne, Duclaux, Gautier et Etard. Voici comment Abelous expose, d'après Gautier, la marche de cette décomposition (in *Dictionnaire de physiologie* de Richet) : « Les bactéries diverses qui interviennent dans le processus commencent d'abord par faire subir un commencement d'hydratation à la matière organique, grâce aux ferments solubles élaborés par elles ; puis l'attaque devient plus vive, les scindements moléculaires se produisent avec formation de produits infects. D'abord apparaissent quelques gaz, de l'hydrogène, de l'acide carbonique et des acides gras, acétique, lactique, butyrique. Puis la matière devient fortement alcaline ; il se forme de l'ammoniaque et une très faible quantité d'azote, une trace d'hydrogène sulfuré et de composés phosphorés volatiles complexes. Au bout de quelque temps, il ne se fait plus que de l'acide carbonique et de l'ammoniaque. C'est alors que se forment des acides amidés d'un poids moléculaire élevé ; en même temps apparaissent le phénol, le santal, l'indol, et enfin des peptones plus ou moins toxiques et des bases alcaloïdiques (ptomaïnes). » Somme toute, au cours de cette fermentation, différents gaz se sont produits : l'hydrogène, l'acide carbonique, l'azote, et surtout l'hydrogène sulfuré, dont la présence dans l'estomac est le signe caractéristique de la putréfaction des albuminoïdes.

En effet dans certains cas, il se produit de l'hydrogène sulfuré dans l'estomac ; on le décèle nettement par son odeur, mais rarement il est assez abondant pour donner une réaction à l'acétate de plomb. La présence de ce gaz est liée à la fermentation des matières albuminoïdes dans l'estomac ; dans ces cas d'après l'isolement des microbes Strauss pense que son développement est dû surtout à l'action du bacterium coli ; mais d'autres micro-organismes peuvent aussi provoquer la formation d'hydrogène sulfuré. Ce gaz peut se produire en présence de l'acide chlorhydrique libre ; Boas a constaté son existence dans les ectasies gastriques bénignes, il est rare au contraire dans le carcinome de l'estomac ; chez un malade étudié par Strauss, on constatait tantôt la fermentation lactique, tantôt la production d'hydrogène sulfuré ; ce dernier gaz apparaissait surtout quand le contenu stomacal ne renfermait plus de traces appréciables de sucre, car la présence des hydrocarbonés, d'après Hirschler, empêcherait la décomposition putride des albuminoïdes. « Ce fait est d'ailleurs parallèle au phénomène que l'on observe dans les fruits ; la moisissure se produit d'abord, puis la fermentation, et enfin, seulement quand tout le sucre est transformé par la fermentation, la putréfaction s'établit » (Vauthey).

Les gaz de fermentation stomacale sont parfois inflammables ; ils brûlent avec une coloration variable, tantôt jaunâtre, tantôt bleue : cette propriété, assez fréquente d'après Riegel et Kuhn, paraît due surtout à l'hydrogène contenu dans le mélange.

*Causes de l'augmentation des fermentations gastriques.* — Il nous reste à voir rapidement sous l'influence de quels facteurs les fermentations gastriques, à peine marquées à l'état normal, peuvent, dans les cas pathologiques, atteindre une pareille intensité.

Une des premières causes que l'on a invoquées c'est la diminution des antiseptiques naturels de l'estomac : c'est une idée qui a longtemps été soutenue que le suc gastrique détruit à la façon d'un antiseptique les germes introduits avec les aliments ; pour la plupart des auteurs c'est l'acide chlorhydrique qui joue ce rôle protecteur. Bouchard écrit : « L'estomac sécrète au moment de l'introduction des aliments, un suc qui s'oppose à toute fermentation ; expérimentalement on voit que 1/10 d'acide chlorhydrique anhydre par litre empêche toute fermentation ; or, le suc gastrique en renferme davantage. » Tous les partisans de cette opinion, et ils sont nombreux, s'appuient également sur des expériences *in vitro*, et décrivent l'action antiseptique du suc gastrique ou d'une solution chlorhydrique au même titre sur le bacille cholérique (Koch), sur la bactérie charbonneuse (Perroncito), sur la tuberculose, la fièvre typhoïde (Strauss et Würtz). Minkowski (1) accorde même une partie de ce rôle antiseptique à la pepsine ; si l'on fait chauffer le suc gastrique, pour détruire les ferments solubles, puis qu'on l'ensemence, il se fait un développement abondant de champignons ; la teneur en acide chlorhydrique n'a pourtant pas changé. De sorte que beaucoup d'auteurs se rangent à l'opinion de Bunge, d'après laquelle le rôle physiologique principal du suc gastrique réside dans son action germicide et antiseptique.

Les recherches toutes récentes n'ont pourtant pas confirmé ces théories ; en effet les conclusions dépassaient de beaucoup la portée des expériences ; il faut écarter tout d'abord les expériences nombreuses où l'on a expérimenté avec une solution d'acide chlorhydrique. Dans le suc gastrique, l'acide chlorhydrique est en grande partie combiné à des substances organiques, ce qui diminue beaucoup son pouvoir antiseptique (Hamburger, Gilbert) ; même lorsqu'on emploie le suc gastrique, l'expérience *in vitro* manque de valeur ; en effet on agit sur une culture pure, tandis que dans l'estomac les microbes sont englobés dans les tissus animaux ou végétaux ; d'autre part les aliments ne séjournent pas assez longtemps dans l'estomac, les liquides en particulier sont évacués presque aussitôt après leur ingestion ; pour toutes ces raisons il convient de mettre en doute la théorie du suc gastrique antiseptique.

L'expérience vient prouver que ces réserves sont légitimes : le contenu de l'estomac n'est pas aseptique, loin de là, et chose plus curieuse, le nombre de germes contenus dans l'estomac ne diminue pas à mesure que l'acide chlorhydrique libre ou combiné augmente ; c'est même plutôt tout le contraire que l'on constate. Lesage (2) a fait, à ce sujet, dans le service de M. Hayem de nombreuses recherches et il est arrivé à cette conclusion que chez les hypopeptiques ou les apeptiques, qui ont peu ou pas d'acide chlorhydrique libre, la flore bactérienne est remarquable par sa pauvreté ; on n'isole guère que le colibacille, et encore à l'état de bactérie saprophyte, dénuée de virulence. Dans l'hyperchlorhydrie au contraire, les microbes sont en général nombreux et variés, ils liquéfient rapidement la gélatine, peptonisent

(1) Minkowski. *Naunyn Mittheilungen and der med. Klinik in Königsburg*, 1888.

(2) Lesage. *Traité de thérapeutique* de Hayem, t. IV.

encore des matières albuminoïdes dans un milieu acidifié par l'acide chlorhydrique, et neutralisent progressivement le milieu dans lequel ils se développent : ils semblent avoir acquis ces propriétés, en s'adaptant au milieu stomacal dans lequel ils vivent, car cultivés *in vitro* ils perdent rapidement cette propriété, et reprennent les caractères des microbes liquéfiants normaux. Il faut ajouter que cette richesse bactérienne n'est pas constante dans l'hyperchlorhydrie ; et dans un assez grand nombre de cas d'hyperpepsie accentuée ou d'hyperchlorhydrie, principalement lorsque l'état morbide est ancien, les microbes liquéfiants disparaissent et l'on se trouve en présence de faits analogues à ceux qui correspondent à l'hyperpepsie de Hayem (*Traité de thérapeutique*, IV). D'autres auteurs ont confirmé ces résultats; Gilbert et Dominici ont trouvé, dans l'estomac en pleine digestion, un plus grand nombre de microbes que dans les matières fécales mêmes. Kuhn va même jusqu'à dire que la formation de gaz se présente plus volontiers dans les maladies de l'estomac où l'acide chlorhydrique n'est pas diminué mais plutôt augmenté.

De tout ceci, il se dégage une conclusion, c'est qu'il faut renoncer à cette idée de barrière stomacale qui s'était implantée en pathologie; les fermentations stomacales n'ont *aucun rapport* avec le chimisme gastrique; elles peuvent être abondantes ou nulles, lorsque l'acide chlorhydrique est abondant, comme lorsqu'il existe en très petite quantité. L'existence des fermentations dépend d'une autre cause, et cette cause c'est *la diminution de la fonction motrice;* de nombreux faits sont là qui le prouvent.

Il fallait d'abord, pour déceler la vraie cause des fermentations gastriques, un moyen d'étude facile et commode, permettant de comparer le pouvoir fermentescible du contenu d'un estomac donné. Le procédé le plus simple, employé d'abord par Mac Naught, puis par Kuhn (1), Strauss (2), von Moritz (3), Vauthey (4), a consisté à mettre dans un ballon à l'étuve une quantité déterminée des matières retirées de l'estomac, et de recueillir les gaz qui se dégagent au fur et à mesure de leur production : on peut ainsi comparer les divers malades, au point de vue de l'intensité, de la rapidité et de la production des gaz dans leur estomac. Or, tous les auteurs qui ont ainsi étudié le contenu de l'estomac sont unanimes à reconnaître que ce qui provoque des fermentations, c'est surtout la stagnation des matières alimentaires. Ce n'est là, du reste, qu'un fait particulier d'une loi générale; nous avons, dans la différence de l'eau courante et de l'eau stagnante, un exemple de la résistance qu'oppose l'agitation au développement des bactéries, et dans l'organisme ne suffit-il pas qu'un liquide infecté ne s'écoule plus librement, pour voir aussitôt les germes qu'il contient se multiplier et augmenter de virulence? En ce qui concerne le tube digestif, nous ne ferons que rappeler ce qui se passe dans une hernie étranglée ou même dans la cavité de l'appendice, lorsque son orifice est obstrué. C'est pour la même raison que l'on voit parfois apparaître dans l'estomac des fermentations abondantes.

Peu importe la sécrétion de la muqueuse, ni sa richesse en acide chlorhydrique : ne sait-on pas que dans le syndrome de Reichmann il existe toujours de l'hyperchlorhydrie, et pourtant la rétention alimentaire si fréquente suffit à provoquer des fermentations anormales.

(1) Kuhn. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1892.
(2) Strauss. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1894.
(3) Von Moritz. Loc. cit.
(4) Vauthey. Loc. cit.

D'autre part, certains auteurs, Boas en particulier, ont voulu voir dans les fermentations anormales, et surtout dans la fermentation lactique, un signe précoce du cancer de l'estomac. En réalité, cette opinion est exagérée; l'acide lactique apparaît lorsqu'il existe des troubles de la motilité, si fréquents dès le début du cancer de la région pylorique. La meilleure preuve en a été donnée par Rosenheim (1); il a pu étudier le chimisme de six cancéreux de l'estomac avant et après la gastro-entérostomie. Avant l'opération, on constatait chez tous de l'acide lactique en quantité; mais, après l'intervention, une fois l'évacuation de l'estomac rendue facile, bien que la sécrétion d'acide chlorhydrique n'ait pas augmenté, on ne trouvait plus de trace d'acide lactique.

La teneur en acide chlorhydrique du suc gastrique ne règle même pas la variété de fermentation gazeuse qui se passera dans l'estomac. Le facteur principal est constitué par les substances alimentaires qui se trouvent dans l'estomac. Kuhn (2) a constaté, par exemple, qu'en mélangeant diverses matières alimentaires avec un même contenu stomacal, on obtenait des fermentations variées. C'est aussi l'opinion de Rosenheim (3).

On peut donc, en ce qui concerne la production de gaz dans l'estomac, adopter les conclusions de Riegel : « La condition la plus essentielle pour la genèse de la fermentation gazeuse consiste toujours dans la rétention de ferments organisés. Dans les conditions normales, un estomac n'en retient pas ou si peu que l'essai de fermentation à l'étuve, continué pendant plusieurs jours, a une issue négative, tandis que, dans les cas où sont réalisées les conditions de rétention, à de très rares exceptions près, dans un temps plus ou moins long, il y a formation gazeuse plus ou moins abondante. »

Tympanite hystérique. — Parmi les troubles que l'on a rattachés à l'augmentation des gaz de l'estomac, il faut ranger le tympanisme hystérique. C'est un accident assez fréquent chez les hystériques et pourtant très mal connu; nous ne parlons pas de la distension de l'estomac par l'air dégluti, phénomène dont nous avons déjà dit quelques mots plus haut, mais du tympanisme abdominal habituel chez les grandes hystériques.

Chez ces malades, on trouve souvent le ventre ballonné et sonore à la percussion, comme s'il était distendu par des gaz : cet état est plus ou moins accentué; au moment des crises nerveuses, il s'exagère, il peut quelquefois persister longtemps, assez pour faire croire à une grossesse; et un caractère des plus importants, c'est qu'il disparaît brusquement, comme il était venu, sans émission de gaz par la bouche ou par l'anus : le chloroforme, la suggestion, peuvent le faire disparaître en un clin d'œil.

Il est difficile d'admettre que ce tympanisme soit dû au développement de gaz dans l'estomac et l'intestin; l'apparition et la disparition brusque du tympanisme ne concorde guère avec cette explication : quelques auteurs pourtant, encore de nos jours, pensent qu'il peut s'agir d'une exhalaison rapide de gaz dans les vaisseaux et d'une résorption

(1) Rosenheim. *Deuts. Med. Wochens.*, 1895.
(2) Kuhn. *Deuts. Med. Wochens.*, 1892-93.
(3) Rosenheim. Loc. cit.

aussi rapide; il est réel que la muqueuse digestive peut résorber assez rapidement certains gaz : le fait a été bien établi par les médecins qui ont tâché d'introduire dans la pratique les lavements gazeux. Dans une communication du docteur Bergeon, au Congrès de Toulouse, en 1887, nous trouvons une note intéressante à cet égard : le gaz acide carbonique *pur* est rapidement absorbé par le rectum; en quinze minutes, on peut faire passer 3 litres dans le sang. Il s'agit bien d'absorption et non pas d'une diffusion du gaz dans l'intestin; en effet, on n'observe pas de météorisme, et, signe plus important, le rythme respiratoire change; il y a suractivité respiratoire parce qu'il faut que la ventilation pulmonaire élimine davantage d'acide carbonique. Mais quelle que soit la rapidité de cette absorption, elle ne semble pas pouvoir expliquer la disparition instantanée, sous l'influence de la suggestion, du tympanisme abdominal. Cette théorie du tympanisme par exhalaison de gaz est, du reste, une pure hypothèse, qu'il est certainement difficile de réfuter absolument, mais qu'il est encore plus difficile de soutenir, car nous ne connaissons aucun fait qui puisse la légitimer.

Aussi, pour expliquer ce phénomène, d'autres auteurs ont imaginé autre chose : ils admettent que l'augmentation de gaz dans la tympanite hystérique n'est qu'apparente; en réalité, il n'y aurait qu'une diminution de la tension normale des gaz dans l'abdomen; le tonus musculaire de l'intestin diminuant, le volume des gaz augmente en raison inverse de la pression qu'ils supportent; de cette façon, on expliquerait facilement l'apparition et la disparition brusque du tympanisme.

Cette théorie a rallié les suffrages d'un nombre considérable d'auteurs, et Vauthey, dans sa thèse, s'en montre partisan. Il est pourtant facile de faire justice de cette pseudo-explication : à l'état normal, la tension des gaz abdominaux est de 8 à 12 centimètres d'eau; c'est le chiffre trouvé par Ewald, von Moritz, Schwerdt (de Gotha) et que l'on peut vérifier, comme nous l'avons fait souvent, en mettant un manomètre à air en rapport avec la cavité gastrique.

Supposons que cette pression de 10 centimètres d'eau tombe à 0, ce qui est le maximum possible, c'est-à-dire que la pression intra-abdominale dans la position debout (1) soit égale à la pression atmosphérique. Il est facile de constater que cette diminution de pression ne fera pas varier considérablement le volume des gaz; même c'est à peine si le volume des gaz augmentera; en effet, 1 *litre de gaz* à la pression de 10 centimètres d'eau n'occuperait, lorsque la pression tombe à 0, que 8 *centimètres cubes de plus*, ce qui est insignifiant.

Quelle cause invoquer alors? Un certain nombre d'auteurs ont parlé de contracture du diaphragme; Verhoogen (2) a soutenu cette idée; cette dernière théorie ne paraît pas, *a priori*, susceptible d'autant d'objections que les deux précédentes, mais il est difficile de se prononcer : il faut, avant tout, de nouvelles observations.

(1) Dans la position génu-pectorale, la pression abdominale peut quelquefois, chez les entéroptosiques, devenir négative et tomber de 5 à 10 centimètres d'eau au-dessous de la pression atmosphérique d'après Schwerdt; chez les animaux quadrupèdes, d'après Contejean (Soc. de biol., 1896), la pression stomacale serait négative; cela est dû à la distension des muscles abdominaux par le poids des viscères.

(2) Verhoogen. *Mercredi méd.*, 1895.

De la chute de la pression abdominale, cause de l'entéroptose. — Il nous reste à dire quelques mots du rôle que certains auteurs font jouer à la diminution de la tension des gaz de l'estomac et de l'intestin dans l'entéroptose. C'est Schwerdt [de Gotha (1)] qui s'est surtout occupé de cette question. On peut mesurer la pression des gaz dans l'abdomen, en mettant un manomètre à air en communication avec l'estomac ou avec le rectum. Dans l'estomac, comme nous l'avons vu, la pression est de 10 centimètres d'eau en moyenne. Dans le rectum, elle est beaucoup plus élevée, elle atteint 39 centimètres. Cette différence est due au poids des viscères superposés, de sorte que l'air contenu dans le rectum donne non seulement la pression abdominale, mais encore l'augmentation de tension due à tous les viscères qui pèsent sur lui. Schwerdt a donné la preuve très élégante de l'exactitude de cette explication. Sur un sujet, on met un manomètre dans l'estomac et un autre dans le rectum, puis on note la pression en faisant varier l'attitude du sujet :

| | Pression atmosphérique | |
|---|---|---|
| | dans l'estomac. | dans le rectum. |
| Station debout | 11cm | 39cm |
| Décubitus horizontal | 13cm5 | 24cm |
| Décubitus renversé à 25° | 16cm5 | 21cm |
| Le sujet ayant la tête en bas | 27cm5 | 11cm |

Ainsi, la différence entre la tension des gaz au sommet et à la base de la cavité abdominale représente le poids des viscères abdominaux, et, second fait important, à mesure que la pression abdominale s'élève (lorsque l'on fait contracter les muscles abdominaux par exemple), on constate que le poids des viscères diminue; la différence entre la pression des gaz dans l'estomac et la pression des gaz dans l'abdomen diminue.

Or, chez le malade atteint d'entéroptose, on trouve une diminution marquée de la pression abdominale. Elle s'accuse surtout lorsque l'on fait mettre le sujet dans la position génu-pectorale, c'est-à-dire à quatre pattes sur les genoux et sur les coudes. Tandis que, chez l'homme sain, on note une pression de 0 à 3 centimètres d'eau, chez les malades atteints d'entéroptose et de néphroptose, on trouve constamment une pression négative de — 6, — 7, — 10, — 12. Cela est dû à la diminution de tonicité des parois abdominales qui se laissent distendre par le poids des viscères abdominaux, jusqu'à amener une pression négative dans l'abdomen. Cette faiblesse des muscles abdominaux chez les malades atteints d'entéroptose existe non seulement dans le tonus, mais aussi dans les contractions volontaires. Tandis que, chez l'homme sain, l'effort de redressement de la portion supérieure du corps, pour passer de la position couchée à la position assise, amène une pression considérable de 115 centimètres d'eau, chez l'entéroptosique cette pression des gaz de l'abdomen reste fort au-dessous; elle mesure de 40 à 50 centimètres d'eau en moyenne, et comme chiffres extrêmes, sur dix malades examinés, chez l'un 24 centimètres, chez l'autre 80 centimètres.

La conclusion de Schwerdt, c'est que la chute des viscères dans l'entéroptose résulte de la diminution de la tension abdominale, due elle-même à la diminution de la tonicité musculaire; et enfin, l'abaissement du tonus musculaire des muscles de l'abdomen se rattache à la faiblesse musculaire

(1) Schwerdt. *Deuts. Med. Wochens.*, 1896.

générale qui accompagne la dépression du système nerveux chez les neurasthéniques, par exemple. C'est une théorie ingénieuse, basée sur des expériences curieuses. Alors même que l'on n'admettrait pas l'interprétation qu'en donne Schwerdt, les expériences restent, qui montrent l'importance de la tension des gaz de l'estomac et de l'intestin, dans la statique abdominale.

---

## FONCTION DE L'URÈTHRE CONTRE NATURE

(URÈTHRE HYPOGASTRIQUE) CHEZ LES PROSTATIQUES ANCIENNEMENT CYSTOSTOMISÉS; RÉSULTATS D'UNE STATISTIQUE PORTANT SUR 34 CAS [14 CONTINENTS, 13 INCONTINENTS, 7 CONTINENTS PARTIELS] (1).

Par M. Xavier DELORE,

Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

### V

Les autres malades ont bien parfois des mictions spontanées, mais ordinairement ils emploient une sonde pour vider leur vessie. M. Diday a raconté lui-même la manière dont il vidait sa vessie avec une sonde métallique droite, toutes les fois qu'il éprouvait le besoin d'uriner.

Pourquoi cette différence dans la miction, chez les malades qui n'urinent plus du tout par l'urèthre normal? Nous croyons que les causes en sont multiples. Il nous a semblé cependant que les mictions spontanées existaient surtout quand l'urèthre contre nature possédait un calibre suffisant; quand ce néo-canal, au contraire, est très long, irrégulier, rétréci, la miction spontanée est difficile; le malade est contraint à l'usage de la sonde.

Cette remarque nous conduit naturellement à l'étude de la dilatation du canal hypogastrique, pour maintenir sa perméabilité et permettre l'évacuation régulière des urines; nous savons, en effet, qu'au bout de quelques mois, la lumière du nouveau canal a une tendance manifeste à se rétrécir, condition souvent très défavorable pour le patient. Aussi doit-on s'y opposer par le moyen de la dilatation. Celle-ci sera ordinairement très facile, indolore, pourra être pratiquée par le malade lui-même (Obs. II). Elle sera faite, soit au moyen de sondes ordinaires, soit encore avec un clou en ivoire ou bien avec une sonde rigide et droite et devra être répétée tous les deux ou trois jours, ou seulement tous les quinze jours environ, suivant les circonstances. A la suite d'une séance de dilatation, les mictions spontanées hypogastriques réapparaissent souvent, pour devenir de plus en plus difficiles jusqu'à la prochaine séance de dilatation. La dilatation peut ainsi permettre quelquefois de supprimer l'usage de la sonde hypogastrique. Car nous l'avons déjà dit, la sonde est ordinairement inutile dans les urèthres contre nature bien calibrés et rectilignes. Il faut attacher une grande importance à la dilatation; elle régularise la fonction nouvelle et constitue, entre des mains expérimentées, un moyen excellent pour guider la fonction; grâce à elle, l'urèthre contre nature atteindra son maximum d'utilité.

En résumé, les malades continents forment trois classes, que nous prendrons comme types, en rappelant qu'elles sont reliées entre elles par des intermédiaires :

1° Les continents qui urinent ordinairement par la verge;

2° Les continents qui urinent en partie par la verge, en partie par le méat hypogastrique;

3° Les continents qui ont des mictions complètement hypogastriques; les uns ont des mictions hypogastriques spontanées; les autres satisfont à la miction par une sonde.

Si, maintenant, nous reprenons toutes nos observations au point de vue de la fonction, en voici le résultat :

Sur 34 observations, nous comptons :

1° 14 malades continents;

7 malades avec de l'incontinence partielle;

13 malades avec de l'incontinence totale.

Ces chiffres ne nous semblent pas avoir une valeur bien démonstrative : la lecture des observations est certainement plus instructive si l'on veut y étudier la fonction.

OBS. III (due à l'obligeance de M. le docteur DUCHAMP, de Saint-Étienne). — *Cystostomie sus-pubienne depuis cinq ans, méat hypogastrique continent.*

M. A..., âgé de soixante-quatre ans, avait, depuis quelques années, des accidents de prostatisme qui s'étaient récemment aggravés : la rétention d'urine était peu à peu devenue absolue. Le cathétérisme avait été pratiqué et, depuis trois ou quatre jours, une fausse route l'avait rendu impossible. La ponction de la vessie avait été faite à deux reprises; mais la vessie était infectée, les urines purulentes. M. Duchamp voit le malade le 5 décembre 1892; l'état général était mauvais, la langue sèche; la température atteint 39°5. Un frisson la veille et un autre le matin même. M. Duchamp propose et pratique, quelques heures après, la cystostomie immédiate. Les symptômes alarmants disparurent très rapidement.

Rétabli, M. A... a conservé une fistule sus-pubienne. Il n'a pas porté de sonde à demeure, mais il faisait un cathétérisme sus-pubien toutes les deux heures, au début. Six mois après l'intervention, les mictions commencèrent à se faire par la verge, d'abord péniblement, puis plus facilement. Néanmoins, l'opéré se sonda régulièrement par sa fistule tous les jours une fois et quelquefois deux quand les mictions naturelles semblaient plus difficiles. Durant deux ans, le méat hypogastrique a laissé suinter de l'urine pendant les secousses de toux ou les efforts; mais ce suintement n'a jamais été assez marqué pour nécessiter le port d'un appareil; une éponge, des linges suffisaient à l'arrêter. *Depuis trois ans, il n'y a plus d'écoulement du tout.*

M. Duchamp a revu le malade le 2 octobre 1897; l'opération date de près de cinq ans. On trouve au-dessus du pubis une cicatrice un peu saillante, sorte de chéloïde, longue de 3 centimètres et large de 1 centimètre. Cette cicatrice est sèche, on n'y *distingue aucun orifice*. M. Duchamp pria le malade de se sonder devant lui; M. A... emploie une sonde en gomme assez rigide, à bout arrondi, avec un œil latéral, n° 10; quand la sonde est ramollie par l'usage, il l'arme d'un mandrin. Pour se sonder, M. A... appuie l'extrémité de sa sonde sur la partie supérieure de la chéloïde et pousse lentement. On voit alors la chéloïde se déprimer et la sonde pénétrer peu à peu : quand celle-ci a franchi 5 centimètres environ, comptés à partir de l'œil de la sonde, l'urine jaillit. La sonde retirée, la fistule ne saigne pas; son orifice cutané alors visible disparaît rapidement.

M. A... sonde tous les jours le méat hypogastrique, tant pour vider à fond sa vessie que pour conserver sa *soupape de sûreté*. Il urine par la verge toutes les deux heures; son urine est limpide, sans pus, l'état général est excellent.

En terminant ce chapitre, nous désirons donner une statistique proportionnelle entre la cystostomie temporaire et la cystostomie permanente. Nous avons été amené naturellement à étudier cette proportion, tout en recherchant les anciens cystostomisés qui avaient été considérés comme cystostomisés permanents par les auteurs qui se sont occupés de la question avant nous. Nous avons alors remarqué que beaucoup de ces individus avaient vu leur méat hypo-

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 250.

gastrique s'oblitérer totalement : ils viennent ainsi grossir le nombre des cystostomisés temporaires, pendant que le chiffre des cystostomisés permanents est diminué d'autant.

Quelle est donc la proportion des cystostomisés temporaires et des cystostomisés permanents? Lagoutte, en 1894, trouve 12 cystostomies temporaires et 22 cystostomies permanentes sur 34 malades survivants. Cet auteur a donc rencontré une cystostomie temporaire contre deux cystostomies permanentes ; nous ajouterons qu'il ne tire aucune conclusion de ces résultats et cela avec raison, parce que plusieurs des cystostomisés rangés dans la catégorie des cystostomisés permanents étaient opérés depuis trop peu de temps pour être classés définitivement.

Voici maintenant quels sont les résultats que nous avons recueillis au sujet des 34 malades seulement de la thèse Lagoutte. Six des individus rangés alors sous la rubrique de cystostomisés permanents ont vu leur fistule s'oblitérer dans ces trois dernières années. La proportion devient ainsi inverse et nous avons 18 oblitérations du méat hypogastrique et 16 persistances. Nous pouvons donc conclure, après cette constatation, que l'oblitération du méat hypogastrique est plus fréquente que sa persistance, au bout de trois ans. Cette proportion est l'inverse de celle qui est admise généralement et nous tenons à la signaler dès maintenant.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mars 1898. — Présidence de M. Berger.

### COMMUNICATIONS

**Psychoses chirurgicales.** — M. Picqué continue la lecture de son mémoire sur ce sujet.

**Résection de l'estomac.** — M. Tuffier rapporte quelques réflexions sur trois faits d'ablation de la région du pylore et de la région stomacale avoisinante. Ces trois malades ont guéri de leur opération et il a pu les présenter toutes à la société, la plus récemment opérée a été montrée à la dernière séance.

Il faut bien s'entendre sur le terme résection du pylore : il est certain que les interventions portent rarement sur la région pylorique seule, quand il s'agit de cancer. Tous les néoplasmes du pylore que M. Tuffier a opérés par résection ou par gastro-entérostomie, avaient dépassé les limites anatomiques du pylore ; les pièces anatomiques montrent la même disposition, une infiltration stomacale se prolongeant dans l'épaisseur des parois loin de la région à première vue atteinte. Fait remarquable : c'est vers l'estomac et non pas vers le duodénum que se développe particulièrement la tumeur. Lorsque nous voulons, autant que possible, mettre nos malades à l'abri d'un néoplasme, nous taillons largement, en plein drap, aussi loin que possible des limites appréciables du tissu morbide. Pour l'estomac, cette règle ne perd pas ses droits, il faut réséquer largement ; plus loin du côté de la cavité gastrique que du côté du duodénum. Ce que l'on fait ordinairement, ce n'est pas une pylorectomie, mais une résection du pylore et d'une partie plus ou moins large de l'estomac.

Les trois malades opérées par M. Tuffier portaient des tumeurs s'étendant : l'une vers la grande courbure dont elle occupait plus d'un tiers ; la seconde vers la petite courbure qu'elle infiltrait jusqu'au voisinage du cardia ; la troisième était atteinte d'un néoplasme circulaire. La direction et le siège des lésions néoplasiques partant du pylore vers l'estomac ne sont pas indifférents, les infiltrations de la petite courbure contre-indiquent l'intervention radicale beaucoup plus rapidement, nécessitent des délabrements plus considérables, et offrent beaucoup plus de difficultés que les lésions limitées à la grande courbure.

Pour pratiquer ces résections, M. Tuffier fait comme tous ses collègues l'hémostase première du grand épiploon et limitant son champ opératoire entre deux longues pinces il résèque aussi loin que possible du siège des lésions. L'important maintenant est de réunir les deux extrémités sectionnées. Pour cette réunion du duodénum à la portion restante de l'estomac, il y a trois façons de procéder : *anastomose termino-terminale*, *anastomose termino-latérale*, *anastomose latérale*. Chacun de ces procédés a ses partisans, il faut être électique. Deux fois, M. Tuffier a pratiqué l'anastomose termino-terminale, chez la troisième malade il a fait l'abouchement termino-latéral, et il a répété sur les animaux l'anastomose latérale qui lui paraît la méthode de choix dans certains cas.

L'anastomose termino-terminale présente deux inconvénients. Pour rapprocher les deux extrémités sectionnées, on est parfois obligé d'exercer une traction, ce qui est défavorable. De plus, la différence de dimensions des deux surfaces oblige à rétrécir l'orifice stomacal, soit par en haut, soit par en bas, et il en résulte une surface en Y ou en λ renversé à aboucher à un orifice circulaire, ce qui nécessite des sutures délicates et des soins à apporter tout particulièrement aux sutures de l'angle de l'Y. Chez sa première malade, il a rétréci par en haut pour éviter un cul-de-sac; chez la seconde, il a été obligé de rétrécir par en bas, pour éviter la traction sur ses sutures, il a dû placer quatre fils de sûreté très loin de sa surface de section, de façon à rapprocher le voisinage du cardia, du duodénum et à empêcher ses sutures de céder.

L'anastomose termino-latérale postérieure, telle que M. Tuffier l'a pratiquée, lui a paru simple et facile. Son inconvénient est de créer une nouvelle anastomose dans un point relativement près de la ligne de suture qui ferme l'estomac; elle serait difficilement applicable aux larges résections.

L'anastomose latérale ne présente pas ces inconvénients ; pour les larges résections, c'est le procédé de choix que d'aveugler les deux extrémités sectionnées et de prendre une anse intestinale jéjunale pour l'anastomoser au reste de l'estomac. Schlatter a pu ainsi réunir et suturer l'intestin grêle à l'orifice du cardia. Les expériences sur les animaux que M. Tuffier a faites avec son interne Bonamy, au laboratoire de M. Dastre, l'ont confirmé dans cette opinion : que dans les résections étendues, c'est l'anastomose latérale qu'il faut pratiquer.

Pour ce qui est du fonctionnement ultérieur de l'estomac, il n'a rien à ajouter à ce qui a été déjà dit et répété ; un fait l'a frappé particulièrement chez sa seconde malade, à laquelle il ne restait que la partie supérieure de la grosse tubérosité, c'est la nécessité où se trouvait cette malade de manger presque constamment, par petite quantité à la fois ; il semble que l'intestin ne peut suppléer l'estomac dans son rôle de réservoir. Aussi, dans un cas, il a cru voir que la portion restante de l'estomac s'était dilatée d'une façon compensatrice, de façon à refaire une petite cavité stomacale.

### DISCUSSION

M. Quénu déclare n'avoir qu'une confiance modérée dans les résections de l'estomac pour cancer ; ce ne sont jamais que des opérations palliatives. Il faut toujours compter, dans ces cas, avec l'infection ganglionnaire et l'on voit des malades qui ont un petit cancer très limité et déjà des ganglions néoplasiques volumineux.

M. Ricard se proposait de présenter, dans cette même séance, un malade auquel il a fait une résection étendue de l'estomac par le procédé termino-terminal, de Billroth. A propos de ce malade, et à propos de ce qui vient d'être dit

sur le même sujet, il demande à présenter quelques réflexions sur plusieurs points de technique opératoire.

Quand le cancer envahit la petite courbure, il faut ensuite, pour la suture, faire une traction très considérable. Les difficultés augmentent à mesure qu'on approche davantage du cardia. C'est ce que M. Ricard a eu l'occasion d'observer sur le malade qu'il présente : ce malade n'avait que des signes de sténose pylorique intermittente et une petite tumeur du volume d'une noix sur le côté gauche de l'ombilic. M. Ricard crut devoir intervenir à cause de l'impotence fonctionnelle de l'estomac. Il fit donc la laparotomie, et bientôt il vit que la paroi postérieure de l'estomac et la petite courbure étaient infiltrées de cancer ; la paroi antérieure était saine. M. Ricard, après avoir réséqué toutes les parties atteintes et au delà, fit ensuite la restauration par le procédé termino-terminal ; sans s'attarder à suturer muqueuse à muqueuse, séreuse à séreuse ; après avoir rétréci la plaie stomacale, il sutura les tissus de l'estomac avec ceux de l'intestin, doubla cette suture par une suture séro-séreuse de Lembert, enfouissant tout le reste des sutures dans la cavité stomacale. Les suites opératoires, chez ce malade, furent des plus simples. Maintenant, il mange bien et il engraisse. Il faut signaler ce fait particulier, déjà signalé par M. Tuffier, que ce malade a toujours faim et qu'il est obligé de faire un grand nombre de repas par jour. Il n'a plus le moindre vomissement.

Donc, dans les résections stomacales, ajoute M. Ricard, on fait ce que l'on peut. Il ne faut pas dire d'avance qu'on aura recours à tel ou tel procédé, au procédé termino-terminal de Billroth, première manière, au procédé termino-latéral de Kocher, ou au procédé latéral de Billroth, seconde manière. Ce qui importe par-dessus tout, c'est d'avoir des sutures bien étanches, immédiatement étanches et bien aseptiques. Si, en effet, les sutures s'infectent, elles vont lâcher et infecter le péritoine. Non seulement il faut que les sutures soient étanches et aseptiques, mais il faut encore qu'elles ne tirent pas trop. Si l'on s'aperçoit que le procédé termino-terminal entraîne une trop grande traction, il ne faut pas hésiter à fermer chacun des deux bouts, le bout stomacal et le bout intestinal, à aller chercher une anse intestinale quelconque et à l'aboucher à la paroi postérieure de l'estomac.

M. CHAPUT trouve plusieurs inconvénients au procédé termino-terminal : un point peut manquer, les tissus ainsi réunis sont mal nourris, enfin il peut y avoir de grandes difficultés du côté des tractions. M. Chaput rejette donc le procédé termino-terminal. Il rejette également le procédé termino-latéral, et c'est au troisième procédé, c'est-à-dire à la gastro-entérostomie complémentaire qu'il donne la préférence. On agit ainsi sur un estomac et sur un intestin sains ; on n'a pas de V ni d'Y qui puissent compromettre les résultats de la suture. C'est donc ce dernier procédé que M. Chaput emploie systématiquement.

M. POIRIER reconnaît que tous ces procédés sont très ingénieux, très intéressants, mais, étant donné l'affection pour laquelle on y a recours, il les considère comme inapplicables, et il préfère de beaucoup à ces opérations laborieuses, difficiles et dangereuses, de pylorectomies ou de gastrectomies, cette opération, beaucoup plus simple et tout aussi efficace, qu'on appelle la gastro-entéro-anastomose.

M. HARTMANN rappelle que, dans son observation, M. Ricard a noté que, lorsqu'il a tiré sur le cardia, le malade a présenté des phénomènes de suffocation. M. Hartmann, dans un cas analogue, au moment où il tirait sur le cardia, a vu se produire une syncope chloroformique. Il s'agissait d'une femme, actuellement guérie, qui avait un cancer occupant presque toute la partie moyenne de l'estomac. M. Hartmann fit une résection fort étendue et aboucha ensuite, bout à bout, l'estomac à l'intestin.

M. Hartmann ajoute que M. Poirier est seul de son avis. La gravité de la pylorectomie n'est pas aussi grande qu'il l'a dit. Les succès se multiplient de plus en plus. M. Hartmann a fait trois fois cette opération et ses trois malades ont guéri. Les suites opératoires sont des plus simples. Il faut évidemment compter avec la récidive, comme dans tous les cancers. Mais le cancer de l'estomac marche peut-être plus lentement et on doit l'opérer, même s'il y a des ganglions, car les ganglions ne sont pas toujours néoplasiques, et il semble que la marche du cancer soit plus bénigne et plus lente dans l'estomac que dans les autres régions. Les chirurgiens qui pratiquent ces opérations depuis longtemps, Kocher, Billroth, Czerny, ont publié des statistiques qui montrent qu'on peut obtenir des survies assez considérables, incontestablement plus longues par la pylorectomie que par la gastro-entéro-anastomose.

M. POIRIER répond que la pylorectomie n'est pas une opération radicale, si on laisse des ganglions. Ce n'est jamais qu'une opération incomplète, par conséquent palliative. Eh bien, opération palliative pour opération palliative, M. Poirier préfère la gastro-entéro-anastomose à la gastrectomie.

M. QUÉNU n'accorde qu'une confiance modérée aux statistiques étrangères. Quant aux ganglions, il faut bien savoir que l'adénopathie n'est pas rare, comme on l'a dit, dans le cancer de l'estomac.

M. TUFFIER déclare que la pylorectomie donne sans conteste une survie plus considérable que la gastro-entéro-anastomose. D'autre part, l'état général du malade est plus satisfaisant après la première qu'après la seconde de ces opérations. La résection de l'estomac est donc aujourd'hui une opération parfaitement justifiée.

Quant aux procédés opératoires, il faut être éclectique. Chaque procédé a ses indications. La gastro-entéro-anastomose doit être réservée pour les cas de cancers inopérables.

La séance est levée.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 14 AU 19 MARS 1898)

---

### Thèses de doctorat.

**MARDI 15 MARS**, à une heure. — M. DE NITTIS. La participation de l'organisme dans l'immunité (MM. Bouchard, président; Chantemesse, Gilbert et Achard). — M. BEIGBÉDER. Du délire dans l'érysipèle ; — M. ROGER. De la perforation de l'estomac dans la phtisie (MM. Chantemesse, président; Bouchard, Gilbert et Achard). — M. RODAT. Le diabète hydrurique (MM. Jaccoud, président; Berger, Letulle et Albarran). — M. COLOMBY. Recherches sur le traitement de la rétention du placenta dans l'avortement; — M. MANFREDI. Du traitement des métrites par les lavages intra-utérins sans dilatation préalable (MM. Berger, président; Jaccoud, Letulle et Albarran).

**MERCREDI 16 MARS**, à une heure. — M. SZUMLANSKI. Un cas d'arthropathie tabétique précoce à forme hypertrophique chez un vieillard (MM. Fournier, président; Terrier, Gaucher et Sebileau). — M. ARNAULT. Contribution à l'étude du traitement des fractures de la clavicule (MM. Terrier, président; Fournier, Gaucher et Sebileau). — M[lle] BAKRADZÉ. Traitement chirurgical du pied-bot paralytique ; — M. RIOU. Contribution à l'étude des corps étrangers des synoviales tendineuses ; — M. BONFILS. Contribution à l'étude des lésions de l'artère axillaire dans la réduction des luxations de l'épaule. — Déductions thérapeutiques (MM. Tillaux, président; Marchand, Lejars et Broca).



Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



N° 31. — MARDI 15 MARS 1898. 71e ANNÉE. MARDI 15 MARS 1898. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 14 mars 1898.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

On a signalé, depuis longtemps, qu'un assez grand nombre de microbes peuvent se développer à la surface de la muqueuse pharyngée et y déterminer des lésions pseudo-membraneuses plus ou moins analogues à la diphtérie. Le diagnostic s'en fait aisément par l'examen bactériologique et la culture. M. Vincent étudie une forme d'angine, tout à fait distincte, par sa nature, de la diphtérie, et qui, cependant, cliniquement et bactériologiquement, a de nombreux points de ressemblance avec elle.

Au point de vue clinique, cette angine est plus volontiers unilatérale. Elle intéresse parfois simultanément une des amygdales et le pilier voisin. Au début de l'affection, l'amygdale est recouverte d'une tache blanchâtre ou grisâtre, peu épaisse, de consistance molle, se détachant facilement par le râclage. Elle repose sur une surface érodée et saignant facilement. Les contours de cette tache, le plus souvent irréguliers, s'agrandissent peu à peu et recouvrent parfois une grande partie de l'amygdale.

Lorsque l'affection est grave, la membrane diphtéroïde repose sur un véritable ulcère anfractueux, dû à la nécrose superficielle du tissu amygdalien. Vers le troisième ou quatrième jour, la pseudo-membrane est épaisse, molle, presque caséeuse à sa surface et communique à l'haleine une odeur désagréable.

Les ganglions sous-maxillaires, peu tuméfiés dans les cas légers, sont très hypertrophiés, mais ne suppurent pas, dans les cas graves. L'angine s'accompagne de symptômes généraux, de fièvre légère; elle se termine généralement vers le sixième jour et ne ressemble guère, on le voit, qu'à la diphtérie. C'est seulement par le microscope qu'on l'en peut distinguer.

On constate sur les lamelles colorées par la thionine deux espèces microbiennes : 1° un bacille particulier facilement reconnaissable à sa longueur (10 à 12 μ), à sa portion moyenne renflée et à ses deux bouts nettement amincis; 2° un spirille ténu, plus difficile à colorer. Ce spirille est très analogue à celui qui existe normalement dans la salive et dans le tartre dentaire et à celui que Verneuil et Clado ont rencontré dans le pus de certains abcès voisins de la bouche, concurremment avec les microbes pyogènes vulgaires.

Ce spirille est parfois très abondant. Cependant le rôle pathogène semble, dans cette angine, devoir appartenir de préférence au bacille, car on observe certaines angines dans lesquelles le bacille est non seulement prédominant, mais encore presque exclusif. Parfois il est associé aussi au streptocoque, et il n'est pas douteux que cette association aux deux microbes précédents ne soit l'une des conditions les plus indispensables de sa végétation à la surface du pharynx. Ce bacille, en raison de sa forme, peut être appelé : *bacille fusiforme* : il offre deux extrémités amincies et une portion moyenne, plus épaisse. Ce microbe ne prend pas le Gram, non plus que le spirille qui lui est si souvent associé. M. Vincent a essayé, mais sans succès, de cultiver ce bacille dans les milieux nutritifs les plus divers, soit en présence de l'air, soit dans le vide. Les essais d'inoculation de l'exsudat diphtéroïde sur la conjonctive, ou à la surface de la muqueuse buccale des animaux, n'ont pas davantage abouti. Ce même bacille paraît exister normalement, mais à l'état peu abondant, dans l'enduit qui recouvre la langue et les amygdales des sujets sains. Par sa forme caractéristique, ses dimensions plus grandes, sa non-coloration par la méthode de Gram et l'impossibilité actuelle de le cultiver, ce microbe diffère donc entièrement du bacille de la diphtérie.

MM. Ballet et Marinesco étudient les **lésions du noyau de l'hypoglosse consécutives à l'arrachement du nerf**, et prouvent qu'il y a un contraste frappant entre les altérations qui suivent l'arrachement du nerf et celles qui succèdent à sa section. Au cas de section, on observe, dès le début, des lésions de réaction caractérisées par la tuméfaction de la cellule, la chromatolyse centrale, la projection du noyau à la périphérie; puis, vers le vingtième jour, commence la période de réparation des lésions. Si on arrache le nerf, au contraire, voici ce qu'on observe : trente jours après l'avulsion de la douzième paire, la partie inférieure du noyau n'est plus constituée que par quelques cellules atrophiées. Quelques-unes de ces dernières sont très pâles, diminuées de volume, sans éléments chromatophiles et avec quelques rares éléments à leur périphérie; le noyau et le nucléole sont atrophiés, les prolongements sont amincis, très courts;

un certain nombre d'entre eux ont disparu. D'autres cellules, également diminuées de volume, sont plus colorées que les précédentes; elles montrent quelques granulations et leur substance achromatique, au lieu d'être pâle, est foncée.

Pour expliquer une différence aussi tranchée, les auteurs pensent qu'il faut se reporter à cette théorie, d'après laquelle les cellules nerveuses joueraient un rôle considérable dans la régénération des nerfs sectionnés. L'arrachement du nerf rendrait impossible le travail de régénération, et dès lors, l'hypertrophie cellulaire n'aurait plus de raison d'être; au contraire, la cellule, dont le rôle semble désormais terminé, s'atrophie et s'étiole, comme s'atrophient après les amputations certains groupes cellulaires devenus, en quelque sorte, inutiles.

MM. Achard et L. Lévi rapportent un cas de **tabes avec conservation des réflexes rotuliens**. Au point de vue clinique, il s'agissait bien d'un tabes véritable. A l'autopsie, il y avait de la sclérose des cordons postérieurs, mais avec conservation des zones endogènes, tant ascendante (cornu-commissurale), que descendante (virgule de Schultze, bandelettes périphériques, triangle médian-postérieur). En outre, au niveau de l'union des régions lombaire et dorsale, on notait la conservation de la zone appelée par Westphal zone d'entrée des racines postérieures, et limitée en dehors par la substance gélatineuse de Rolando, en arrière par la périphérie de la moelle, en dedans par une ligne virtuelle parallèle au septum médian postérieur, et passant par le point où la substance gélatineuse fait un ressaut en dedans. L'intégrité de cette zone paraît expliquer la persistance du réflexe rotulien.

MM. Le Gendre et Terrien rapportent une observation de **sarcomes disséminés du squelette**.

---

## ÉPILEPSIE ESSENTIELLE

### ET RÉSECTION DU GRAND SYMPATHIQUE CERVICAL; SUCCÈS OPÉRATOIRE; INSUCCÈS THÉRAPEUTIQUE

Par M. le docteur A. Ricard,

Professeur agrégé, chirurgien de la Maison municipale de santé.

Si l'on en croit certains observateurs, la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique amène dans l'évolution de l'épilepsie des modifications si profondes que, dans nombre de cas, on pourrait espérer une guérison définitive (1).

Mais la question est loin d'être jugée et nombre d'opérations sont restées sans résultat. Dans quelles conditions faut-il escompter l'intervention chirurgicale? Quelles sont ses indications, ses contre-indications? Il serait prématuré de vouloir résoudre aujourd'hui cette question. Pour le moment, il faut se contenter de recueillir et colliger les faits, pour en tirer plus tard des conclusions raisonnées.

C'est à ce titre que nous publions l'observation suivante (2):

W... (Louis), âgé de vingt-quatre ans, entre le 3 mars 1892, à l'hospice de Bicêtre, dans le service des épileptiques adultes. Sa mère est, dit-il, très nerveuse et impressionnable; sauf cela, on ne trouve rien à retenir dans ses antécédents héréditaires. Ses accès ont débuté à l'âge de dix-huit ans, en 1886. Jusque-là, en dehors de convulsions pendant l'enfance et d'une fièvre typhoïde légère, il avait toujours été bien portant.

Ses accès actuels n'offrent rien de particulier que l'absence d'aura, une hyperexcitabilité auditive et une représentation vive des faits passés. Le nombre de ces accès, malgré tous les traitements médicaux, va en augmentant progressivement. Il était de 41 en 1892, de 100 en 1894, de 146 en 1896.

Le malade est mélancolique, son intelligence est paresseuse; il est, de plus, très émotif. Un simple examen fait monter ses pulsations cardiaques à 120 ou 130 par minute. Puis une rougeur débute à la face et s'étend sous forme de roséole jusqu'au thorax. Si l'émotion est vive, il se forme de véritables plaques isolées ou groupées et persistantes.

On observe de même des troubles circulatoires périphériques: engourdissement et fourmillement des doigts au réveil; accès d'asphyxie locale des extrémités d'un quart d'heure à plusieurs heures de durée, cessant brusquement. Sur le corps (cuisse droite, thorax, membre supérieur), il existe des taches vasculaires congénitales qui sont le siège de phénomènes vaso-moteurs intenses.

On a essayé tous les traitements médicaux (bromure à haute dose, belladone, borax, antipyrine, trional, etc.). Ces insuccès thérapeutiques, joints aux troubles vaso-moteurs si particuliers, engagent M. Féré à tenter sur ce malade la résection bilatérale du grand sympathique cervical.

Je pratiquai l'opération le 28 juillet 1897, selon la technique opératoire classique, par une incision suivant du haut en bas le bord postérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien. L'opération fut des plus simples et des plus rapides. Elle nous étonna par l'absence presque absolue de réaction pupillaire ou de trouble circulatoire au moment de la section du ganglion cervical supérieur. La résection porta sur le ganglion cervical supérieur et sur le moyen.

Les suites opératoires furent des plus simples, les plaies se réunirent d'une façon parfaite; mais l'insuccès thérapeutique fut complet. Dans la nuit même, le malade eut une attaque; il rejoignit sa section le 16 août, dix-huit jours après l'opération.

Pendant une quinzaine de jours, ses accès cessèrent. M. Féré attribue cette cessation à l'influence probable du traumatisme. Mais ils revinrent rapidement et l'on put en observer, avec les mêmes caractères qu'auparavant, 9 en août, 10 en septembre, 4 en octobre, 2 en décembre et 19 en janvier.

On note comme modification un aspect furfuracé de la face et un état de contraction des pupilles qui, cependant, ne cessent pas de s'accommoder à la vision à distance.

En résumé, opération bénigne dans ses suites opératoires, mais nulle dans ses effets thérapeutiques.

---

## MORT APPARENTE

### A LA SUITE D'UNE MÉTRORRAGIE POST-PARTUM; RAPPEL A LA VIE PAR L'INJECTION HYPODERMIQUE D'EAU SALÉE

Par M. le docteur Gimbert (de Cannes).

Cette note est l'histoire clinique et surtout thérapeutique de la résurrection d'une dame tombée sous nos yeux dans un état de mort apparente manifeste, à la suite d'une hémorragie puerpérale effroyable.

Elle contient l'examen critique des différents procédés mis en œuvre pour ramener le sujet à la vie. Elle a pour but de mettre de nouveau en relief la grande puissance de l'in-

(1) Chipault. *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 147.

(2) Cette observation a été rédigée d'après les notes que m'a remises M. Laubry, interne du service de M. Féré, à Bicêtre.

jection hypodermique d'eau salée dans les cas de ce genre, et de contribuer à la généralisation de son emploi dans les désordres consécutifs aux hémorragies graves, en général.

Un matin de février 1897, nous fûmes appelé d'urgence auprès de Mme X..., pour faire une application pressante de forceps au détroit inférieur. Un travail de douze heures avait épuisé la parturiente, la tête de l'enfant restait au passage et sa vie était en péril.

La patiente habitait à 3 kilomètres de notre domicile. Pendant que nous faisions diligence, les contractions reprirent une certaine vigueur et lorsque nous arrivâmes, l'enfant était venu au monde très vivant. Si la nature épargna à la mère une intervention chirurgicale, elle fut chez elle la cause d'une hémorragie grave qui rendit notre intervention très pressante, et, on peut le dire, providentielle, car sans elle nous aurions eu un désastre.

Dès notre arrivée, on nous présentait un vase de nuit rempli de sang expulsé avec l'enfant et nous constations simultanément que la perte continuait son cours, que le lit s'inondait. La quantité de liquide pouvait être évaluée à un litre et demi.

La situation nous parut d'emblée très grave. Une perte continue aussi importante ne pouvait être causée que par un décollement intérieur de l'adhérence placentaire. Nous fîmes part de nos alarmes à l'entourage qui paraissait rassuré parce que dans des accouchements antérieurs — nous étions au quatrième — Mme X... avait déjà eu des accidents de ce genre très alarmants et qu'elle avait toujours repris le dessus.

Quoi qu'il en soit, le sang coulait à flots, la matrice inerte, remplie de sang, débordait l'ombilic, le pouls fuyait, les forces diminuaient à vue d'œil.

L'accouchée était en péril, elle allait peut-être succomber si on ne mettait instantanément un terme à cet effroyable accident. Il était huit heures et demie du matin. Sans perdre une minute, nous essayâmes de comprimer l'aorte qu'il était difficile d'atteindre à cause de la distension de la matrice. En même temps, avec la main libre, nous excitions les contractions de la matrice en promenant sur le ventre des serviettes roulées trempées dans l'eau bouillante, en injectant de l'ergotine sous la peau, en donnant à boire des stimulants énergiques.

L'utérus vivement excité se contracta rapidement; en trois minutes il revenait sur lui-même. Nous pûmes alors délivrer la patiente déjà baignée dans son sang et de nouveau inondée à la suite de l'expulsion du délivre. L'hémorragie s'arrêta. Relever le siège, laver antiseptiquement, garnir de ouate au salol, fut le dernier terme rapide de l'opération.

Mais, hélas! la perte, qu'on pouvait évaluer à plus de trois litres en tout, avait épuisé la résistance du sujet qui était pourtant sérieuse. Il sentit ses forces s'éteindre, fit ses adieux à l'entourage et s'affaissa en présentant tous les signes apparents de la mort.

Instantanément le corps, la tête surtout diminuèrent de volume. La peau fut glacée comme celle d'un cadavre. Il n'y eut plus de battements de cœur, plus de pouls, plus de respiration, plus de réflexes d'aucun genre. Sur-le-champ nous fîmes placer le corps en travers du lit, la tête placée très bas sur les genoux de l'accoucheuse, les pieds surélevés. Pendant qu'on faisait des insufflations d'air bouche à bouche, des tractions rythmées de la langue pour exciter les réflexes respiratoires, on essayait de provoquer le réveil du plexus cardiaque par des applications d'eau bouillante, les réflexes oculaires, plantaires, pulmonaires par des excitations variées. Hélas! rien ne bougeait. Nous n'étions pas en présence d'une syncope, les vaisseaux étaient vides, il fallait les remplir.

Une transfusion s'imposait, le mari offrait sa veine. Nous lui substituâmes l'injection hypodermique d'eau salée.

La chance avait placé à nos pieds une casserole en fer battu neuve, contenant de l'eau filtrée bouillie qui devait servir au lavage intra-utérin. Dans 300 grammes de cette eau, nous fîmes dissoudre une cuillerée à café de gros sel gris cristallisé, soit environ 3 grammes ou 3gr5 de sel. A l'aide de notre seringue dont la capacité est de 20 centimètres cubes, nous fîmes incontinent une série d'injections hypodermiques, tandis qu'on continuait à exciter les réflexes.

Nous fîmes ainsi passer 40 centimètres cubes de cette solution par une piqûre faite dans la fesse gauche, sans résultat. Il était neuf heures dix. Sans nous déconcerter, nous fîmes immédiatement une injection de 20 centimètres cubes dans le mollet droit. Pendant l'opération, nous constations que la bosse saline gauche disparaissait et, à la fin des 60 centimètres cubes, le sujet poussa un petit cri. Pourtant le cœur ne bronchait pas en apparence. Nous injectâmes une quatrième seringue pendant qu'on excitait les réflexes respiratoires et cardiaques et nous sentîmes alors des oscillations faibles, mais vraies dans l'artère radiale droite, quelques contractions de la face, des mouvements réflexes dans les paupières à la suite des attouchements de la conjonctive, des retraits volontaires de la langue qui était encore pincée et tirée rythmiquement au dehors, et quelques mouvements d'inspiration. Nous assistions au réveil des fonctions.

Nous chargeâmes une cinquième fois la seringue, mais notre solution n'étant pas stérilisée et redoutant des abcès dont l'importance en général est en partie liée à la proportion des liquides injectés, nous différâmes cette intervention qui, heureusement, ne fut pas nécessaire.

Nous fîmes déglutir coup sur coup, à grand'peine d'abord, du café très chaud, puis du bouillon bouillant et du cognac. Peu à peu le sujet reprit connaissance, les deux radiales battirent à l'unisson, les bruits du cœur se firent entendre, la respiration devint plus profonde, la peau se réchauffa. Le retour des fonctions était effectué. Il était alors dix heures moins le quart. A onze heures la résurrection était assurée. A midi, on retira doucement les linges souillés, on replaça le sujet dans son lit, la tête basse, les pieds élevés. A trois heures de l'après-midi tout danger de syncope étant éloigné, nous pûmes quitter le lieu de l'action pour quelques heures, laissant à la garde compétente des seringues chargées.

Le soir, vers six heures, nous eûmes une fièvre de réaction de 38 degrés qui ne laissa aucune fatigue apparente; toute la nuit et les jours suivants, on continua l'usage des reconstituants.

Le lendemain, la piqûre de la fesse droite fut gonflée, douloureuse, rouge. Nous crûmes à l'imminence d'un abcès. C'était une pure irritation sans conséquence. Nous nous aperçûmes alors qu'il y avait parésie de la vessie, parésie de l'intestin. Au cinquième jour, il s'établit une fièvre violente avec frisson qui bouleversa tout le monde. Elle fut d'abord intermittente, puis continue à 39, 40 degrés et nous crûmes à une fièvre puerpérale qui s'évanouit avec une forte débâcle spontanée que nous avions vainement provoquée.

Au neuvième jour se manifestèrent les premières douleurs d'une phlébite de la veine fémorale gauche qui dura deux mois. Néanmoins peu à peu tous ces troubles se dissipèrent et la malade était guérie au moment de son départ de Cannes, fin mai.

Cette observation fourmille d'enseignements de tous genres. Toutefois nous ne nous occuperons que de la question thérapeutique, qui est neuve et palpitante et qui est le but de ce petit travail.

Il nous semble difficile de contester la puissance primordiale du sérum dans cette circonstance. Le traitement

physiologique, tractions rythmées de la langue, insufflations d'air, excitation directe des réflexes classiques, a contribué sans doute à stimuler le fonctionnement des organes, alors que la vie était revenue dans le cœur; mais il avait été notoirement impuissant avant ce moment.

La vie, du reste, devait être ramenée par une réplétion du cœur que l'excitation ne pouvait fournir, que le sérum seul pouvait donner.

Le lecteur nous demandera pourquoi nous avons préféré une injection hypodermique de sérum à une injection intraveineuse — pourquoi nous avons refusé la transfusion sanguine intraveineuse ou hypodermique — pourquoi nous avons injecté des doses si modestes de sérum, alors qu'on en imbibe les malades.

D'abord, en pareille circonstance, le devoir est de ne pas perdre une minute et d'employer le procédé le plus rapide, celui qu'on a sous la main.

Pour faire une transfusion sanguine, intraveineuse ou hypodermique, il fallait être outillé. Nous n'avions sous la main que notre seringue de 20 centimètres cubes qui, bien que parfaite, était insuffisante pour cette opération. Il fallait disséquer la veine d'un sujet exsangue, ce qui n'eût pas été facile, ni rapide, et faire une phlébotomie sur le mari. Tout cela eût été trop long. En tous cas, une injection hypodermique de sang n'eût peut-être pas été suivie d'une absorption assez rapide et assez complète. Nous ne pouvions donc pas compter sur une action immédiate qui était impérieusement urgente.

Le sérum, quoique improvisé et défectueux, était d'un emploi facile. Nous connaissions d'avance ses avantages, ses inconvénients, sa puissance régénératrice; nous lui donnâmes la préférence. L'hypodermothérapie nous parut être ici la méthode indiquée. Nous verrons pourquoi. Dans les syncopes graves, la peau absorbe quand même les liquides injectés. Si, à l'heure actuelle, le sujet était en état de mort apparente, il était il y a un instant sain, vigoureux. Si les grands réflexes étaient éteints, les réflexes capillaires ne l'étaient certainement pas encore, un rien devait suffire pour provoquer leur réveil; les vaisseaux assoiffés devaient absorber la solution saline, ce qui eut lieu.

Ce premier fait acquis, des considérations théoriques nous poussaient à adopter cette méthode. Quand le sérum pénètre par la veine, il arrive à dose massive au cœur, presque à l'état de pureté. Quand il s'endosmose par l'hypoderme, il y arrive divisé, mélangé avec le sang qu'il a rencontré dans les capillaires; c'est déjà un liquide organique. Dans ces conditions les effets, toutes choses égales d'ailleurs, sont différents.

L'injection intraveineuse détermine des réactions trop vives, perturbatrices au point d'être dangereuses. Il est difficile pour ne pas dire impossible de les atténuer.

Les réactions produites par l'endomose sous-cutanée n'atteignent jamais le paroxysme des précédentes; elles dépassent plus rarement la mesure thérapeutique, leur effet est tonique et persistant. Dans tous les cas, la facilité qu'on a de répéter l'opération permet soit de les atténuer à l'aide d'injections d'eau distillée stérilisée, soit de les activer ou de les prolonger au besoin.

Quel eût été le résultat de l'injection intraveineuse si nous avions eu le soir une réaction prolongée de 40-41 degrés? Etait-ce sage de passer outre? Cette terrible complication, survenant après une hémorragie pareille, n'eût-elle pas emporté le sujet? L'ignorance de la question pouvait seule excuser une pareille faute thérapeutique. Nous n'avons pas voulu la commettre. L'expérience nous a donné raison; l'hypodermothérapie a rempli son rôle.

Dans les syncopes graves causées par les métrorragies, la tendance actuelle est d'injecter de grandes quantités de sérum pour combler d'abord le vide des vaisseaux et exciter vivement le cœur. Si les effets des grandes doses sont éclatants, il est rare qu'ils ne dépassent pas la mesure demandée, qu'ils ne soient plutôt toxiques que thérapeutiques.

Le cœur peut être excité à l'excès, il peut être forcé par un fonctionnement violent, la réplétion peut ne pas être nécessaire; elle peut être considérable, nuisible. Des complications peuvent surgir à la suite de ces différents écarts associés. Il importe toujours de les prévoir. Cela serait possible si on était fixé d'avance sur la manière de remplir à propos l'indication dominante du moment, si on avait la notion exacte du degré de vitalité du sujet plongé dans des conditions plus ou moins périlleuses. Ici il fallait réveiller à tout prix les contractions du cœur. Il fallait redouter une réaction fébrile intense, éviter les abcès qui pouvaient être causés par un sérum des plus imparfaits.

On opérait sur un sujet bien portant, sur une blessée tombée en syncope grave sous le coup d'une hémorragie et non point sur une de ces nombreuses accouchées qui arrivent souvent dans les hôpitaux agonisantes, après plusieurs jours de pertes successives, déjà malades, profondément atteintes dans leur nutrition générale et à bout de ressort vital.

Le réveil du cœur pouvait donc être obtenu par des doses moyennes de sérum et, si on l'obtenait nettement, il était inutile d'insister sur l'emploi excessif de ce réveilleur de vie qui pouvait excéder son mandat. Il valait mieux maintenir la contraction au diapason conquis par des stimulants gastriques qui, bien tolérés et suffisamment distribués allaient assurer le retour et le fonctionnement de la *bonne nature médicatrice* qui était en puissance naguère et sans le concours de laquelle on ne fera jamais de bonne thérapeutique, alors même qu'elle serait le plus spécifique.

C'est ce que nous avons fait. Avec 80 grammes d'eau salée, nous avons obtenu le retour des battements. Nous aurions pu nous contenter d'une injection de 60 grammes.

Nous avons comblé le vide qui pouvait quand même exister dans les vaisseaux avec du bouillon chaud, des grogs et du café. Nous n'avons eu qu'une modeste réaction et point d'abcès. Le sujet ne s'est jamais si bien porté. (*Gaz. hebd.*)

---

## LES ABCÈS FROIDS INTRAMUSCULAIRES

### DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE; OBSERVATIONS ET CRITIQUE

Par le docteur G. Gérard,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lille,
Ancien interne des hôpitaux.

I

Dans une Revue générale, publiée par la *Gazette des hôpitaux* (1), nous avons tenté de synthétiser l'étude des abcès chauds de la paroi abdominale antérieure, en nous fondant sur de nombreux travaux, tant étrangers que français, que nous avons mentionnés à la bibliographie. Les observations y sont très nombreuses. Par contre, l'étude de la question

(1) Gérard. *Gaz. des hôpit.*, 7 août 1897, n° 89.

ne fait découvrir qu'un nombre excessivement restreint d'abcès froids.

D'une manière générale, ceux-ci sont peu communs à l'intérieur des muscles. Denonvilliers (1) met leur existence en doute : « Les abcès froids du tissu musculaire, dit-il, s'ils existent, sont du moins fort rares. » Michaux (2) ne les mentionne ni à propos des phlegmons et abcès de la paroi abdominale, ni à propos des tumeurs de la paroi. Nous-même n'avons pu réunir, malgré des recherches étendues, que *quatre* cas d'abcès froids intramusculaires de la paroi abdominale antérieure. [Nous avons naturellement écarté toutes les observations qui ne se rapportent pas directement au sujet, le phlegmon de Heurteaux, par exemple, qui serait souvent, d'après M. Richelot (3), de nature tuberculeuse.]

Nous rapportons ces observations et celle d'un cas personnel observé en 1887 dans le service de M. le docteur Phocas, et nous les faisons suivre de quelques remarques empruntées aux travaux publiés sur les tuberculoses intramusculaires et au cas même que nous avons suivi.

Observation I. — *Sur un abcès froid du bas-ventre, présentant quelques caractères des abcès par congestion* (Barot. *Journ. de méd., chir. et pharm.*, 1801, p. 145). — « Au mois de nivôse de l'an VII, je ressentis des douleurs vagues qui se portaient alternativement sur différentes articulations. Les digestions étaient troublées... Les douleurs continuèrent avec des variations dans leur intensité jusqu'au mois de pluviôse de l'an VIII, époque à laquelle elles diminuèrent beaucoup, et se fixèrent sur la région de l'aine gauche. Elles ne se faisaient sentir que lorsque je me levais, après être resté longtemps assis, et n'étaient que momentanées. Le 14 ventôse de l'an VIII, portant ma main à ma poche, je sentis dans l'aine une tumeur de la grosseur d'un œuf de perdrix, que je pris d'abord pour une hernie ; mais n'ayant point fait d'effort, ayant ressenti des douleurs aux lombes et au dos, la fluctuation me paraissant manifeste, je crus bientôt avoir acquis la certitude de l'existence d'un abcès par congestion, venant d'une carie de la colonne vertébrale. Je n'ignorais pas que cette affection est au-dessus des ressources de l'art, qu'elle est constamment et rapidement funeste.

Voyant que ma maladie faisait des progrès, je consultai plusieurs personnes qui me conseillèrent d'entrer à l'hospice de la Charité, pour me confier aux soins du citoyen Boyer. Le jour qui suivit celui de mon entrée à l'hospice, je fus tourmenté durant toute la journée par un vomissement qui me donnait à peine un moment de relâche... Quelques douleurs se manifestèrent aux lombes, et la tumeur éprouva une légère augmentation de volume.

Le 5 prairial, la tumeur était de la grosseur d'un œuf de poule, et toujours indolente ; le liquide qu'elle contenait disparaissait et semblait se perdre entre les muscles qui forment les parois antérieures et latérales de l'abdomen ; on résolut d'opérer. Je fus placé sur le dos ; le citoyen Boyer ayant choisi l'endroit le plus fluctuant de la tumeur, on fit l'ouverture avec l'aiguille à cataracte de Petit. On obtint à peu près une verrée d'un pus inodore, ayant la consistance et la couleur du petit-lait épaissi.

Boyer pratiqua encore une seconde, puis une troisième ouverture, après laquelle la tumeur diminua ; et je sortis de l'hospice le 14 vendémiaire de l'an IX, parfaitement guéri. »

Obs. II. — *Abcès tuberculeux sous-ombilical* (Richelot, *Union méd.*, 1883, p. 61). — J.-B. D..., garçon de pharmacie, trente-cinq ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 27 septembre, pour en sortir le 7 novembre 1879. A son entrée il porte une tuméfaction inflammatoire de la région sous-ombilicale et nous raconte les faits suivants :

Il y a un mois environ, éprouvant quelques symptômes d'embarras gastrique, il prit un vomitif et ressentit dans un effort de vomissement une douleur vive à l'ombilic. Les jours suivants se développa une tuméfaction douloureuse ; un médecin, croyant à une hernie, fit des manœuvres de taxis, et s'arrêta en voyant sourdre du pus par l'ombilic. Depuis lors, le malade a conservé une fistule suppurante et une induration phlegmoneuse de la région. Les fonctions de l'intestin et de la vessie n'ont subi aucune atteinte, et l'état général est resté bon.

J'insisterai peu sur le diagnostic différentiel pour aller droit au fait. L'intégrité du péritoine et des organes abdominaux est manifeste. La position de la tumeur exactement sur la ligne médiane, sa limite inférieure à notable distance du pubis, la faible quantité de pus qui s'est écoulée au moment où la cicatrice ombilicale a cédé sous des pressions intempestives, enfin l'intensité médiocre de la douleur locale jointe à l'absence de fièvre et de symptômes généraux graves, écartent l'idée d'un phlegmon sous-péritonéal.

La tuméfaction peu saillante et modérément rouge, parfaitement médiane et symétrique, a sa base représentée par une ligne transversale qui affleure l'ombilic ; sa partie inférieure est une ligne courbe assez bien limitée. Introduit par la fistule ombilicale, un stylet droit pénètre à peine ; mais s'il est convenablement courbé, on arrive aisément à explorer la cavité purulente et à en toucher les limites. Il est alors manifeste que l'ensemble du foyer est aplati, sous-péritonéal et recouvert par toute l'épaisseur de la paroi de l'abdomen. Le stylet s'arrête en bas à 7 ou 8 centimètres au-dessous de l'ombilic, obliquement, à droite et à gauche, à 4 centimètres environ du même point.

A la suite de cet examen, je fus certain que j'avais affaire à une variété d'abcès subaigu répondant bien à la description qu'a donnée M. Heurteaux du phlegmon sous-ombilical.

L'étiologie était fort obscure ; un effort de vomissement avait déterminé la première douleur, mais ne pouvait être la cause de l'abcès. Les symptômes d'embarras gastrique signalés au début étaient sans doute les premiers signes généraux liés à la phlegmasie locale ; mais celle-ci demeurait inexpliquée.

Traitement : ouverture et contre-ouverture. Injections et pansements phéniqués. Cicatrisation en cinq semaines.

Cet abcès n'a donné que des phénomènes subaigus ; peut-être même s'est-il formé un abcès froid de petit volume, inaperçu du malade et qui s'est ensuite échauffé modérément comme il arrive à ces sortes de foyers. A partir de l'intervention, la nature de la suppuration, sa persistance malgré le traitement antiseptique et l'étendue médiocre de la cavité ; enfin, la masse caséeuse qui, un jour, sortit par l'ombilic me paraissent légitimer cette hypothèse qu'il s'agit d'un *abcès tuberculeux développé dans la région sous-ombilicale.*

(*A suivre.*)

(1) Denonvilliers. *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. I, p. 35, art. Abcès froids.

(2) Michaux. *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, t. VI, p. 317.

(3) Richelot. Soc. de chir., 2 janv. 1896.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 19 au 26 mars 1898)

### Examens de doctorat.

**Lundi 21 mars 1898**, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Rémy et Sebileau.

1er examen (nouveau régime) : MM. Delens, Delbet et Lejars.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Poirier et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Terrier, Jalaguier et Varnier; — (2e série) : MM. Monod, Ribémont-Dessaignes et Tuffier; — M. Kirmisson, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Segond, Humbert et Broca.

3e examen (officiat), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Potain, Reclus et Bonnaire; — (2e série) : MM. Marchand, Ricard et Widal; — M. Walther, suppléant.

**MARDI 22 MARS**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Campenon, Quénu et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Polaillon, Rémy et Gley.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Budin, Richelot et Nélaton; — (2e partie) : MM. Hutinel, Ballet et Ménétrier.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Thoinot et André; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Albarran et Thiéry; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Gilbert et Charrin; — M. Achard, suppléant.

**MERCREDI 23 MARS**, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Segond et Ricard.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Poirier, Rémy et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Marchand, Reclus et Lejars; — (2e série) : MM. Kirmisson, Jalaguier et Bonnaire; — (3e série) : MM. Tillaux, Tuffier et Varnier; — (4e série) : MM. Delens, Ribémont-Dessaignes et Delbet; — M. André, suppléant.

5e examen (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série): MM. Fournier, Netter et Gaucher; — (2e série) : MM. Hayem, Déjerine et Widal; — M. Humbert, suppléant.

**JEUDI 24 MARS**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Poirier et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Budin, Polaillon et Richelot; — (2e série) : MM. Maygrier, Quénu et Albarran; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Chantemesse et Thoinot.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Pouchet et Gilbert; — M. André, suppléant.

**VENDREDI 25 MARS**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Poirier et Sebileau.

2e examen (oral, 1re partie), *Ancienne bibliothèque, salle n° 2* : MM. Rémy, Ricard et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Reclus, Varnier et Broca.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale*: MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot; — M. Netter, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Jalaguier et Walther; — (2e série) : MM. Delens, Monod et Lejars; — (2e partie) : MM. Potain, Déjerine et Gilles de La Tourette; — M. Gaucher, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Humbert et Bonnaire; — M. Kirmisson, suppléant.

**SAMEDI 26 MARS**, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Polaillon, Quénu et Poirier.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Weiss.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Letulle et Achard; — (2e série) : MM. Debove, Marie et Marfan; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (2e partie, 1re série), *Charité* : MM. Laboulbène, Dieulafoy et Roger; — (2e série) : MM. Chantemesse, Ballet et Ménétrier; — M. Campenon, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Richelot; — M. Berger, suppléant.

### Thèses de doctorat.

**SAMEDI 19 MARS**, à une heure. — M. Cros. De l'électrolyse bipolaire appliquée au traitement des angiomes et des nœvi materni; — M. Sallé. Du massage dans les fractures communes de l'olécrâne; — M. Bouvart. Diagnostic et traitement des luxations sous-astragaliennes récentes (MM. Berger président; Campenon, Nélaton et Albarran).

**MERCREDI 23 MARS**, à une heure. — M. Huguet. De quelques causes d'erreur dans le diagnostic des anévrysmes de l'aorte ascendante (MM. Landouzy, président; Joffroy, Gilles de La Tourette et Walther). — M. Baudet. Du mal perforant buccal (MM. Joffroy, président; Landouzy, Gilles de La Tourette et Walther).

**JEUDI 24 MARS**, à une heure. — M. Vermorel. Recherches anatomiques et expérimentales sur l'inflammation pleurale; — M. Hyenne. Étude anatomo-clinique des principales dégénérescences des fibromyomes de l'utérus (MM. Cornil, président; Debove, Roger et Marfan). — M. Pineau. Le muguet infectieux et plus particulièrement le muguet infectant ou généralisation du muguet chez l'homme (MM. Debove, président; Cornil, Roger et Marfan). — M. Retournard. Tubage et trachéotomie dans la rougeole; — M. Rocca. Du méningisme dans les maladies infectieuses; — M. Lieutaud. Contribution à l'étude du pneumothorax et en particulier de sa guérison; — M. Dufour. Hématémèses infectieuses (MM. Dieulafoy, président; Grancher, Netter et Charrin). — M. Faussé. Du genu recurvatum (MM. Berger, président; Pinard, Kirmisson et Nélaton). — M. Thébault. Fistule par persistance du conduit vitellin; — M. Bachimont (François). Documents pour servir à l'histoire de la puériculture; — M. Bachimont (Fernand). De l'intervention avant la viabilité du fœtus (MM. Pinard, président; Berger, Kirmisson et Nélaton).

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la non-acceptation de MM. les professeurs Le Dentu et Lannelongue, le jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 17 mars prochain, est définitivement composé de MM. Peyrot, Walther, Reynier, Richelot, Jalaguier, Reclus et Balzer.

— Deux concours s'ouvriront, le 3 octobre 1898, à l'école du Val-de-Grâce : le premier pour l'emploi de professeur agrégé (maladies et épidémies des armées), le second pour l'emploi de professeur agrégé (diagnostic chirurgical spécial).

En exécution de l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de première et de deuxième classe sont seuls admis à prendre part auxdits concours.

Les candidats adresseront au ministre de la Guerre (septième direction, bureau des hôpitaux) avant le 1er septembre, terme de rigueur, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs divers chefs et transmise par la voie hiérarchique.

— Nous recevons la communication suivante :

« A l'occasion de l'heureuse issue de l'affaire du docteur Laporte, le bureau du Syndicat des médecins de la Seine convie tout le corps médical à assister au banquet du Syndicat, qui aura lieu le lundi 21 mars, à sept heures et demie du soir, au restaurant Ronceray (terrasse Jouffroy), 10, boulevard Montmartre. — Prix : 10 francs. — Tenue de ville.

Envoyer les adhésions le vendredi 18 mars au plus tard, au docteur Philippeau, trésorier, 12, rue de Châteaudun. »

— Les Compagnies Paris-Lyon-Méditerranée et Midi donneront aux billets d'aller et retour, pris par les congressistes pour se rendre à Montpellier (Congrès français de médecine), une prolongation de délai suffisante pour permettre le retour après la clôture du Congrès.

Le chemin de fer de l'État accorde une réduction de 50 p. 100 sur ses lignes aux mêmes congressistes.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Vallin a donné lecture d'une note de M. Daremberg sur l'emploi du vésicatoire dans le traitement de la phtisie pulmonaire. Pas de vésicatoires dans la tuberculose à marche rapide, dit M. Daremberg, ni dans la phtisie à la dernière période, ni chez les tuberculeux à hémoptysies et à grande fièvre. Mais on doit en user largement chez les tuberculeux résistants, dont la maladie marche lentement et qui présentent des poussées limitées de congestion pleurale, pulmonaire ou bronchique.

Nous avons pu croire, un instant, qu'une ère de discussions allait renaître à l'Académie. Nous pensions que cette question si pratique, et par là même si intéressante pour tous de la saignée, des vomitifs et du vésicatoire, n'en resterait pas là. Nous savons pertinemment que M. Huchard n'est pas seul de son avis, que de jeunes professeurs de l'école pensent absolument comme lui; pourtant, aucun d'eux n'a demandé la parole, et M. Huchard, qui a eu le courage de son opinion, reste seul contre MM. Robin, Ferrand, Hervieux, Lancereaux et Daremberg. Est-ce parce que M. Huchard a dit tout ce qu'il y avait à dire contre le vésicatoire? Est-ce parce qu'on n'ose pas toujours dire tout haut, surtout à l'Académie, ce qu'on pense tout bas? Nous ne savons au juste. Nous constatons seulement, en le regrettant, le silence des orateurs qui paraissent tout désignés pour prendre la parole dans cette discussion.

Cette séance a été fort courte : M. Hervieux a lu une note sur la nécessité d'appliquer l'obligation vaccinale aux colonies françaises. La réclamation persistante des médecins militaires à ce sujet est restée jusqu'ici lettre morte. Il faut savoir gré à M. Hervieux de leur prêter le concours de l'Académie, car nous ne doutons pas que celle-ci n'approuve entièrement M. le directeur de la vaccine dans ses trop légitimes revendications.

La parole a été donnée à M. Guépin pour la lecture d'un travail intéressant sur l'hypertrophie sénile de la prostate et la prostatomégalie.

M. Ménière a lu une note sur le traitement de l'otite moyenne purulente aiguë par les grands lavages de la caisse.

M. le ministre de l'Intérieur avait demandé à l'Académie son avis sur le point de savoir dans quelle mesure, en l'état actuel de la science, il conviendrait de recommander aux établissements hospitaliers, dans l'intérêt du traitement des malades pauvres, l'application des nouvelles découvertes de la radiographie et de la radioscopie.

Une commission, composée de MM. Bucquoy, Fournier, Laborde, Gariel, a proposé à l'Académie de répondre par les conclusions suivantes, qui ont été votées à l'unanimité.

Il conviendrait : 1° De recommander aux établissements hospitaliers, dans l'intérêt du traitement des malades pauvres, l'application de la radiographie et de la radioscopie.

2° D'émettre le vœu qu'un laboratoire spécial de radiographie et de radioscopie soit fondé à l'Académie de médecine.

---

## HOPITAL DE LA PITIÉ

### Dextrocardie isolée, d'origine congénitale.

Par M. André PETIT, médecin de la Pitié,
et M. RAVAUT, interne des hôpitaux.

J'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt, bien qu'il s'agisse pour un certain nombre d'entre vous d'une vieille connaissance, de vous présenter de nouveau un sujet atteint de dextrocardie isolée, d'origine vraisemblablement congénitale.

Cet homme a été déjà soumis à l'examen de la Société médicale des hôpitaux (1), par M. Gingeot, dans la séance du 7 juin 1895, et notre distingué collègue, après avoir exposé l'observation du malade et discuté les conditions particulières de son inversion cardiaque, concluait à une origine sans doute congénitale.

Je partage entièrement sa manière de voir; aussi m'efforcerai-je d'être bref, puisqu'il ne me reste qu'à confirmer une opinion déjà émise, et à compléter sur quelques points, au moyen de documents graphiques, une observation déjà insérée dans nos Bulletins.

L'histoire de ce malade et son odyssée hospitalière assez complexe ont été recueillies avec le plus grand soin par

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 259.

M. Ravaut, interne à la Pitié, et je les résume ici rapidement.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. A l'âge de cinq ans, le malade a eu la rougeole; à treize ans, à l'occasion d'un rhume, il fut ausculté par un médecin qui reconnut alors, pour la première fois, la dextrocardie dont le nommé R... est atteint.

En 1892, au conseil de revision, cette anomalie passa inaperçue, et ce n'est qu'après dix-huit mois de service que R..., auquel les efforts et le pas gymnastique causaient des palpitations et un essoufflement pénible, fut réformé et reconnu porteur d'une inversion cardiaque.

En 1894, il fait un séjour à Lyon dans le service du docteur Mollière pour des palpitations; puis, en 1895, il est admis à l'hôpital Cochin, au mois de janvier, et soigné pour une fièvre typhoïde par M. Gilles de La Tourette.

Au mois de mai de la même année, il entre à l'hôpital Laënnec dans le service de M. Gingeot, qui présente le malade, le 7 juin, devant la Société médicale des hôpitaux.

Nous le retrouvons, en juillet, à Lyon, où il est observé par le docteur Bard, qui affirme l'origine congénitale de sa dextrocardie, ainsi que l'on peut s'en convaincre dans un article de la *Médecine moderne* du 24 mars 1897.

Toujours à Lyon, de janvier à mai 1897, il est traité dans le service du docteur Bondet pour des palpitations, de la dyspnée et une bronchite légère.

Puis, en octobre et novembre de la même année, il séjourne à l'Hôtel-Dieu de Paris dans le service de M. Ferrand pour une bronchite accompagnée de quelques hémoptysies.

Enfin, le 5 janvier 1898, il entre à la Pitié dans la salle de mon collègue et ami Thibierge, à l'obligeance duquel je dois d'avoir pu suivre ce malade et recueillir cette intéressante observation.

Il présentait, lors de son arrivée à la Pitié, quelques phénomènes de grippe, à forme thoracique aujourd'hui disparus depuis longtemps, et sur lesquels nous n'avons pas à insister, ayant hâte d'arriver à l'examen de l'état actuel des organes, qui est encore, à peu de chose près, celui constaté par M. Gingeot en 1895.

A la simple inspection de la paroi thoracique antérieure, on constate facilement un battement synchrone au pouls du malade, dans le quatrième espace intercostal droit au-dessous et un peu en dedans du mamelon, alors que rien de semblable ne se produit sur un autre point du plastron thoracique et, en particulier, du côté gauche. D'ailleurs, la palpation et l'auscultation ne permettent pas de douter qu'il s'agit là du battement du cœur; enfin, si l'on cherche à délimiter par la percussion la zone de matité cardiaque, ce qui présente, dans le cas spécial, quelque difficulté, on arrive à croire que ce battement est bien produit par la pointe même du cœur et non par une autre portion quelconque de l'organe, base ou région méso-ventriculaire.

C'est là une constatation qui a son importance, ainsi que l'a fait observer à diverses reprises M. Bard, puisque, dans le cas de simple refoulement du cœur vers la droite, le maximum des battements visibles ne correspond généralement pas à la pointe de l'organe. Ici, au contraire, l'axe du cœur semble bien être, non pas déplacé vers la droite tout en demeurant plus ou moins parallèle à sa direction normale, mais inverti et pour ainsi dire symétrique par rapport à la ligne médiane.

Ce fait est nettement exprimé sur le tracé qui a été obtenu à l'aide du phonendoscope, par M. Bianchi, que je tiens à remercier de son obligeance. Les résultats si précis, fournis par l'exploration au phonendoscope, ne sont pas sans causer au premier abord quelque surprise; mais j'ai pu, grâce à M. Bianchi, les contrôler par moi-même ou les faire contrôler par plusieurs élèves du service; ils nous ont paru, tout au moins dans leurs grandes lignes, parfaitement probants.

On voit, sur ce tracé, que la pointe du cœur est située sous le mamelon droit, tandis que la base inclinée vers la gauche répond à la région supérieure et droite du sternum: l'axe du cœur est donc bien dirigé de haut en bas et de gauche à droite, dans une situation sensiblement moins verticale que ne l'a cru M. Bard, dans la relation qu'il a publiée sur le cas du même malade.

J'ajoute que les divers modes d'exploration montrent, comme l'ont reconnu tous ceux qui ont examiné ce malade, que seul le cœur est transposé chez lui, tandis que tous les autres viscères occupent leur situation normale.

Enfin, l'auscultation cardiaque permet d'entendre, à la pointe, des bruits normaux, et, à la base, des bruits assourdis, peut-être un peu mieux perceptibles vers le bord droit du sternum, mais sans caractère pathologique. Il nous a été impossible de retrouver le souffle systolique de la base signalé dans l'observation de notre collègue, M. Gingeot, et nous serions porté à croire qu'il s'est agi d'un souffle extra-cardiaque actuellement disparu.

Si l'on recherche, à la région dorsale, les bruits cardiaques et aortiques, on constate, ainsi d'ailleurs que M. Gingeot l'avait énoncé sous quelque réserve, que les bruits aortiques sont plus nettement perceptibles à droite du rachis qu'à gauche. La raison de ce fait serait fournie par cet autre tracé de M. Bianchi, recueilli à la face postérieure du tronc, et où l'on voit l'aorte, issue de la région gauche du médiastin, descendre à droite de la ligne médiane en se dirigeant de haut en bas et légèrement à gauche. Il semble même probable, si l'on s'en rapporte à cette figure, qu'elle doit se recourber sur la bronche droite au lieu de la bronche gauche.

Les tracés du pouls et les tracés cardiographiques ne présentent, comme vous pouvez vous en assurer, rien de particulier et se rapprochent sensiblement de la normale.

Enfin, nous avons fait tirer une épreuve du thorax de ce malade soumis aux rayons de Rœntgen. Bien qu'elle soit un peu confuse, vous pouvez reconnaître aisément que l'ombre cardiaque est située à droite du rachis, tandis qu'à gauche, dans la région supérieure, on ne constate qu'une légère pénombre portée sans doute par une faible portion de la base du cœur. Il semble même, à un examen plus minutieux, que l'on puisse retrouver, à la droite du rachis, une bande verticale plus sombre qui correspondrait à la situation de l'aorte dans le tracé de M. Bianchi.

Du côté des organes respiratoires, on constate, comme l'avait vu M. Gingeot, une submatité assez prononcée dans le tiers supérieur du poumon droit en avant et en arrière; en descendant vers la base du même côté, la sonorité reparaît progressivement, mais sans arriver à un timbre normal. Le bruit respiratoire est diminué d'ampleur, avec inspiration rude, et même soufflante en arrière dans toute la région supérieure du côté droit et principalement au niveau du pédicule pulmonaire. Quelques gros râles vers la base. Le poumon gauche paraît sain.

Je rappellerai que deux ponctions exploratrices, pratiquées par M. Gingeot, n'ont ramené aucun liquide, et j'ajoute que, actuellement, s'il existe un peu d'atrophie des

muscles grand pectoral et sus-épineux droits, on n'observe aucune rétraction de ce côté du thorax; il n'y a pas d'effondrement, comme à la suite des pleurésies, les deux moitiés de la cage thoracique semblent égales et le sont de fait : toutes deux mesurent 40 centimètres de circuit, à 3 centimètres au-dessous du mamelon; toutes deux se dilatent également pendant l'inspiration, ainsi que l'on peut s'en assurer sur les tracés spirométriques que je place sous vos yeux. L'amplitude des oscillations des deux moitiés du thorax, enregistrées simultanément, s'y montrent manifestement égales.

Enfin l'examen bactériologique, répété à diverses reprises, n'a permis de constater aucun bacille de tuberculose, ce qui semblait, d'ailleurs, probable, vu le bon état général du malade et la conservation de l'embonpoint.

Il semble bien que l'on soit en droit de conclure, chez cet homme, à l'origine congénitale de sa dextrocardie, et cela pour deux raisons suffisamment probantes : 1° l'inclinaison de gauche à droite, c'est-à-dire le renversement symétrique de l'axe du cœur; 2° l'absence de signe appréciable d'une pleurésie droite ayant occasionné l'effondrement et la rétraction thoraciques, pouvant entraîner le cœur vers ce côté.

Dans la dextrocardie isolée, comme l'ont fort bien vu Pitres, Bard, Leclerc, la constatation de la direction de l'axe cardiaque offre une importance prépondérante. Pitres, dans ses expériences de contrôle, n'a jamais vu, ainsi qu'il le dit, le cœur « chavirer » et la pointe s'incliner vers la droite lorsqu'il s'agit du refoulement de l'organe par épanchement thoracique gauche, ou de son déplacement par rétraction thoracique droite. Tout au plus le cœur devient-il vertical et subit-il, dans cette nouvelle position, un mouvement plus ou moins prononcé de transfert vers la droite.

Et le fait est facile à comprendre si l'on songe, comme l'a fait justement remarquer M. Bard, que la base du cœur dans le médiastin est la partie de l'organe la plus *mobilisable*; la pointe, au contraire, enfermée dans le sac péricardique, adhérant en bas au centre phrénique, ne peut se déplacer que dans de moindres proportions.

Enfin, le plan incliné du foie, d'une part, sur lequel le cœur est normalement couché de droite à gauche, et, d'autre part, la situation dans le médiastin de la crosse aortique, paraissent bien rendre impossible dans la dextrocardie acquise un semblable renversement du cœur, pour ainsi dire bout pour bout. La pointe dépasse alors rarement le bord droit de l'appendice xiphoïde (Bard, Leclerc).

On peut néanmoins observer, en pareil cas, un centre de battements systoliques à droite du sternum, mais alors il s'agit de battements de la région ventriculaire méso-cardiaque ou de la base du cœur, et leur siège est ordinairement entre le deuxième et le quatrième espace intercostal droit. C'est ce qu'on a pu constater chez le malade présenté ici même par notre collègue Moutard-Martin, et chez lequel la nécropsie a permis de vérifier le déplacement du cœur par rétraction thoracique droite, la pointe de l'organe correspondant encore au bord gauche du sternum.

Le siège des battements pourrait paraître plus extraordinaire dans le cas rapporté par M. Fernet, puisque chez son malade l'effondrement thoracique incontestable laissait peu de place au doute sur la nature acquise de la dextrocardie. L'absence de constatations cliniques démonstratives ou de renseignements nécroscopiques permet de penser que les battements perçus chez ce malade dans le quatrième espace, en dedans du mamelon, ne correspondaient pas à la pointe même du cœur, mais tout au moins à la région méso-cardiaque.

Chez notre malade, d'ailleurs, les tracés recueillis par M. Bianchi, l'épreuve radiographique, la situation presque symétriquement intervertie de l'aorte, ne peuvent guère laisser de doute sur l'inversion complète du cœur, argument de grande valeur pour l'origine congénitale.

Enfin, chez lui, l'examen des diamètres thoraciques, l'absence de tout effondrement du côté gauche, l'identité des tracés spirométriques des deux moitiés du thorax, ne permettent guère de penser à quelque pleurésie passée inaperçue et ayant attiré le cœur vers la droite par rétraction consécutive.

Ne pourrait-on même se demander si les accidents pulmonaires droits actuels ne sont pas, chez lui, la conséquence de la dextrocardie et d'un certain degré de compression de la bronche droite par la crosse aortique? Nous savons qu'à treize ans, on constatait chez cet homme la dextrocardie, et ce n'est que depuis cette époque, à partir de vingt ans surtout, que le poumon droit paraît avoir été le siège de divers phénomènes morbides.

Quoi qu'il en soit de cette dernière hypothèse, je serais heureux d'avoir pu contribuer à élucider ce cas curieux de dextrocardie isolée et d'avoir établi sur des arguments démonstratifs sa pathogénie congénitale.

---

## NÉCESSITÉ D'APPLIQUER L'OBLIGATION VACCINALE AUX COLONIES FRANÇAISES

Par M. le docteur Hervieux, membre de l'Académie de médecine.

Je me fonde pour établir cette nécessité sur la réclamation persistante de cette obligation, par les médecins militaires chargés du service des vaccinations dans toutes nos colonies, réclamations qui démontrent que la variole y règne depuis un temps immémorial et n'a jamais désarmé, et que ce fléau, devenant ainsi une cause de dépopulation, porte une atteinte sérieuse au développement et à la prospérité de nos colonies françaises. Un exposé sommaire des méfaits de la variole et de la variolisation, dans toutes ces contrées, prouve la légitimité des réclamations de nos confrères de l'armée et la nécessité de leur donner satisfaction.

Après avoir répondu à toutes les objections qu'on a opposées à ces demandes pressantes de l'obligation vaccinale, je rappelle qu'à défaut d'une loi proprement dite de vaccine obligatoire, nous avons en France les lois municipales datant de 1789, 1790 et de 1884, qui investissent les pouvoirs civils du droit et du devoir de prévenir et de faire cesser les maladies épidémiques et contagieuses, sans préjudice de la loi militaire qui impose l'obligation vaccinale aux conscrits, aux réservistes et aux territoriaux, sans compter la loi Roussel et les circulaires ministérielles, applicables à la population infantile.

L'application des lois existantes a déjà été faite dans plusieurs colonies, sans rencontrer le moindre obstacle et avec un succès complet.

Une simple circulaire ministérielle rappelant aux pouvoirs civils qu'ils ont le droit d'appliquer aux habitants de nos colonies, aux étrangers, aux fanatiques de la variolisation, la vaccine obligatoire, résoudrait la question dont nos médecins militaires réclament depuis si longtemps la solution.

---

## HYPERTROPHIE SÉNILE DE LA PROSTATE ET PROSTATOMÉGALIE

Par A. Guépin,
Ancien interne, lauréat des hôpitaux,
Membre de la Société de médecine de Paris.

Si, malgré le nombre et l'importance des travaux publiés, les auteurs ne sont point d'accord sur les moyens thérapeutiques les meilleurs à opposer aux accidents de l'hypertrophie sénile de la prostate; si, malgré les insuccès des méthodes héroïques, telles que la castration, la vasectomie, etc., et les inconvénients de la cystostomie sus-pubienne, il se trouve encore de nombreux partisans de ces interventions, cela tient à ce que l'on oublie que la prostate sénile, à ses deux premiers stades anatomo-pathologiques, est une affection parfois curable, sans avoir recours à de semblables procédés; enfin, et surtout, à ce que l'on confond ou considère comme synonymes la lésion de l'organe et un des symptômes qui la révèlent, c'est-à-dire l'hypertrophie prostatique et la prostatomégalie.

La prostate hypertrophiée (pour conserver à ce mot son sens usuel) est toujours une prostate volumineuse. En revanche, beaucoup de grosses prostates, beaucoup de prostatomégalies ne relèvent point de la dilatation des glandes avec sclérose périglandulaire.

Ainsi la prostatomégalie se rencontre en particulier dans l'*œdème* et la *congestion* prostatiques, conséquences ordinaires d'un état inflammatoire subissant une poussée aiguë. L'organe, au toucher rectal, paraît globuleux, faisant dans le rectum une saillie énorme, régulière, lisse, douloureuse, à température élevée; sa consistance est ferme, élastique ou dure. Chez les jeunes sujets, à un degré moindre d'intensité, les contours de la prostate sont diffus, le sillon médian vertical effacé, le volume total comme la consistance accrus. Chez le vieillard, ces signes locaux prennent une importance considérable (surtout en raison de la stase sanguine dans le petit bassin), par rapport aux lésions inflammatoires causales. L'œdème et la congestion disparus — ce que l'on obtient facilement en quelques jours — la prostate revient presque à son volume normal. Faudrait-il voir, dans cette prostatomégalie passagère, une hypertrophie que le traitement guérirait en quelques jours avec les complications urinaires qui en dépendent?

L'*hypersécrétion* avec *stagnation* glandulaires s'accompagne de prostatomégalie, d'autant plus manifeste, que le malade est moins jeune, que sa prostate est depuis plus longtemps dilatée. Les lobes glandulaires bosselés sont relativement mous; la compression en chasse au méat un liquide abondant. Dans certains culs-de-sac, il y a rétention des liquides et par suite rapidement pullulation microbienne, d'où prostatite atténuée partielle, la stagnation préparant le terrain à l'infection. En quelques jours encore, on obtient par la compression digitale ou l'expulsion physiologique des sécrétions par les lavements, les suppositoires, etc., une amélioration considérable, tant dans l'état local que dans les troubles de la miction. Encore ici, point n'est besoin d'interventions sérieuses, si même celles-ci donnent, ce qui reste à démontrer, un résultat plus durable que les petits procédés défendus par nous.

La prostatomégalie des *prostatites chroniques* nous conduit par une insensible transition à l'hypertrophie sénile (prostatite sénile de Reliquet). Les culs-de-sac où stagnent les sécrétions modifiées et d'abondance anormale forment des saillies sous la muqueuse rectale; les uns sont mous et dépressibles; d'autres, fermes et douloureux à la pression. L'organe est augmenté de volume sans régularité et cet état devient, toujours pour les mêmes raisons (perte de contractilité des muscles expulseurs intrinsèques des sécrétions prostatiques, sclérose périglandulaire commençante), beaucoup plus marqué avec l'âge; l'appareil urinaire subit un contre-coup d'autant plus intense dans son fonctionnement normal. En général, on croit à de l'hypertrophie sénile définitivement constituée, alors que l'on est tout au plus à la phase originelle, ces prostatites chroniques n'aboutissant point toujours à la sclérose périglandulaire absolue. Les opérations signalées plus haut ne répondent pas aux indications thérapeutiques et sans elles, sans faire courir au malade les risques qu'elles entraînent, on arrive en thèse générale à un résultat satisfaisant, quelquefois même à faire régresser absolument la prostatomégalie, c'est-à-dire à obtenir l'atrophie prostatique.

La prostatomégalie de l'*hypertrophie sénile* tient, au début, à la stagnation et à la dilatation glandulaires compliquées, par poussées, d'œdème, de congestion et bientôt accompagnées de sclérose périglandulaire envahissante. Contre chacune de ces poussées, les procédés que j'ai eu l'honneur d'étudier précédemment devant l'Académie sont à la fois efficaces et suffisants. Contre la transformation scléreuse de la prostate, quelques-uns d'entre eux (cathétérisme, antisepsie vésicale) ont une action palliative évidente. Sauf dans des circonstances exceptionnelles, rien ne nous engage encore à tenter davantage.

Pour mémoire seulement, signalons ici la prostatomégalie symptomatique des *néoplasmes*.

En résumé, si après la castration, la vasectomie, la cystostomie sus-pubienne, on a obtenu des guérisons, celles-ci pouvaient vraisemblablement, à mon sens, survenir à moins de frais. Car, il s'agissait alors de prostatomégalie, début peut-être d'hypertrophie sénile, mais non pas d'hypertrophie constituée.

Cette distinction, dont je m'efforce de faire ressortir l'importance capitale, a pour but de rendre le chirurgien circonspect; des ressources thérapeutiques, vieillies en apparence, perfectionnées, il est vrai, peu à peu, restent encore aujourd'hui, dans la majorité des cas, moins dangereuses et tout aussi certaines que les moyens proposés pour les remplacer.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Grossesse tubaire récidivée avec une grossesse normale et un accouchement entre la première et la deuxième grossesse extra-utérine.** — Le cas suivant, rapporté par le docteur O. Kokmann (de Berne), présente un grand intérêt : d'après les recherches de l'auteur, il serait, en effet, unique dans les annales de la science.

Il s'agit d'une femme, tuberculeuse, menstruée régulièrement à l'âge de quatorze ans et affectée de pertes blanches depuis l'âge de dix-sept ans, époque de son mariage; en 1884, elle aurait fait une fausse couche.

En juillet 1890, alors qu'elle était âgée de vingt-quatre ans, menstruation régulière. La menstruation ne se reproduisit plus jusque dans les premiers jours de septembre, époque où survint une métrorragie qui dura pendant quatorze jours et se renouvela, quatorze jours plus tard. De

juillet à septembre, douleurs dans le bas-ventre, avec picotements et crampes, nausées, vomissements, fièvre.

A l'inspection, pas de signes de gravidité. L'examen direct permit de reconnaître au niveau du bord gauche de l'utérus, près de l'origine de la trompe, une tumeur un peu aplatie s'étendant vers la paroi gauche du bassin.

Le 22 septembre, douleurs dans le bas-ventre. Celui-ci est dur dans sa partie gauche; l'utérus est porté en avant contre la symphyse; dans la partie postérieure et gauche de la voûte du vagin, on sent de la résistance. Pâleur du visage; température et pouls normaux. L'état resta le même jusqu'au 20 octobre, où l'on fit la laparotomie, après qu'on eut porté le diagnostic de grossesse tubaire gauche.

L'examen anatomo-pathologique des parties enlevées au cours de l'opération montra qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine, sans cependant pouvoir en fournir la certitude. Quant aux suites opératoires, elles n'offrirent rien de particulier.

En 1896, le 28 juillet, la malade, alors âgée de trente ans, est revue. Elle a eu, en 1894-1895, une grossesse normale, terminée par la naissance d'un enfant vivant et bien portant. Elle offre toujours des signes de tuberculose pulmonaire.

Dernière menstruation en juin. Pas de symptômes de grossesse. A la palpation, on perçoit dans l'hypocondre droit une résistance diffuse. Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus poussé à gauche et en avant; à droite de l'utérus, existe une masse assez dure, qui se prolonge en arrière et paraît en connexion avec l'utérus, lequel est immobile : à gauche de l'utérus, on trouve deux petites tumeurs dures, grosses comme une noix, restes de la castration antérieure. Diagnostic : grossesse extra-utérine droite.

Au cours de la laparotomie, on constata que le cul-de-sac de Douglas contenait des caillots sanguins de consistance ferme et l'on fit l'ablation de la trompe droite qui formait une tumeur du volume d'un petit poing. Ablation des deux petites tumeurs siégeant à gauche de l'utérus.

A l'examen anatomo-pathologique, on vit que les deux petites tumeurs étaient un kyste de l'ovaire et un corps jaune kystique. Quant à la tumeur enlevée à droite, il s'agit d'un œuf de six semaines.

Le huitième jour, la malade succomba, emportée par une pneumonie lobulaire et une péritonite, ainsi que le montra l'autopsie. (*Centralbl. f. gynæk.*, 1897, p. 1221.)

D[r] P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

## THÉRAPEUTIQUE

### Lavement alimentaire dans le cancer de l'estomac

(JACCOUD).

| | | |
|---|---|---|
| Jaune d'œuf. . . . . . . . . | n° 2. | |
| Peptone sèche . . . . . | 4 à 20 | grammes. |
| Vin. . . . . . . . . . . . . | 120 | — |
| Bouillon. . . . . . . . . . . | 250 | — |

Pour lavements, dans le cancer de l'estomac, avec oblitération du cardia ou du pylore.

### Un désodorisant de l'iodoforme.

L'eau de fleurs d'oranger enlève rapidement l'odeur de l'iodoforme. Il suffit, d'après Constan, de se laver les mains avec cette substance pour en faire disparaître l'odeur. (*Lyon méd.*)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mars 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### PRÉSENTATION

**Condenseur de rayons X.** — M. GARIEL présente un condenseur de rayons X imaginé par MM. Radiguet et Guichard. C'est une nouvelle disposition d'appareils accessoires à la radioscopie et à la radiographie qui permet d'obtenir une grande netteté, même pour de grandes épaisseurs, telles que la tête, le thorax et l'abdomen.

Ayant constaté l'avantage qu'il y a à arrêter par une feuille de plomb les rayons de Röntgen, pour empêcher le flou dû à la fluorescence de l'air ambiant, qui agit secondairement sur les plaques sensibles, ces messieurs ont pensé qu'il y aurait avantage à généraliser cette précaution le plus possible sur tout le trajet des rayons, depuis leur point d'émission, au sortir de l'ampoule, jusque sur la plaque photographique.

Ils ont en conséquence créé une atmosphère confinée par des parois imperméables, ou au moins très résistantes aux passages des rayons X (plomb ou autre métal ou surface fluorescente), épousant aussi exactement que possible la forme conique de leur épanouissement.

D'autre part, cette forme devant encadrer la plaque photographique placée à l'extrémité opposée de l'ampoule, ils ont résolu d'adopter la forme pyramidale et ils ont nommé cet appareil le « radiocondenseur ».

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE VÉSICATOIRE

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une note de M. Daremberg sur l'emploi du vésicatoire chez les phtisiques.

Les vésicatoires n'agissent que chez les bons tuberculeux, dit M. Daremberg, chez les tuberculeux résistants. Il faut donc les éviter chez les tuberculeux arrivés à la dernière période de leur maladie, en n'oubliant pas que, dans un tiers des cas environ, les phtisiques commencent leur maladie par la dernière période, c'est-à-dire qu'ils sont irrémédiablement perdus, quoi qu'on fasse.

Donc, pas de vésicatoires dans les cas de tuberculose à marche rapide; pas de vésicatoires dans les cas de tuberculose lente, mais infectieuse d'emblée. Jamais de vésicatoire dans les cas de broncho-pneumonie tuberculeuse étendue. Jamais de vésicatoires chez les tuberculeux dont les hémoptysies sont accompagnées d'une forte fièvre, dépassant 38°5.

Mais on doit user largement des petits vésicatoires répétés, ou des mouches de Milan successives, quand on se trouve en présence d'un phtisique résistant atteint d'une poussée limitée de congestion pleurale, pulmonaire ou bronchique, n'élevant pas la température au delà de 38°5.

Le vésicatoire aura aussi une action très salutaire dans le cas de broncho-pneumonies très limitées, avec fièvre atteignant 39 ou 40 degrés, sans hémoptysies. On voit très vite la température baisser de 1, 2, même 3 degrés, comme après un badigeonnage de gaïacol. Mais, avec le vésicatoire, on évitera les sueurs et l'abaissement de la température se maintient.

Il ne faut jamais mettre de vésicatoire sur la peau des vieillards. Le vésicatoire est un agent curateur seulement chez les phtisiques jeunes et adultes.

### COMMUNICATION

**Vaccine.** — M. HERVIEUX communique une note sur la nécessité d'appliquer l'obligation vaccinale aux colonies françaises. (Voir plus haut, p. 295.)

LECTURES

**Hypertrophie sénile de la prostate et prostato-mégalie.** — M. GUÉPIN lit une note sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 296.)

**Traitement des otites moyennes purulentes aiguës, au moyen des grands lavages faits par la trompe.** — M. E. MÉNIÈRE fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Le bréviaire de la nourrice** (1), par le docteur MACQRET.

Frappé de la mortalité considérable des enfants pendant la première année, 50 p. 100, mortalité due soit à une alimentation défectueuse, soit à l'ignorance des principes les plus élémentaires de l'hygiène, l'auteur a fait œuvre utile en publiant ce travail.

Prenant l'enfant dès sa naissance, jusques et y compris le sevrage, il s'est attaché à exposer avec méthode et simplicité les soins minutieux dont le nourrisson doit être incessamment entouré et la façon rationnelle et sage de l'alimenter.

Les chapitres indiquent avec des détails précis la conduite à tenir à chaque moment de cette période difficile et la lecture en sera d'autant plus agréable que l'auteur a éloigné toute expression scientifique pouvant être parfois mal comprise, pour s'en tenir à un langage courant à la portée de tout le monde.

Aussi ce manuel de vulgarisation est-il appelé à être le « bréviaire » indispensable à toute bonne nourrice, pour le plus grand bien et la santé des jeunes enfants.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 mars 1898, l'article 1er du décret du 15 janvier 1894 est modifié comme suit :

« Le conseil supérieur de l'assistance publique est composé de soixante membres, savoir : quatorze membres de droit et quarante-six membres nommés par décret.

Sont membres de droit du conseil : 1° le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ; 2° le directeur de l'administration départementale et communale ; 3° le directeur de l'administration pénitentiaire ; 4° le directeur des affaires civiles au ministère de la Justice ; 5° le directeur du service de santé au ministère de la Guerre ; 6° le directeur du service de santé au ministère de la Marine ; 7° le président du comité consultatif d'hygiène publique de France ; 8° le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; 9° les inspecteurs généraux de l'assistance publique ; 10° le directeur de l'assistance publique de Paris ; 11° le directeur du Mont-de-Piété de Paris. »

Les membres nommés par décret comprennent six sénateurs, douze députés, vingt-huit personnes désignées, soit par les fonctions administratives ou électives qu'elles remplissent, soit par leur compétence spéciale.

— Un concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 23 mai 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription restera overt de midi à trois heures, du lundi 25 avril au samedi 7 mai.

— Liste de départ pour les colonies des médecins principaux, de première classe et de deuxième classe du service des troupes de la marine :

*Médecins principaux* : 1 MM. Cauvet, 2 Trabaud, 3 Vantalon, 4 Négadelle, 5 Alix (P.-M.), 6 Prat, 7 Curet, 8 Alix (L.).

*Médecins de première classe* : 1 MM. Castellan (H.), 2 Branellec, 3 Vantalon, 4 Reboul, 5 Fortoul, 6 Arami.

*Médecins de deuxième classe* : 1 MM. Ruelle, 2 Roudié, 3 Parin, 4 Pourtal, 5 Mesmy, 6 Mailliu.

— Par suite de permutations de corps et de services, MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe Mias et Lamarque passent dans le corps de santé colonial en qualité de médecins stagiaires ; MM. les médecins stagiaires des colonies Joly et Maille passent dans le corps de santé de la marine, en qualité de médecins auxiliaires de deuxième classe.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. le professeur Guyon.

M. Albarran, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies des voies urinaires.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Feillé, professeur de clinique médicale, est admis, sur sa demande, et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Feillé est nommé professeur honoraire.

M. Jagot, professeur de pathologie interne, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Feillé, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— MM. Brouardel, Vallin, Napias et Nocard sont délégués pour représenter l'Académie au Congrès international d'hygiène de Madrid.

— Les élèves et amis de M. Poirier, désireux de lui témoigner leur reconnaissance, se sont réunis dans le but de lui offrir un souvenir, au moment où il va quitter l'École pratique.

MM. DELBET, GLANTENAY, BOUGLÉ, AUVRAY, RICHE, MARION, SAVARIAUD, GOSSET, prosecteurs de la Faculté.

Prière d'adresser les souscriptions, jusqu'au 1er avril, soit aux prosecteurs en exercice, soit à M. Delahousse, chef du matériel, à l'École pratique de la Faculté de médecine.

— Le titre d'interne en médecine à l'hôpital de Grenoble permet de se présenter au concours pour l'internat en médecine des hôpitaux de Lyon, sans passer par l'externat.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Armand (de Denicé), P. Delmas (de Bordeaux), Dexant (d'Ambarès), Arm. Paulier (de Paris) et X. Trastour (de Nantes).

— Le syndicat de l'Association des médecins du Rhône a adopté à l'unanimité le tarif suivant, proposé par M. le docteur Albert, et qui servira de base à la chambre syndicale dans les contestations d'honoraires qui seront soumises à son arbitrage. Ce tarif ne vise que la classe bourgeoise, le moyen et le petit commerce :

Consultation au cabinet : 5 francs. — Visite à domicile : 6 francs. — Visite d'urgence le soir et visite dans la journée à heure fixe : 8 francs. — Visite de nuit : 12 francs. — Consultation à un membre de la famille à l'occasion de la visite du malade, 3 francs. — Consultation avec un confrère : 20 francs.

— *Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront, sous la direction de M. le docteur Quénu, directeur des travaux scientifiques, le lundi 18 avril 1898.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

*Nota.* — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

(1) Prix : 1 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

— Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de l'affiche.

— MM. Henry Berthier, Croisier, Deschamps et Monsseaux, internes des hôpitaux, commenceront une conférence publique d'externat, le lundi 21 mars, à trois heures et demie, à l'hôpital de la Pitié, et la continueront tous les vendredis suivants, à la même heure.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Vacances de Pâques.* — A l'occasion des vacances de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés du 2 au 19 avril inclusivement, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 avril.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
Phie LACHARTRE
19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROIDES

N° 33. — SAMEDI 19 MARS 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 19 MARS 1898. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Les opérations pratiquées sur le canal cystique (1).

Par Marcel BAUDOUIN,
Ancien interne en chirurgie des hôpitaux, chef du laboratoire de médecine opératoire à la Faculté de médecine.

Les opérations qui, jusqu'à présent, ont été pratiquées sur le *canal cystique*, cette partie des voies biliaires accessoires qui fait communiquer la vésicule biliaire avec les voies biliaires principales, c'est-à-dire le canal cholédo-hépatique, sont les suivantes :

1. *Injections dans le cystique*; 2. *Drainage du cystique*; 3. *Laparotomie exploratrice pour affections du cystique*; 4. *Cysticolithotripsie*; 5. *Cysticotomie*; 6. . . . . . ; 7. *Cysticectomie*; 8. *Cystico-entérostomie*; 9. . . . . . — Les autres opérations, exécutées ou possibles chez l'homme, sont : 1. la *ligature du cystique*; 2. le *cathétérisme de ce canal*; 3. le *massage du cystique* ou *refoulement des calculs du cystique*; 4. la *lithectomie cystique* ou *extraction des calculs du cystique*, par une incision faite sur une partie des voies biliaires autre que le cystique : telle la vésicule, ou mieux le cholédoque; 5. on pourrait à la rigueur avoir à faire la *suture du cystique* (pour rupture traumatique, etc.) ou *cysticorraphie*, manœuvre qui rentre généralement dans la description de la *cysticotomie typique*.

L'ordre dans lequel viennent d'être énumérées ces diverses opérations est celui qui a été adopté dans les Instituts de Bibliographie pour le classement international des documents bibliographiques (2); nous ne le suivrons pas cependant, pour simplifier notre description. Aussi bien certaines interventions, qui ne sont pas absolument spéciales au canal cystique [telles les injections, le drainage (1), la laparotomie exploratrice, la ligature, le cathétérisme], n'ayant qu'un intérêt très relatif, ne méritent-elles pas plus qu'une simple mention dans cette revue d'ensemble, qui veut avoir plutôt une portée *pratique* que *théorique*. Nous n'étudierons donc ici, et dans l'ordre suivant, plus conforme aux descriptions didactiques habituelles, que :

1° Le *refoulement des calculs du cystique* ou *massage;*
2° La *cysticolithotripsie;*
3° La *lithectomie cystique;*
4° La *cysticotomie*, opération la plus connue, appelée d'ailleurs à un réel avenir.;
5° La *cystico-entérostomie;*
6° La *cysticectomie*.

On remarquera que les mêmes opérations ont été effectuées déjà, soit sur la vésicule, soit sur le cholédoque, et même sur l'hépatique.

I

**Massage du cystique.** — Le refoulement, pur et simple, des calculs du cystique, ou massage du cystique, a été proposé. On peut, en effet, essayer de refouler les calculs enclavés dans le canal cystique, — soit dans la vésicule biliaire, pour les en extraire ensuite par la cholécystotomie, soit dans l'intestin, par les voies biliaires principales, — sans s'être livré à un broiement préalable de ces calculs.

Cette opération a été recommandée, dès 1885, par Maunoury (de Chartres) pour le cystique (et même le cholédoque), sous le nom de *massage des voies biliaires*.

Mais, jusqu'à présent, ces vues théoriques n'ont eu aucune confirmation clinique; et M. Robson, pour chasser les calculs biliaires jusque dans le tube digestif, dit fort nettement qu'il a été toujours obligé *d'abord de les écraser*, soit avec les doigts, soit avec une pince. Ce n'est, dans

(1) Cet article est le résumé, mis à jour, de plusieurs chapitres d'un livre nouveau qui vient de paraître : Marcel BAUDOUIN. *Les opérations nouvelles sur les voies biliaires*. Paris, Inst. de Bibl. scient., 1 volume in-8° de 200 p.

(2) Ces numéros correspondent, en effet, à ceux de la *Classification décimale internationale des sciences médicales* (*Méthode Dewey-Baudouin*).

(1) Le *drainage* vrai *du cystique* (qu'il ne faut pas confondre avec le drainage des voies biliaires générales à l'aide d'un drain enfoncé dans le cystique par la vésicule ouverte) consiste dans le placement d'un drain, au cours de la laparotomie, dans une incision faite *directement* sur le cystique lui-même. On peut le fixer à cette place à l'aide de quelques points de catgut traversant le canal (Lennander) et l'entourer de gaze, de façon à tamponner en même temps la région sous-hépatique. Cette pratique a été parfois utilisée après la *cysticotomie sans sutures*; mais jusqu'à présent on n'a utilisé que ce *drainage secondaire*, tandis qu'on a fait (Kehr) le drainage *primitif* de l'hépatique.

ces conditions, que quelques jours après l'opération qu'on retrouve d'ordinaire dans les selles des fragments de calculs. Mais, alors il y a eu *cysticolithotripsie*, opération que nous allons étudier dans le paragraphe suivant, et non simple refoulement ou *massage* seul.

Cette intervention, certainement possible dans des circonstances exceptionnelles, est donc d'un avenir des plus aléatoires. En tous cas, on ne doit s'y attarder que quelques minutes, la laparotomie exécutée; et, à la moindre difficulté, il vaut mieux recourir tout de suite aux procédés plus sûrs que nous allons successivement exposer.

II

**Cysticolithotripsie.** — Définition. — On désigne sous le nom de *cysticolithotripsie* le broiement sur place des calculs biliaires enclavés dans le canal cystique, suivi ou non du refoulement des débris calculeux, soit dans la vésicule biliaire qui, au préalable, a été incisée (Tait, Robson), soit dans le cholédoque, puis l'intestin (Mears).

Historique. — C'est Lawson Tait qui paraît, en 1884, avoir le premier exécuté cette opération, et cela avant que Langenbuch ait préconisé la cholédocholithotripsie en 1886; il a, en effet, publié ses premières observations dès cette époque (1). D'après Courvoisier, L. Tait aurait fait, de 1884 à 1886, trois cysticolithotripsies. Cet auteur rapporte lui-même un cas qui lui appartient en propre (2) et en cite quelques autres, dont celui de Mears. Ce dernier chirurgien pratiqua l'opération, en même temps qu'une cholécystostomie par la voie lombaire; mais, chose curieuse, les fragments ne furent pas repoussés dans la vésicule ouverte, mais bien dans l'intestin (3). Cette opération a aussi été exécutée, dès 1890, par Mayo Robson; mais il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'elle ait encore été faite à une date antérieure par d'autres chirurgiens.

Quoi qu'il en soit, c'est assurément Mayo Robson qui l'a pratiquée le plus souvent. Il faut aussi joindre à ce cas l'observation de Rutherford Morisson (4), qui date de 1892. Depuis cette époque, cette opération paraît avoir été délaissée. En 1894, à signaler, en particulier, un fait de Zavaleta (5).

La plupart du temps, cette intervention a coïncidé avec une cholécystotomie; mais Mayo Robson a publié, entre autres, une observation qui n'a pas été accompagnée d'ouverture des voies biliaires; et cette intervention, absolument typique et très probante, a été suivie d'un réel succès.

Manuel opératoire. — A. *Opération typique.* — Pour exécuter la cysticolithotripsie typique, on procède d'abord comme dans un cas de laparotomie exploratrice parahépatique ou plutôt paracholécystique.

Quand, après avoir exploré la région, on s'est bien rendu compte de la position du calcul, on s'efforce de l'écraser avec le doigt. Si l'on n'y réussit pas, on essaie d'une pince à mors recouverts d'un bout de sonde en gomme élastique (Mayo Robson); mais on ne parvient pas toujours à bien appliquer la pince.

Quand on réussit à obtenir l'écrasement, il reste à refouler les débris dans le cholédoque, puis de là dans l'intestin. On referme ensuite l'abdomen. Dans ces conditions, on retrouve, quelques jours après, des débris calculeux dans les selles. C'est là l'opération type.

B. *Opération combinée à la cholécystotomie.* — Si la poche vésiculaire a dû être ouverte pour extraire les calculs qui s'y trouvent, on refoule alors les débris du calcul cystique dans la vésicule et les extrait ensuite. La plupart du temps, on procède ainsi, c'est-à-dire on termine par l'ablation manuelle des calculs broyés. Cette combinaison de la cysticolithotripsie avec la cholécystostomie a été jadis la plus utilisée.

Indications. — Il est bien évident que, dans la majorité des cas de calculs du cystique, il est, sinon aussi simple de faire une cysticotomie, du moins aussi sûr au point de vue thérapeutique. La cysticolithotripsie typique est donc une opération appelée sinon à disparaître à peu près complètement des cadres de la médecine opératoire, du moins à céder le pas à la cysticotomie; mais, combinée à la cholécystotomie, elle pourra encore rendre, le cas échéant, c'est-à-dire lors de calculs friables, de réels services.

III

**Lithectomie cystique.** — Définition. — L'extraction des calculs contenus dans le canal cystique par une incision pratiquée sur une autre partie des voies biliaires accessoires ou principales, par exemple la vésicule biliaire ou le cholédoque, n'a pas, jusqu'ici, été considérée par tous comme une opération spéciale. Certains n'ont voulu longtemps y voir qu'une manœuvre complémentaire, soit de la cholécystotomie, soit de la cholédochotomie.

Historique. — Il est pourtant indiscutable qu'une cholécystotomie ou une cholédochotomie simples ne constituent pas des opérations similaires à cette lithectomie cystique. Au point de vue opératoire, et surtout au point de vue pathologique, Courvoisier (1) a donc eu raison de décrire à part cette intervention; nous avons suivi à nouveau son exemple (2).

*a.* Pour la voie cholécystique, cet auteur cite vingt observations de lithectomie cystique. Un grand nombre lui sont personnelles. Nous verrons plus tard que Bernays et Küster ont fait cette opération, en recourant à des manœuvres spéciales. Citons un nouveau fait, celui de Haslam (3), dont nous avons trouvé récemment l'indication formelle. On pourrait y joindre bien d'autres observations récentes [Schede, Hirschberg, Riedel, Cabot, Colzi, etc. (4).]

(1) L. Tait. *Brit. med. Journ.*, Londres, mai 1884, p. 853.
(2) Courvoisier. 2e partie, chap. III.
(3) Mears. *Ann. of Surg.*, 1890, vol. X, p. 241.
(4) Rutherford Morisson. The anatomy of the right hypocondrium relating especially to operations for gallstones; in *Brit. med. Journ.*, Londres, 3 nov. 1894, p. 968-971 (Cas 11).
(5) Zavaleta (A.). Litiasis biliare; colecistotomia; extracion de 175 calculos; litotricia en canal cistica; curacion; [in *Ann. de Circ. Med. Arg.*, Buenos-Ayres, 1894, t. XVII, p. 4-7.

(1) Courvoisier. Loc. cit.
(2) Nous avons trouvé l'indication bibliographique ci-dessous, qui serait à vérifier [Vogel (Z.). *Cholelithus exemptus ex ductu cystico post incisam vesiculam felle am; in Anat. Chir. et Med. Beob. und unters.*, Rostock, 1759, p. 155]. Si le titre dit la vérité, la première opération de ce genre remonterait à 1759.
(3) Haslam. *Midland Med. Soc.*, Birmingham, 20 oct. 1894.
(4) Mariott. *Brit. med. Journ.*, 1890, t. I, p. 135. — Brown. *Med. News*, 1893, t. LXIII, p. 519. — Richardson. *Med. Rev.*, 1894, p. 554-556, etc., etc.

Manuel opératoire. — A. *Lithectomie par voie cholécystique.* a. *Procédé classique.* — L'extraction des calculs du cystique par la vésicule biliaire, soit au cours de la cholécystotomie, ce qui est la règle, soit au moment d'une cholécystectomie, est quelquefois facile. On saisit le calcul avec des pinces, ou on cherche à le déplacer avec de petites curettes, des crochets à anévrysmes ou de légers leviers. Riedel et Cabot ont même inventé des instruments spéciaux pour cet usage (crochets et curettes biliaires, etc.). Parfois la pression du doigt suffit pour le mobiliser. Dès lors, il devient aisé de l'enlever. C'est là l'opération typique, assez rarement exécutable.

Dans d'autres cas, en particulier lors de calculs multiples, l'extraction est bien plus difficile. Les concrétions biliaires sont alors fortement encastrées dans une dilatation du cystique ou en partie masquées par des brides muqueuses; et il est très malaisé de les déloger sans causer des dégâts sérieux. Dans ces circonstances, avant de recourir à la cysticolithotripsie sur place, manœuvre complémentaire, ou à la cysticotomie, on peut utiliser une foule de petits moyens, qui permettent de vaincre les obstacles créés à l'ablation du calcul par certaines lésions anatomo-pathologiques, telles que les rétrécissements du canal.

b. *Procédés spéciaux.* — 1° On peut d'abord recourir aux *injections liquides chaudes* dans le cystique, car, dans un cas cité par Courvoisier, on se servit d'eau chaude pour déplacer le calcul (voir Fontan).

Mais d'autres auteurs ont été plus loin.

2° Küster, au cours de la cholécystotomie, n'a pas hésité à *fendre largement la vésicule* et à *continuer l'incision sur le cystique*, aussi loin qu'il fut nécessaire pour enlever le calcul. C'est cette petite opération que nous avons appelée une *cysticotomie complémentaire*; et c'est cette observation que Langenbuch considère, à tort selon nous, comme le premier cas connu de cysticotomie *vraie*. Sendler aurait imité Küster plus récemment.

3° Une autre fois, Bernays, se trouvant en face d'une bride immobilisant un calcul, *incisa cette bride par l'intérieur du canal cystique*, absolument comme s'il avait eu à opérer une bride du canal inguinal dans un cas de hernie étranglée. Cette solution élégante du problème qui se posait devant lui n'est pourtant pas à recommander. En effet, dans ces cas, la muqueuse des voies biliaires est d'ordinaire infectée, et on ouvre ainsi une porte d'entrée aux microbes. Cette incision pourrait être le point de départ d'une infection plus ou moins localisée; il vaut donc mieux s'en dispenser.

4° Langenbuch recommande de *dilater le cystique rétréci à l'aide d'une laminaire*, comme l'a fait, paraît-il, Schede. Mais cette manœuvre semble assez aléatoire.

B. La *lithectomie par voie cholédochienne* ne doit avoir été exécutée que très rarement, car nous n'avons pas trouvé d'observations bien typiques.

Indications. — Il est évident que la lithectomie cystique, par voie cholécystique, ne doit s'appliquer qu'aux cas simples de calculs du cystique. Il faut l'employer chez les malades auxquels, pour une cause quelconque, on doit ouvrir la vésicule, car elle est évidemment préférable à la simple cysticolithotripsie. Resterait à déterminer maintenant si, dans ces cas simples, cette opération peut entrer en balance avec la cysticotomie, opération qui ne paraît pas, en effet, plus grave que la cholécystotomie. Nous tendons à le croire; mais les observations de cysticotomie pour ces faits-là ne sont pas encore tout à fait assez nombreuses pour qu'on puisse formuler une opinion nette.

Par contre, dans les cas complexes de calculs fortement enclavés et isolés par des brides, il ne saurait persister la moindre hésitation. Il vaut mieux faire la cysticotomie, la vésicule étant ou non incisée, car cette opération permet d'agir vite et bien, tandis que, en s'efforçant d'extraire ces calculs par la voie cholécystique, on court les risques de déchirer malencontreusement le cystique. Et cet accident est évidemment plus à redouter qu'une incision franche qu'on peut facilement suturer.

## IV

**Cysticotomie.** — Définition. — On désigne aujourd'hui sous le nom de *Cysticotomie* (Kehr) l'incision du canal cystique, première partie des voies biliaires accessoires. C'est la taille du cystique.

Elle est beaucoup moins grave que la taille du cholédoque, étant donné le rôle accessoire du cystique dans la circulation de la bile; beaucoup moins compliquée que cette opération, en raison de la position plus superficielle de ce conduit, qu'on atteint d'ordinaire sans trop de difficultés. Elle est surtout d'une importance clinique beaucoup moindre, puisqu'il est à peine plus sérieux de réséquer ce cystique, — et la vésicule biliaire y compris, — que de l'inciser.

C'est la plus importante de toutes les opérations effectuées jusqu'à ce jour sur le cystique.

Historique. — L'idée de cette intervention appartient réellement à Lindner (1), qui l'a exécutée le 4 juin 1891, pour les calculs biliaires, en la combinant avec la cholécystectomie, mais sans se rendre bien compte, à cette époque, de la portée et de l'intérêt de son opération. La conduite de ce chirurgien a été imitée, en août 1892, par Kehr (2), qui, lui, a fait la cysticotomie proprement dite, la cysticotomie typique (3), sans réséquer la vésicule biliaire, après l'avoir incisée dans une intervention antérieure. Ces deux premières interventions furent couronnées de succès.

Deux mois plus tard, Hans Kehr (d'Halberstadt), ce petit chirurgien de province allemand, qui a une aussi grande expérience de la chirurgie biliaire que les plus célèbres opérateurs des Universités d'Outre-Rhin, refit la même opération, en imitant cette fois tout à fait Lindner, c'est-à-dire en y ajoutant une cholécystectomie, ce qui d'ailleurs ne lui réussit pas et occasionna la mort de la malade. Peu de temps après, Kehr (4) publia un très intéressant mémoire sur le sujet, mémoire dans lequel il cite quatre nouvelles observations (au total six cas). Il en a publié d'autres depuis cette époque. Depuis, le 2 mars 1894, M. le professeur Thiriar [de Bruxelles (5)] a exécuté avec succès une autre

(1) Lindner. Ueber Operationen an der Gallenblase, in *Berlin. Klin. Wochens.*, 14 mars 1892, n° 11, p. 239-241.

(2) Kehr (H.). *Berlin. Klin. Wochens.*, 9 janv., 16 janv., 6 fév. 1893.

(3) C'est Kehr qui a créé le mot *cysticotomie*.

(4) Kehr (H.). Die Entfernung des eingeklemmten Gallensteins aus dem Ductus cysticus durch Incision dieses Gangs, in *Verh. d. deut. Gesellsch. f. Chir. Berl.*, 1894, t. XXIII, ii, p. 307-321. — *Berlin. klin. Wochens.*, 1894, t. XXXI, p. 536, 558. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1894, p. 619-633. — *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1894, t. XXXV, iii, p. 367.

(5) Thiriar. Contribution à la chirurgie des voies biliaires, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 12 août 1894, p. 387.

cysticotomie ; mais il y a ajouté la ligature du conduit. Quelques mois plus tard, Greiffenhagen (1) a rapporté aussi un cas de cysticolithectomie idéale ; puis, en 1895, W. Scott (2) en a publié un autre. A citer encore le cas d'Ullmann (3).

La cysticotomie peut être *simple* ; c'est la cysticotomie proprement dite. Elle peut être *complexe*, et alors elle est exécutée après une cholécystectomie, des ligatures du cystique ou une cholécystostomie ; parfois même elle ne paraît pas devoir être mise en ligne de compte, quoique ayant été exécutée, par ce fait que le canal cystique a été ensuite enlevé avec la vésicule. Elle est donc aussi soit *primitive*, soit *secondaire*.

Kehr et Martig (4) sont surtout ceux qui ont insisté sur sa valeur et son avenir. Et c'est Martig qui, le premier, dans son important travail, paraît avoir consacré quelques lignes à la description didactique de cette intervention.

De la *cysticotomie typique*, au point de vue opératoire, seul envisagé jusqu'ici, il faut rapprocher des faits, qui ont une certaine importance historique et qui ont trait à des *cysticotomies atypiques* et *complexes*.

En s'en tenant, en effet, à ces interventions, ce serait Hochenegg (de Vienne) qui aurait le premier, le 21 décembre 1890, incisé le cystique pour en extraire des calculs, en même temps qu'il aurait pratiqué la même opération sur le cholédoque. Mais ce chirurgien crut, ce faisant, surtout agir sur le cholédoque et, d'autre part, ne termina pas « idéalement », comme on dit, l'acte opératoire qu'il avait commencé, c'est-à-dire ne referma pas l'incision faite au cystique. Il ne fit donc qu'une *cysticotomie sans sutures*, c'est-à-dire *atypique*, et on peut le considérer vraiment comme l'inventeur de la cysticotomie, surtout quand on compare son intervention à celles de Lindner et de Kehr, qui furent exécutées en pleine connaissance de cause et menées à bien de façon très élégante. D'un autre côté, Robert Abbe, le 13 avril 1891, incisa également le cystique pour en extraire un calcul ; mais, comme il enleva ensuite la vésicule avec le cystique (cysticectomie secondaire), il n'eut pas besoin, bien entendu, de suturer ce canal.

D'autre part, au dire de Langenbuch (5), ce serait Küster qui, en réalité, aurait le premier ouvert le cystique pour en extraire des calculs. Ceci est exact, mais ne prouve pas qu'il ait inventé la cysticotomie proprement dite : il faut à tout prix distinguer. L'opération de Küster n'a trait, en effet, qu'à une cysticotomie complémentaire d'une cholécystotomie. Il fendit la vésiculaire biliaire, pour extraire les calculs aussi loin qu'il put, et prolongea son incision jusque sur le cystique. Vraiment, on ne peut pas comparer cette intervention aux cysticotomies primitives et absolument typiques de Lindner et Kehr. Sinon, il faudrait aussi ranger, dans les cysticotomies, les opérations de Sendler, de Bernays, dont nous avons déjà parlé.

(1) Greiffenhagen (W.). Ein Fall von sogenanntes « ideales » Cysticolithectomie ; in *St-Petersb. Med. Wochens.*, 8 oct. 1894.

(2) Scott (W.). Gallstone impacted in the cystic duct removed by incising ; in *Brit. Med. Journ.*, Londres 20 juillet 1895, n° 1803, p. 133.

(3) Ullmann. *Wien. Klin. Wochens.*, 1896, p. 2313-2318.

(4) Martig. Th. de Bâle, 1893.

(5) En effet, Langenbuch, au dernier Congrès des chirurgiens allemands (au dire de la *Semaine méd.*, juin 1896), a avancé que c'est Küster qui, le premier, a pratiqué la première cysticotomie.

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire de la cysticotomie est des plus simples. Nous ne le décrirons pas en détails, renvoyant au manuel opératoire de la cholédochotomie, qui est exactement la même opération faite sur le cholédoque.

A. *Cysticotomie typique.* — *a.* La *laparotomie* d'accès est latérale d'ordinaire (Lindner, Kehr, Greiffenhagen, Scott) ; mais Kehr lui-même a eu recours à l'incision abdominale médiane seule, au moins dans un cas et à cette même incision, combinée avec une autre, incision oblique à droite et en bas, dans sa première observation. M. Thiriar a utilisé seulement une incision curviligne oblique, en bas et à droite. Il n'est pas douteux que ces incisions complexes donnent beaucoup de jour ; mais on sait aussi qu'elles ont des inconvénients sérieux (Hochenegg).

*b.* L'abdomen ouvert, les adhérences voisines détruites, le canal bien en vue, le calcul sous le doigt, il suffit d'inciser le cystique sur le calcul, dans le sens de sa longueur, de pratiquer une ouverture suffisante pour l'extraire sans déchirer les lèvres de l'incision, car les parois sont généralement enflammées et très friables.

*c.* La question des *sutures* a une très notable importance. La cysticotomie, pour être typique, idéale, en effet, doit être complétée par des sutures, analogues à celles de la cholédochotomie typique. On place un ou deux plans de sutures à points séparés. Le premier comprend toute l'épaisseur des parois du canal ; le second, si on peut l'exécuter, doit être fait à la manière d'un point de Lembert (Scott). C'est ainsi qu'a procédé Lindner, qui ne plaça sur l'incision qu'un point de catgut. Kehr, au contraire, le véritable créateur de la cysticotomie, utilisa deux étages superposés de sutures dans sa première opération et dans toutes celles qui suivirent. M. Thiriar s'est contenté de jeter une ligature sur l'ouverture faite au canal. Greiffenhagen, Scott et Czerny firent des sutures très soignées et s'en trouvèrent très bien.

En général, ces manœuvres sont bien moins difficiles que celles de la cholédochotomie, vu la situation superficielle du cystique. Quelquefois pourtant, la découverte du conduit, profondément caché sous le foie, n'a pas été très aisée.

*d.* La question du *drainage sous-hépatique* n'est pas encore résolue et reste entière. Il est évident qu'il vaut mieux drainer et tamponner même, s'il le faut, dans tous les cas d'opérations multiples portant sur les voies biliaires. Il est clair que cette précaution est indispensable, quand on ne fait pas de sutures. Mais là n'est pas la difficulté, car, sur ce point, on sait parfaitement à quoi s'en tenir. Ce qu'il s'agit de savoir, c'est si le drainage est inutile, quand on fait une cysticotomie typique et simple, quand on n'a pas eu d'adhérences trop nombreuses à détruire. Or, le cas de Greiffenhagen, qui n'y a pas eu recours, semble bien prouver qu'on peut s'en passer, si les lésions ne sont pas trop anciennes.

B. *Cysticotomie atypique.* — Certains opérateurs, là comme pour la cholédochotomie, se sont dispensés des sutures, et cependant les malades ont guéri. C'est, entre autres, le cas d'Hochenegg, qui a exécuté le premier la cysticotomie sans suture, le 21 décembre 1890, c'est-à-dire a fait une cysticotomie atypique. Il s'est borné à un tamponnement *sous-hépatique* à la gaze iodoformée, car l'incision était trop profonde

et inabordable à l'aiguille. Lennander, au contraire, a fait le *drainage vrai du cystique* (1).

Ce qui prouve que la suture n'est pas, en pratique, absolument indispensable. Mais il n'en est pas moins évident qu'il vaut mieux l'utiliser, quand on le peut, puisqu'on a des chances d'éviter de la sorte une fistule biliaire, pouvant durer longtemps et même persister, s'il reste un obstacle dans le cholédoque.

Résultats. — Sur les quatorze opérations typiques connues de nous, il n'y a qu'un décès à enregistrer. Encore est-il dû à une cholécystectomie complétant l'opération (Kehr) et non à la cysticotomie. C'est là, évidemment, une statistique très encourageante ; et nous sommes persuadé qu'elle ne deviendra probablement jamais plus mauvaise, tant que l'acte opératoire ne sera pas complexe.

Indications. — Les indications de cette opération sont des plus restreintes. Elle ne s'adresse, en effet, qu'aux calculs volumineux et absolument enchâtonnés du canal cystique. Et encore faut-il que ceux-ci soient vraiment impossibles à déloger par les manœuvres de douceur (pression légère, refoulement, etc.), ou à broyer sans causer des dégâts aux parois biliaires enflammées ; car, si le refoulement ou le broiement était possible, on n'aurait qu'à faire ensuite la cholécystotomie pour guérir son malade. Il faut savoir pourtant qu'un rétrécissement du cystique peut s'opposer à ce refoulement. Kehr, dès 1893, a insisté d'une façon particulière sur cette difficulté de déloger parfois les calculs du cystique.

La cysticotomie idéale pourra donc remplacer utilement, dans certaines conditions, la cholécystotomie et la cholécystectomie ; il est, en effet, au moins inutile d'enlever une vésicule non gravement altérée.

Toutefois, il importe ici de bien faire remarquer, pour établir la limite réelle de cette opération, que la lithotritie des calculs ne doit jamais être poussée bien loin et ne doit être tentée qu'avec les doigts, en raison de la friabilité toute spéciale des voies biliaires. Nous croyons dangereux, en effet, d'utiliser les pinces, les aiguilles perforantes recommandées par Thornton ; et nous pensons que, plutôt que de les employer, mieux vaudrait recourir de suite à une cysticotomie qui, exécutée avec soin, ne serait certainement pas plus grave que ces manœuvres d'apparence anodine, mais toujours faites à l'aveugle, et sans qu'il soit possible d'y apporter la précision nécessaire.

Tout ce qui précède montre évidemment que la cysticotomie typique est vraiment une opération d'avenir (2), et nous sommes particulièrement heureux d'avoir pu être le premier à attirer sur elle, dans notre pays (dès 1896), l'attention des chirurgiens.

V

**Cystico-entérostomie.** — Définition. — On donne le nom de cystico-entérostomie à l'opération qui consiste à aboucher le canal cystique, plus ou moins dilaté, avec un point quelconque de l'intestin. C'est une opération tout à fait comparable à la cholédocho-entérostomie.

(1) Voir la note sur le *drainage du cystique*, plus haut.

(2) Langenbuch demande que cette opération soit toujours combinée à la cholécystostomie ; mais l'expérience a prouvé que cette opération complémentaire, de sûreté, était inutile.

On peut unir le cystique à l'intestin grêle ou au côlon. Jusqu'ici, on n'a pratiqué que ce dernier mode d'abouchement et cette opération a reçu le nom de *cystico-colostomie*.

Historique. — A l'heure actuelle, à notre avis, cette anastomose n'a été pratiquée qu'une seule fois, par Mayo Robson, [de Leeds, 1882 (1)]; elle a porté sur le côlon, et a été suivie d'un remarquable succès. Ce qui montre qu'elle est parfaitement logique, quand elle est indiquée, c'est-à-dire dans les cas d'absence, congénitale ou opératoire, ou de disparition de la vésicule biliaire, après la cholécystostomie, par exemple (2).

Manuel opératoire. — Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire. On peut employer évidemment tous les procédés utilisés pour les anastomoses de ce genre, c'est-à-dire portant sur des canaux de petit calibre (cholédoque, uretère, etc.), à savoir les sutures ou les boutons anastomotiques, à l'exemple du chirurgien anglais.

Dans son cas, Mayo Robson a utilisé, en effet, une petite bobine d'os décalcifié, et l'opération ne paraît pas avoir présenté de difficulté.

Si l'on avait à faire la même opération, il faudrait bien se garder de suivre tout à fait son exemple. On devrait préférer l'abouchement à l'intestin grêle, non loin de l'origine de l'anse jéjunale, et non pas anastomoser le cystique avec le côlon, à moins d'impossibilité d'agir autrement.

On remarquera, d'autre part, qu'une seconde intervention, pratiquée six mois plus tard environ, a montré ce qui se passe d'ordinaire après ces anastomoses. Le phénomène constaté a été l'atrophie de l'organe dilaté ; ce qui est la règle, et, dès 1892, nous a engagé à recommander la gastro-entérostomie dans les cas de dilatation de l'estomac persistante, sans lésion organique du pylore.

Indications. — Il est évident que cette opération ne doit être utilisée qu'en l'absence de vésicule biliaire ou que lorsque celle-ci a disparu complètement ou à peu près par atrophie, qu'elle ait été ou non incisée au préalable. De plus, elle ne doit l'être que si le cystique persistant est suffisamment dilaté. On la tentera toujours, dans ces conditions très spéciales, de préférence à la cholédoco-entérostomie, d'une exécution plus difficile.

Elle ne saurait, au point de vue des indications, être rapprochée de l'hépatico-entérostomie ou de la cholangio-entérostomie, opérations qui, elles, s'adresseraient à une oblitération du cholédoque ou de l'hépatique, siégeant au-dessus de l'embouchure du cystique.

Et il ne faut pas oublier qu'il est aussi simple, quand l'obstacle, au cours de la bile dans le cholédoque, est un calcul, qui peut s'enlever par l'incision de ce conduit, de s'attaquer directement au corps du délit. Malgré le succès incontestable obtenu par Mayo Robson, il est probable, en effet, que la cholédochotomie n'est pas plus grave que la cystico-entérostomie. C'est donc à cette intervention sur le cholédoque qu'on s'adressera désormais dans les circonstances de ce genre, les plus fréquemment observées.

(1) Robson. Communic. au Congr. internat. de Rome, 1894 (Obs. nº 48).

(2) Langenbuch (*Chir. der Leber und der Gallenblax*, 1897) prétend que Roth a fait une *cystico-entérostomie*. Nous n'avons pas pu retrouver trace de cette cystico-iléostomie.

VI

**Cysticectomie.** — Définition. — La cysticectomie est la résection du canal cystique, c'est-à-dire de la partie des voies biliaires accessoires qui va du cholédoque à la vésicule.

Historique. — La *cysticectomie typique* se fait entre deux ligatures, placées aux deux extrémités de ce conduit, la vésicule restant en place. Elle est due à Zielewicz (de Posen).

La *cysticectomie secondaire* ou atypique consiste dans l'ablation du cystique, pratiquée en même temps qu'une cholécystectomie. Elle est alors partielle ou totale, plus généralement partielle. Nous ne nous occuperons, bien entendu ici, que de l'opération typique, l'autre rentrant véritablement dans l'histoire de l'ablation de la vésicule biliaire ou cholécystectomie.

On ne connaît qu'un seul cas de *cysticectomie primitive*, celui de Zielewicz.

Manuel opératoire. — Zielewicz a procédé très simplement pour réséquer le cystique en totalité. A l'aide d'une aiguille de Deschamps, il passa un fort fil de soie double sous ce canal; après l'avoir coupé, il lia un chef du côté du cholédoque d'abord, puis le second du côté de la vésicule. Cela fait, il sectionna la partie du cystique comprise entre les deux ligatures.

Dans ce cas, il y eut un incident; il incisa par mégarde le foie, et, pour arrêter l'hémorragie consécutive, il dut recourir à un tamponnement temporaire, mais sérieusement fait.

Indications. — Cet auteur a réséqué le cystique pour obtenir la mobilisation de la vésicule biliaire et pour pouvoir ainsi faire plus facilement une cholécystotomie. Il aurait été presque aussi simple de faire de suite une cholécystectomie; ou du moins c'est ce qu'on ferait aujourd'hui. C'est dire que nous ne voyons pas très bien les indications à venir d'une telle intervention, et elle doit évidemment disparaître, soit devant l'ablation de la vésicule, dans les cas analogues à ceux de Zielewicz, soit devant la cysticotomie, dans les cas de calculs enclavés.

VII

**Conclusions.** — Comme on vient de le voir par le court exposé qui précède, la médecine opératoire du canal cystique constitue dès aujourd'hui un petit chapitre très intéressant de la chirurgie des voies biliaires. Et pourtant ces opérations sont totalement ignorées dans notre pays. Nous devons ajouter, en effet, qu'aucune intervention *importante* n'a été publiée en France relativement à cet organe.

Cette chirurgie ne s'est guère adressée, jusqu'à présent du moins, qu'à la lithiase biliaire et à sa principale complication : le calcul biliaire logé dans le cystique; et cela, malgré la plupart des médecins praticiens, qui répètent encore qu'on ne doit recourir au bistouri que lorsqu'on a constaté d'une manière formelle l'échec des médications habituelles.

Nous pensons qu'en procédant ainsi on ne parvient guère qu'à épuiser le patient et à remettre trop souvent, *in extremis*, entre les mains de l'opérateur, un porteur de calcul cystique. Il est donc nécessaire de répéter encore qu'on doit intervenir dès que le diagnostic de calcul fixé dans le cystique est posé ou même très probable.

En raisonnant ainsi, croyons-nous, les interventions chirurgicales sur le cystique ne seront plus, comme aujourd'hui encore dans notre pays, une véritable exception, et l'on exécutera plus fréquemment, au moins quelques-unes d'entre elles, en particulier la cysticotomie, dont l'avenir ne semble pas douteux.

---

## LES ABCÈS FROIDS INTRAMUSCULAIRES

### DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE; OBSERVATIONS ET CRITIQUE (1)

Par le docteur G. Gérard,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lille,
Ancien interne des hôpitaux.

II

Obs. III (résumée). — *Abcès de la paroi abdominale* (R. Archambault, *Revue des mal. de l'enf.*, 1883, t. I, p. 274). — Enfant de sept ans. Il y a deux mois, sans cause qu'il soit possible de retrouver, l'enfant ressentit dans le flanc gauche des douleurs violentes qui durèrent une huitaine de jours et furent assez fortes pour lui faire garder un repos complet. Il se développa à la suite dans le flanc gauche une tumeur molle qui, douloureuse au début, cessa bientôt entièrement de l'être et ne sembla pas grossir beaucoup. Il y a sept ou huit jours, les douleurs reprennent plus vives.

Dans le flanc gauche, à 10 centimètres en dehors et au niveau de l'ombilic, tumeur saillante, arrondie, de la grosseur d'un œuf, molle, très fluctuante, douloureuse à la palpation. La tumeur que nous venons de décrire donnait une sonorité profonde à la percussion, qui ne permettait pas de songer à une tumeur dépendant d'un organe intra-abdominal.

M. Labric pensa qu'il s'agissait d'un abcès des parois abdominales, développé depuis deux mois, abcès froid, par conséquent. Le doigt, introduit dans la poche après incision, pénètre dans une cavité assez vaste, mais qui paraît close de toutes parts.

Il s'agissait bien d'un abcès froid de la paroi abdominale, sans communication avec les viscères.

Obs. IV. — *Abcès froid de la paroi abdominale antérieure; myosite tuberculeuse* (R. Leclerc, de Saint-Lô, *C. R. du VII*e *cong. de chir.*, 1893, p. 807). — Un collégien de dix-huit ans se présenta à ma visite du 17 avril 1891, porteur d'une tuméfaction siégeant en dehors du grand droit gauche, tuméfaction de 6 centimètres de long sur 4 de large, dont le bord inférieur affleure une ligne fictive passant par l'ombilic.

La peau est normale à ce niveau. Par le palper, on a la sensation d'une plaque fortement dure, non mobile, ne subissant aucune modification de consistance sous l'influence des contractions musculaires. C'est par hasard, douze jours avant, que le jeune homme a remarqué cette tuméfaction, car il n'éprouve aucune douleur à la pression, aucune gêne dans la marche ou dans les exercices de gymnastique.

Une incision de 8 centimètres met à découvert un foyer rempli de fongosités. Ce foyer, limité en dedans par la gaine du grand droit, repose profondément sur l'aponévrose. Après avoir enlevé ces fongosités, par le grattage, on trouve un orifice de la grandeur d'une pièce de 20 centimes. L'aponévrose du grand droit est incisée de haut en bas. En raclant toute cette cavité avec la curette de Volkmann, on remarque en dehors deux lambeaux musculaires superposés, infiltrés de fongosités et d'un rouge noirâtre; c'est la partie la plus interne du petit oblique et du transverse en dégénérescence tuberculeuse.

---

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 288.

Profondément, ce second foyer est limité par le fascia sous-péritonéal absolument intact; à ce point on sent qu'une mince lamelle sépare le doigt de la cavité abdominale.

Comme les lésions musculaires dépassaient notablement en haut les limites de l'incision primitive, je prolonge cette dernière de quelques centimètres vers la région épigastrique. Tout en supposant que je me trouvais en face d'une myosite tuberculeuse, je tenais à vérifier l'état des cartilages costaux. L'examen le plus attentif du rebord costal, de la face antérieure et postérieure du cartilage composant ce rebord, ne me donne aucun résultat. Il ne restait donc plus qu'à exciser les portions musculaires malades.

Obs. V (personnelle). — *Abcès froid de la paroi abdominale antérieure.* — Le nommé Adrien V..., six ans, est admis, le 13 février 1897, dans le service chirurgical des enfants de l'hôpital Saint-Sauveur. Le médecin de la ville, qui l'a envoyé, n'a pas formulé de diagnostic. L'enfant porte un peu au-dessus du pli de l'aine du côté droit une petite tumeur sur la nature de laquelle on ne s'est pas prononcé.

*Antécédents héréditaires.* — Le père et la mère sont bien portants, mais toussent assez facilement. Ils ont eu sept enfants dont deux sont morts en bas-âge, l'un de diarrhée infantile, l'autre de faiblesse congénitale. Les cinq autres sont bien constitués.

*Antécédents personnels.* — L'enfant a eu la rougeole à l'âge de trois ans. Il n'a jamais eu de douleurs ni de troubles de la marche pouvant faire penser à un mal de Pott. En octobre 1895, une adénite inguinale droite, de nature probablement tuberculeuse, s'est abcédée au bout d'un mois et demi, et s'est cicatrisée en six mois environ, après une opération —probablement un grattage — qui a été pratiquée en ville.

Il y a huit mois, la mère, en habillant l'enfant, s'est aperçue de la tumeur actuelle; celle-ci a toujours, depuis ce temps, été absolument indolente, n'a provoqué ni douleur, ni gêne dans les mouvements, ni troubles digestifs. Les parents ont remarqué cependant que, depuis un certain temps, l'appétit était diminué et que l'enfant avait pâli et maigri.

*État actuel.* — Le 13 février, on observe les symptômes suivants : à un travers de doigt et demi au-dessus de l'arcade de Fallope, et vers son tiers interne, en un point correspondant au bord externe du grand droit, on note, à la vue, un soulèvement de la peau qui disparaît en partie quand la paroi se contracte. La peau en cet endroit n'est pas altérée, ni parcourue de veinosités superficielles. A la palpation, la grosseur est difficile à limiter; on peut cependant lui accorder approximativement les dimensions d'une mandarine; il est impossible de préciser exactement son siège par rapport aux différents plans de la paroi et bien qu'elle soit immobilisée par la contraction musculaire. Il n'y a jamais eu de douleur spontanée; pas d'hyperesthésie cutanée, pas de douleur superficielle ou profonde à la palpation et à la pression.

Pas de fluctuation appréciable, mais plutôt une sensation cotonneuse de duvet, de rénitence, qui rappelle la consistance des kystes hydatiques.

En dirigeant l'exploration vers l'épine iliaque ou vers l'ombilic, la palpation semble indiquer que la fosse iliaque droite est libre; il n'y a pas d'ascite, et on ne trouve rien par le toucher rectal.

Au-dessous du pli de l'aine, cicatrice horizontale consécutive à l'adénite que nous avons signalée plus haut. L'état général est moyen. Toutes les fonctions s'exécutent normalement. L'auscultation du poumon ne dénote rien d'anormal.

Le diagnostic précis n'est pas fait; la marche de l'affection, l'absence de douleur, et sous le chloroforme la limitation relative de la tumeur font penser à un abcès froid. Mais comment celui-ci peut-il s'être formé? Il ne peut s'agir d'une adénite dans une région où il n'y a pas de ganglions et à moins qu'il ne s'agisse d'un ganglion aberrant — cas exceptionnel — ou d'une adénite profonde, venant des ganglions situés au-devant de l'iliaque externe et propagée à la paroi. Cette hypothèse, étant donné les signes, est également peu vraisemblable.

On pense successivement : à une appendicite chronique (mais on n'a jamais observé de symptômes intestinaux et il n'y a pas de douleurs aux points classiques); aux tumeurs de la paroi, en particulier au lipome; à une hernie musculaire; à un kyste hydatique. Ces diverses hypothèses sont émises d'après la consistance de la tumeur qui est indolore, et présente non pas de la fluctuation nette, mais de la rénitence.

L'opération, à la fois exploratrice et curatrice, est pratiquée le 16 février. Sous le chloroforme, on fait, à 3 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, une incision oblique, longue de 6 centimètres, intéressant la peau et les fascias superficiels. Les lèvres de la plaie étant écartées, une boutonnière est pratiquée dans l'aponévrose du grand oblique, non loin du bord externe de la gaine du droit; elle livre passage à des grumeaux caséeux, serrés, blanc jaunâtre, qui fixent le diagnostic et montrent qu'on a affaire à un abcès froid, développé dans la paroi abdominale, ayant délaminé l'aponévrose d'insertion du grand oblique, et ayant fusé en partie derrière elle et vers les parties externes musculaires des muscles grand et petit oblique. La tumeur n'a pas de limites bien nettes. Les fongosités étant enlevées à la curette tranchante, on voit que l'abcès est creusé dans une cavité du volume d'une grosse noix, à parois villeuses, formées par des débris musculaires et aponévrotiques.

Cautérisation au chlorure de zinc, quatre points de suture, drainage. Le diagnostic a donc été établi par l'opération, et confirmé par l'examen microscopique qui a montré dans le pus l'existence de nombreux bacilles de Koch.

Nous avons eu affaire à un abcès caséeux (Lannelongue) ou résidueux (Paget) de la paroi abdominale.

Nous allons revoir les différents détails de cette observation et rechercher surtout son origine.

L'abcès froid intra-musculaire que nous avons suivi était apparu consécutivement à une adénite tuberculeuse du pli de l'aine, qui avait suppuré pendant près de six mois et ne s'était cicatrisée que difficilement. On peut expliquer le fait, soit par l'apparition fréquente de lésions de même ordre en diverses régions (Reverdin), soit plutôt par une lymphangite tuberculeuse rétrograde.

Anatomiquement, les lymphatiques des muscles sont mal connus. On sait seulement que les lymphatiques superficiels de la moitié sous-ombilicale des parois de l'abdomen se rendent dans les ganglions inguinaux. Mais diverses constatations peuvent nous renseigner : Cornil et Ranvier d'une part, Déjerine d'autre part ont fait, à propos des ganglions tuberculeux, des recherches intéressantes. Les premiers ont démontré que les bacilles de Koch n'existent pas seulement dans le ganglion mais aussi dans la capsule épaissie et encore dans le tissu embryonnaire qui enveloppe les vaisseaux sanguins et lymphatiques. D'après Déjerine, les anciens foyers de tuberculose ganglionnaire, vieux ganglions caséifiés ou ganglions ayant subi la dégénérescence crétacée, contiennent encore, alors même qu'on les retrouve dans les autopsies après un temps très long, des bacilles de la tuberculose.

On est donc autorisé à admettre une lymphangite rétrograde ayant d'abord envahi, puis dilaté et crevé les lympha-

tiques de la paroi, ayant répandu ensuite entre les interstices musculaires le pus qui se sera collecté.

L. Poisson (1) explique bien cet envahissement : « L'adénopathie, dit-il, peut rester longtemps unique, être le premier et le dernier terme d'une tuberculose qui s'éteindra sur place et y restera longtemps, sinon toujours, à l'état latent.

Souvent aussi, la bacillose se propage aux ganglions voisins, suivant généralement le cours naturel de la circulation lymphatique... Toutefois, *l'envahissement peut très bien être rétrograde*... Ces faits de transport rétrograde de produits néoplasiques dans les lymphatiques qu'avait déjà signalés Recklinghausen, dès 1885, expliquent beaucoup de propagations étonnantes au point de vue physiologique... »

Et plus loin (2) : « La propagation de ganglion à ganglion se fait non seulement par les vaisseaux efférents, mais par le simple contact de voisinage. Ce contact est produit par l'hypertrophie même des ganglions primitivement atteints et le contage bien facile, puisque la capsule est elle-même tuberculeuse. Il ne faut donc pas s'étonner des propagations irrégulières et contraires au cours de la lymphe ; cette propagation de la tuberculose par les lymphatiques est plus ou moins rapide suivant une foule de causes et suivant les individus... »

D'après les recherches de Shéridan Delepine, l'invasion particulière du système lymphatique s'explique de deux façons ; 1° ou bien il y a propagation le long des parois de quelques lymphatiques dans une direction opposée à celle du courant. Ce serait une sorte de régurgitation du bacille. Il faudrait alors admettre comme probable une oblitération plus ou moins complète de la lumière du canal à son abouchement avec les lymphatiques malades ; 2° ou bien il y a propagation par le système des lacunes lymphatiques.

Toutes les hypothèses sont permises ; c'est ainsi qu'on peut supposer l'infection par la voie sanguine si l'on admet que les vaisseaux lymphatiques musculaires accompagnant les vaisseaux sanguins et qu'ils sont plongés avec eux dans les cloisons du périmysium.

Les abcès froids intramusculaires ont donc le plus souvent une étiologie, sinon obscure, du moins complexe ; dans les divers points où ils se développent, on ne sait, le plus souvent, à quelle lésion ils sont consécutifs. Les causes sont inconnues ou ne sont pas signalées. Tels sont les cas, par exemple, cités par Reverdin (3), d'Habermaas, de Müller, les cas plus anciens de Bérard (4), les observations rapportées ici-même. On revient toujours au vieux principe de Jobert [de Lamballe (5)] qui veut que les abcès froids, quels qu'ils soient, se forment de préférence là où le système lymphatique est très développé, où les vaisseaux et les ganglions lymphatiques sont en plus grand nombre. Lyot (6) admet aussi que ce sont là des tuberculoses propagées, qui revêtent soit l'aspect de granulations tuberculeuses disséminées, ou de masses caséeuses et d'abcès froids.

(*A suivre.*)

(1) L. Poisson. *Adénopathies tuberculeuses*. Bibl. Charcot-Debove, 1895, p. 40.

(2) L. Poisson. Loc. cit., p. 72 et 74.

(3) Reverdin. Note sur un cas de tuberculose musculaire primitive, *C. R. du V^e Congr. de chir.*, 1891, p. 560.

(4) Bérard et Denonvilliers. *Compendium de chirurgie pratique*, Paris 1851, t. II, p. 202.

(5) Jobert (de Lamballe). Des abcès froids, *Gaz. des hôpit.*, 1855, p. 225.

(6) Lyot. *Traité de chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, 1896, t. III, p. 799, art. Tuberculose des muscles.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mars 1898. — Présidence de M. Berger.

### RAPPORTS

**Abcès du foie.** — M. Valther fait un rapport sur un travail de M. Loison relatif aux abcès du foie. Ce travail est basé sur 21 observations. Il se termine par des réflexions et des conclusions sur lesquelles insiste particulièrement M. le rapporteur. Parmi ces observations qui font l'objet de ce travail, il en est deux dans lesquelles il n'y a pas eu d'intervention ; il s'est fait une régression spontanée de l'abcès. M. Valther fait observer que c'est là un mode de terminaison des abcès du foie tout à fait exceptionnel.

Avec l'auteur du travail, M. Valther insiste sur la symptomatologie souvent obscure des abcès du foie et la ponction exploratrice elle-même est parfois infidèle. Quand elle donne du pus, il ne faut pas hésiter à faire une incision en se guidant sur le trocart. Quand il y a de la voussure, des signes de collection, il vaut mieux faire l'incision de la paroi abdominale et ponctionner ensuite directement le foie lui-même. M. Loison dit que cette ponction du foie, alors même qu'elle ne donne pas de pus, est avantageuse et agit comme une saignée. Cette saignée, pense-t-il, peut décongestionner le foie et enrayer les accidents.

M. le rapporteur passe ici en revue les 21 observations de M. Loison et ajoute quelques réflexions sur les enseignements qu'elles comportent.

M. Robert, étant médecin en chef au Tonkin, a eu l'occasion d'observer un grand nombre d'abcès du foie. Dans tous les cas, on fait la ponction avec une petite aiguille et jamais on n'a constaté d'accidents. Quand la ponction donne du pus, M. Robert a recours, pour l'incision, au procédé de Lannelongue, c'est-à-dire à l'incision cruciale avec une incision parallèle au rebord des fausses côtes et résection du cartilage costal. On arrive ainsi sur le foie qu'on peut explorer très largement, en écartant les bords avec les doigts.

M. Robert a renoncé aux sutures comme s'infectant trop facilement. Malgré toutes les précautions que l'on peut prendre, la section des côtes est, selon lui, défavorable. Les incisions transpéritonéales ou transpleurales lui ont toujours suffi.

M. Valther fait observer que M. Robert parle des abcès aigus des pays chauds. Les cas auxquels ont affaire les chirurgiens de Paris sont forcément des cas anciens et pouvant comporter d'autres indications. M. Robert a insisté sur les résections costales. M. Valther a fait de très larges résections costales et n'a jamais eu d'accidents.

**Corps étranger de l'urèthre.** — M. Bazy fait un rapport sur une observation de M. Broussin (de Versailles) relative à un corps étranger de l'urèthre. Il s'agit d'un homme de trente ans qui fit à M. Broussin le récit suivant qui est toujours le même en pareil cas. La veille au soir, raconta le malade, se trouvant gêné pour uriner, il avait eu recours à une épingle à cheveux en guise de sonde et l'épingle lui avait échappé en pénétrant dans le canal la tête la première. Il s'agissait là, en réalité, d'une de ces aberrations génésiques telles qu'on les observe souvent. M. Broussin put extraire cette épingle en s'y prenant de la façon suivante : Il avait pris chacun des bords du méat dans une pince et les avait écartés fortement ; cela fait, il introduisit une sonde dans le canal de façon à ce que le bout de cette sonde coiffe

l'extrémité piquante de l'épingle qui était celle qui se trouvait du côté du méat. Il repoussa le gland en arrière et put alors facilement saisir avec une pince la sonde avec l'extrémité de l'épingle qu'elle contenait et extraire ainsi cette dernière.

M. Bazy fait remarquer que le procédé employé par M. Broussin est ingénieux et recommandable.

M. Bazy a observé un homme de soixante-cinq ans qui, ayant de la cystite avec un rétrécissement uréthral, se fit soigner par un de ses amis qui lui fit des injections avec une seringue en verre. La vessie était distendue, le malade n'urinait que par regorgement. Le diagnostic de rétrécissement s'imposait et on pouvait penser qu'il y avait un calcul par derrière. M. Bazy fit l'uréthroscopie et trouva un corps brillant qui ne pouvait être qu'un fragment de verre. C'était, en effet, le bout de la seringue qui s'était cassé et qui était resté.

### COMMUNICATION

**Péritonite localisée.** — M. KIRMISSON communique l'observation d'un petit garçon de huit ans qui fut amené, le 6 janvier, à l'hôpital Trousseau, avec tous les signes d'une appendicite, douleur, vomissements, température 38°4. Rien ne paraissait urgent.

Le lendemain, l'enfant était plus mal et, séance tenante, M. Kirmisson décida d'intervenir. Une fois l'enfant endormi, on ne sentait aucune tuméfaction, ni aucune rénitence du côté droit. On sentait seulement une petite masse rénitente à gauche de l'ombilic. Il ne s'agissait donc pas d'une appendicite, mais bien d'une péritonite localisée. M. Kirmisson fit l'incision sur la ligne médiane. Dès que le péritoine fut ouvert, il s'échappa du pus fétide mélangé de matières fécales. Il y avait donc une perforation intestinale. M. Kirmisson se mit à sa recherche et finit par trouver une petite perforation sur la partie moyenne de l'intestin grêle. Il sutura cette perforation, fit un lavage de la cavité péritonéale et établit un drainage. Les suites de l'opération furent très simples, il n'y eut plus de vomissements, ni de fièvre, mais il s'écoula des matières fécales le long de la mèche de gaze iodoformée. Cet écoulement dura pendant dix ou douze jours, puis tout rentra dans l'ordre et cet enfant guérit très simplement.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA RÉSECTION DE L'ESTOMAC ET LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

M. GUINARD. « Il est impossible de dire, quand on fait une laparotomie pour le cancer de l'estomac, à quel procédé on donnera la préférence. Tous les procédés sont bons et ont donné des succès à condition d'être exécutés correctement; et chacun a des indications particulières. Ainsi, lorsque le cancer a surtout envahi la grande courbure, c'est le procédé d'anastomose termino-terminale, de Rydygier, qui est préférable à la raquette de Billroth. Le procédé de Billroth (première manière) permet, au contraire, d'enlever une grande étendue de la petite courbure. Mais, en somme, ces deux procédés termino-terminaux ont bien en réalité l'inconvénient qu'on a déjà signalé, de laisser à la jonction des deux branches de l'Y un point faible pour les sutures.

Tout récemment, j'aidais un de mes collègues à faire ce que j'appelle une gastrectomie annulaire ou circonférentielle (par opposition à la gastrectomie pariétale ou en plaque) par le procédé de Billroth (première manière). Malgré le soin que nous avons mis à renforcer les sutures au point dangereux, l'autopsie a montré que l'opérée avait succombé à une perforation à ce niveau. Toutes mes préférences sont en somme pour l'opération de Billroth, seconde manière, c'est-à-dire pour la gastro-entérostomie suivie de la gastrectomie annulaire et de l'oblitération totale du duodénum et de l'estomac.

On peut ainsi enlever très largement le néoplasme et tailler en tissu sain, sans craindre de ne pouvoir rapprocher le duodénum de l'estomac, comme dans l'opération de Kocher. De plus, si le néoplasme récidive, ce qui est d'ailleurs la règle, il reparaît dans la ligne de sutures et par conséquent laisse indemne la bouche anastomotique.

L'opéré continue donc à bénéficier de son opération qui reste une merveilleuse intervention palliative. »

M. MONPROFIT (d'Angers) a pratiqué dernièrement l'ablation d'une volumineuse tumeur de l'estomac occupant environ le tiers de l'organe. Après avoir réséqué la partie malade de l'estomac et sectionné le duodénum, il a craint de ne pouvoir rapprocher les organes qu'au prix de tractions trop fortes pour pouvoir espérer une bonne réunion. Il a fermé l'estomac par deux surjets, et fermé de même le duodénum; ensuite, il a recherché le jéjunum et l'a sectionné en travers, à l'exemple de Roux (de Lausanne), et a pratiqué, selon son procédé, une gastro-entérostomie transmésocolique antérieure en Y.

Le résultat ainsi obtenu est très satisfaisant; le seul inconvénient relatif est la longueur de l'intervention. Cependant, bien que sa malade ait été deux heures sous le chloroforme, elle a supporté très facilement l'opération. Les suites ont été aussi simples que possible. Il n'a à signaler qu'une faim extraordinaire qui a poussé la malade à prendre des aliments en abondance dès les premiers jours. M. Monprofit ne s'y est d'ailleurs opposé en aucune façon, et, quinze jours après l'opération, la malade est en très bon état, mange comme toutes les autres malades du service et a déjà repris un embonpoint notable.

Après avoir eu recours, d'une façon presque exclusive, à la gastro-entérostomie dans le traitement des néoplasmes gastriques et pyloriques, il est absolument décidé à recourir à la *gastrectomie* toutes les fois qu'elle sera possible.

Si la gastrectomie est peu étendue, il est d'avis de réunir directement le duodénum à l'estomac, comme il l'a fait dans une pylorectomie pour sténose cicatricielle. Mais si la portion d'estomac enlevée est considérable, le meilleur, à son sens, est de pratiquer la gastro-jéjunostomie.

Comme procédé de gastro-entérostomie, il donne de beaucoup la préférence au procédé de Roux (de Lausanne), qui débarrassera du retour de la bile dans l'estomac, si ennuyeux dans les autres procédés.

M. Monprofit emploie toujours, bien entendu, les *sutures* en surjet à la soie, à l'exclusion de toutes les variétés de *bouton*, et il n'a eu jusqu'ici qu'à s'en louer.

### PRÉSENTATIONS

**Névrite ascendante.** — M. MONOD présente un malade qui, pour des troubles névritiques, a dû subir successivement l'amputation du poignet, l'amputation de l'avant-bras, la compression du nerf, selon la méthode de M. Delorme, l'amputation du bras, la résection de tous les nerfs dans le moignon. Chacune de ces opérations a été suivie de récidive. M. Monod, avec l'aide de M. Chipault, a fait la résection des racines supérieures, et depuis ce malade ne souffre plus.

M. POIRIER signale l'observation d'un de ses malades qui est calquée sur la précédente. Il lui fera probablement aussi la résection des racines postérieures.

**Malades divers.** — M. HARTMANN présente quatre malades; le premier était atteint de gastro-succhorée. M. Hartmann lui a fait une gastro-entérostomie postérieure; ce malade ne souffre plus, mange et engraisse.

Le second malade est atteint d'une ostéite déformante de Paget.

Le troisième est un tabétique, qui présente un épaississement énorme de l'os iliaque.

Enfin, le quatrième malade était atteint d'un anévrysme du creux poplité.

**Tumeur fibreuse; grossesse; infection puerpérale.** — M. A. RICARD. « La pièce que je présente offre un double intérêt : l'un au point de vue des indications opératoires, l'autre au point de vue de la technique suivie.

J'insisterai peu sur les indications opératoires, car à propos de ce fibrome, mon collègue et ami le docteur Tissier a déjà fait une communication à la *Société d'obstétrique de Paris*. Il s'agissait d'une femme enceinte de six semaines, en état d'avortement, anémiée par des hémorragies persistantes et déjà atteinte de phénomènes septiques. La température atteignait le soir 39°4. Or, il ne fallait pas songer avoir recours à aucune manœuvre de désinfection intra-utérine, car la tumeur avait un prolongement pelvien tel que l'excavation était remplie et qu'il était sinon impossible, du moins fort difficile par le toucher d'atteindre l'orifice utérin, au fond d'un chenal aplati qui laissait à peine passer le doigt. On posa donc l'indication d'une intervention qui fut pratiquée avec le concours de mon collègue Tissier.

La technique suivie est celle que j'emploie ordinairement et dont j'ai donné ici même la description. Sans revenir sur les discussions un peu longues qui eurent lieu à cette tribune, je dirai que l'acte opératoire fut conduit de la façon suivante : section successive des deux ligaments larges; à leur base effondrée, découverte et ligature de l'artère utérine, puis désinsertion vagino-utérine après avoir taillé un lambeau péritonéal antérieur.

Dans la pièce que je présente, ainsi qu'il est aisé de s'en rendre compte, il était impossible de savoir où était l'utérus, absolument confondu dans la masse morbide. Ce fibrome était composé de trois masses principales, chacune grosse comme une tête de fœtus, réunie en un centre commun qui englobait l'utérus; il pesait 3kg500. Il est facile de voir sur la pièce les deux artères utérines nettement isolées, sans que l'utérus soit lui-même appréciable. Grâce à cette technique, l'opération ne dura pas vingt-cinq minutes, sutures comprises, malgré l'enclavement pelvien. On peut voir au fond de la cavité utérine, la cavité amniotique, le placenta et le cordon ombilical, l'embryon avait été rejeté.

Contrairement à mon habitude, je fermai le vagin et le recouvris du péritoine suturé. Les suites furent absolument apyrétiques et des plus simples. »

**Sarcome stomacal.** — M. ROBERT présente des pièces anatomiques provenant d'un officier qui était atteint d'une fracture récente du radius, et qui a succombé à une gastrorragie. A l'autopsie, on vit qu'il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse, située au voisinage du cardia. La tumeur est disposée de telle façon qu'aucune sorte d'intervention chirurgicale n'aurait pu sauver ce malade.

La séance est levée.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité de diagnostic médical et de séméiologie** (1), par F.-O. MAYET, professeur à la Faculté de Lyon.

Nous avons annoncé l'apparition du premier fascicule de cet ouvrage. Le second renferme la fin du tome Ier consacré à la séméiologie du système nerveux et le commencement du tome II, où se trouvent la séméiologie des atrophies musculaires, les signes tirés des troubles fonctionnels des organes du sens de la vue et l'étude des trophonévroses. Cet ouvrage fort intéressant représente un travail considérable ; nous en avons indiqué le caractère à propos du premier fascicule ; nous aurons à y revenir à propos des fascicules suivants.

(1) In-8°. 2e partie, 1 vol., t. Ier, p. 449 à 780; t. II, p. 1 à 160. — Prix (par souscriptions) : 24 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Guide pratique pour les analyses de bactériologie clinique**, pus, sang, crachats, exsudats de la gorge, lait, urine, matières fécales, eau, sol (1), par Léon FELTZ, pharmacien de première classe.

Une analyse bactériologique est une opération délicate, exigeant, de l'expérimentateur, une attention soutenue et une grande sagacité pour le choix à faire, dans chaque cas, parmi les méthodes multiples décrites dans les traités de bactériologie.

Le médecin ou le pharmacien, appelé à faire une analyse bactériologique, devra presque toujours consacrer un temps précieux à feuilleter de gros volumes pour rechercher les données qui lui sont indispensables, s'il veut être certain de mener son travail à bonne fin.

M. Feltz a réussi à rendre ces recherches plus faciles en réunissant dans ce « Guide » les procédés les plus simples et les méthodes qui, sans rien perdre de leur précision, permettent d'éviter l'emploi d'appareils trop compliqués ou trop coûteux.

Après avoir étudié, d'une manière générale, les diverses méthodes employées pour faire une analyse bactériologique, la technique pour les aérobies et les anaérobies, la méthode expérimentale et les matières colorantes employées dans les analyses bactériologiques, M. Feltz en expose l'application aux analyses du pus, du sang, des crachats, des exsudats de la gorge, du lait, de l'urine, des matières fécales, de l'eau, du sol. Il fait suivre chaque analyse de l'interprétation des résultats, telle qu'elle a été donnée par les maîtres dont l'opinion fait autorité.

L'ouvrage se termine par une série de tableaux des caractères des microbes pathogènes.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Jouon (de Brain-sur-l'Authion), victime du zèle d'un vérificateur des poids et mesures, avait été frappé d'un impôt comme médecin délivrant des médicaments. Notre confrère en avisa l'Union syndicale des syndicats médicaux de France qui lui conseilla, après avis de ses avocats, de protester et de se faire rendre justice. Le docteur Jouon a obtenu gain de cause au sujet de la vérification des balances et a été déchargé de l'impôt auquel on l'avait soumis. Nos confrères de la campagne faisant la pharmacie doivent prendre bonne note de cette illégalité de l'impôt des poids et mesures, appliquée au médecin délivrant des médicaments.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Moussous, professeur de clinique obstétricale, est nommé professeur honoraire.

— Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés membres des comités d'inspection et d'achats de livres des bibliothèques des villes suivantes :

DRAGUIGNAN : MM. Balp, Ch. Doze et Ch. Girard. — FRÉJUS : M. J. Roquemaure. — TOULON : M. Carence.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lemarchand (du Tréport).

— La conférence d'internat de MM. Barbarion, Henry Bernard, Labey et Lereboullet aura lieu désormais le vendredi à deux heures, à la Charité (amphithéâtre Potain).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — A l'occasion des fêtes de Pâques à Rome, la compagnie P.-L.-M.

(1) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

délivrera du 27 mars au 7 avril inclusivement des billets d'aller et retour Paris-Rome (via Mont-Cenis) valables pendant 30 jours. Prix : 1re classe, 262 francs; 2e classe, 185 francs; 3e classe, 121 francs. Franchise de 30 kilogrammes de bagages sur le parcours français. Billets délivrés à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux succursales de la Compagnie et dans les agences spéciales.

Les voyageurs pourront se procurer à Rome des billets d'aller et retour pour Naples et Naples-Pompéi dont la validité n'expirera qu'avec celle de leur billet Paris-Rome.

Prix : 1re classe, 42 fr. 15 et 47 fr. 20; 2e classe, 29 fr. 50 et 33 fr. 35; 3e classe, 18 fr. 55 et 20 fr. 25.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 21 mars 1898.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

A l'appui de la communication de M. Vincent, faite à la dernière séance de la Société, sur une angine diphtéroïde à bacille spécial, M. Lemoine apporte le résultat de ses recherches sur la nature microbienne des angines, résultat qui confirme pleinement l'opinion émise par M. Vincent. M. Lemoine a observé 5 cas absolument semblables au point de vue bactériologique, à ceux qu'a rapportés M. Vincent. Dans ces nouveaux cas, il s'agit bien encore de bacilles longs, effilés aux deux extrémités, se décolorant par le Gram. Sur la lamelle, on ne rencontre, avec ce micro-organisme, qu'une quantité plus ou moins abondante de spirilles. Au point de vue clinique, au contraire, ces angines simulent nettement l'angine ulcéro-membraneuse, les malades présentant, en effet, un véritable ulcère de l'amygdale, à bords taillés à pic, à fond anfractueux, offrant absolument l'aspect d'un chancre syphilitique; il existe, en outre, un gonflement des ganglions rétro-maxillaires plus ou moins considérable, mais toujours douloureux, surtout lors du début des accidents. Tout à fait à la première période de la maladie, alors que l'ulcération n'est pas encore formée, on peut sans doute se méprendre sur la nature de l'angine et la confondre avec la diphtérie; à ce moment, un simple examen d'un frottis de lamelle lèverait tous les doutes, celui-ci étant tout à fait caractéristique. Mais après vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'aspect clinique du fond de la gorge est absolument net, et le diagnostic d'angine ulcéreuse semble pouvoir être affirmé.

MM. Widal et Nobécourt, ayant observé un cas de gangrène des deux jambes consécutive à une seule embolie arrêtée dans l'iliaque primitive gauche, cherchent à expliquer le mécanisme de la symétrie de cette gangrène. Le fait clinique est le suivant : Un homme de quarante-cinq ans entre à l'hôpital avec la jambe gauche douloureuse depuis deux jours, froide et recouverte de plaques violacées remontant à trois travers de doigt au-dessus de la rotule. Au niveau de la fémorale gauche, la pression révèle une douleur assez vive, et on remarque que les battements de l'artère manquent. Bientôt le malade ressent dans la jambe droite, qui prend une teinte violacée, des fourmillements pénibles. La région du creux poplité devient très douloureuse. La peau des deux jambes devient insensible à la douleur et à la chaleur. Puis les membres ne tardent pas à se momifier, l'état général s'aggrave, la fièvre dépasse 39 degrés, le malade a le délire, une eschare se forme sur la fesse gauche et tend à gagner la région lombaire, et le malade meurt vingt-huit jours après le début des accidents. A l'autopsie, on trouva, vers la partie moyenne de l'iliaque primitive gauche, un caillot embolique noirâtre, adhérent à la paroi de l'artère, ne se laissant pas détacher sans abandonner quelques fragments à la paroi, dont la texture cependant paraissait normale. Des caillots secondaires, non adhérents, se prolongent en bas, dans l'iliaque interne, dans l'iliaque externe et dans la fémorale. En haut, un caillot secondaire remonte jusqu'à la bifurcation de l'aorte, fait dans ce vaisseau un éperon de 3 centimètres, puis redescend dans l'iliaque primitive droite et se prolonge dans l'iliaque interne et dans l'iliaque externe. Tous ces caillots secondaires étaient libres, ceux du côté droit surtout, flottant dans les artères, dont ils ne remplissaient pas le calibre.

L'oblitération embolique d'une seule artère iliaque primitive peut donc aboutir à la gangrène symétrique des deux jambes par formation de caillot secondaire, en aval comme en amont de l'embolie. C'est le caillot prolongé qui, dans le cas actuel, par une voie détournée, a fait la gangrène symétrique.

On sait avec quelle insistance justifiée, MM. Chantemesse et Widal ont démontré les différences qui séparent l'un de l'autre le bacille typhique et le coli-bacille. Cette non-identification trouve une nouvelle preuve dans les recherches qu'apportent aujourd'hui MM. Thoinot et G. Brouardel. Ces deux auteurs donnent comme caractère différentiel très net le mode de développement des deux micro-organismes en bouillon peptonisé contenant de l'acide arsénieux. Le bacille typhique ne pousse jamais, quelle que soit sa provenance, dans des bouillons contenant plus de 1 centigramme d'acide arsénieux pour 1 litre. Le coli-bacille, au contraire, pousse toujours d'emblée dans des bouillons contenant une dose de 1 gramme d'acide arsénieux p. 1000.

On peut donc affirmer qu'entre un organisme résistant

ainsi à une dose énorme d'acide arsénieux et le bacille d'Eberth, incapable de se développer en présence de la dose minime de 1 centigramme p. 1000, il y a vraiment une différence biologique remarquable à ajouter à celle que l'on connaît déjà.

M. Widal fait très justement remarquer que cette méthode des mensurations appliquées par les deux auteurs à l'étude de l'action de l'arsenic sur de nombreux échantillons de ces microbes, montre que tous les bacilles typhiques, quelle que soit leur origine, sont égaux devant l'arsenic; que les colibacilles, au contraire, présentent, dans leur sensibilité vis-à-vis de ce poison, des différences variables d'un échantillon à l'autre. Les réactions chimiques montrent, de même que la réaction agglutinante, que le bacille d'Eberth est une des plus spécifiés parmi les microbes.

MM. Letulle et Ribard rapportent leurs expériences sur l'influence de la **crymothérapie** (de κρυμὸς, grand froid) locale dans la tuberculose pulmonaire. Le procédé s'applique de la façon suivante : on applique chaque matin, sur les régions épigastrique et hépatique, un sac contenant environ 2 kilogrammes d'acide carbonique solide. La peau, protégée par une épaisse couche d'ouate, possède, pendant toute la durée de l'application, une température de 25 degrés. On laisse le sac en place pendant trente minutes en moyenne, et on fait une nouvelle application avant le repas du soir. Au point de vue physiologique, le froid active les phénomènes respiratoires et accroît très sensiblement la sensation de la faim; au point de vue clinique, on remarque le retour de l'appétit, très rapidement, ce qui est un bénéfice important en matière de tuberculose pulmonaire.

---

## HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT

### Un cas de splénomégalie primive.

Par le docteur J. Marty, médecin-major de première classe.

Bien que les exemples de cette affection ne soient pas absolument exceptionnels, leur fréquence ne nous a pas semblé telle qu'en recueillir de nouveaux cas soit déjà sans intérêt.

C'est ainsi que, depuis la communication de Debove et Bruhl, faite en 1892, à la Société médicale des hôpitaux, nous n'en trouvons qu'un bien petit nombre dans la collection de journaux qui fait partie de notre bibliothèque particulière. A ce titre, celui-ci a semblé mériter d'être signalé.

Le jeune soldat B..., du 11e hussards, a vingt-deux ans; c'est un malingre. Il est arrivé au corps en novembre 1896. Il entra à l'hôpital le 26 mai 1897.

Son père a soixante-dix ans. Il toussait habituellement et vient d'avoir une pneumonie. Sa mère rhumatisante n'a jamais été alitée.

Il a deux frères et deux sœurs vivants. Un des frères a contracté la dysenterie en Algérie; les autres sont bien portants. Ses parents ont eu un autre enfant qui a succombé à deux mois. Il ne connaît pas la cause de ce décès.

Il exerçait, avant son incorporation, la profession de maçon. Il ne s'est jamais enivré, et ne buvait que très incidemment un petit verre de cognac. Pas de signe d'alcoolisme.

Pas de syphilis, pas de malaria. A l'âge de deux ans et demi, il tomba d'une certaine hauteur; à six ans, il eut un accident analogue. A la suite de cette seconde chute, il fut mis à l'hôpital où il resta environ quinze jours. On ne constata aucune lésion grave. Il se remit et, après sa sortie, ne se ressentit plus de rien.

En septembre 1896, il eut lui-même une pneumonie gauche. Il fut arrêté trois semaines; à la suite, persistèrent quelques douleurs dans le côté. Arrivé au corps, il essaya de faire son service, mais ces douleurs augmentèrent et il dut s'arrêter.

Son mauvais état général conduisit à l'hospitaliser en fin novembre.

A son arrivée, on constata un degré d'anémie très accentué. Tous les organes furent explorés sans résultat positif; seul le cœur offrit un léger souffle de base, qui fut mis sur le compte de l'anémie.

Sous l'influence du repos, les douleurs de côté ne se reproduisirent pas.

L'état général se remonta peu à peu, et, après un assez long séjour, l'intéressé partait en convalescence.

Chez lui, l'état se maintient à l'état stationnaire, mais la faiblesse est très marquée. Les douleurs de côté reparaissent de temps à autre, mais très tolérables, sauf en cas de fatigue.

Après son retour au corps, il fut de nouveau hospitalisé.

L'état, profondément modifié, est le suivant :

L'anémie est toujours très accentuée. La teinte de la peau n'est pas franchement la pâleur. Elle n'est pas non plus celle de la chlorose. On remarque une coloration légèrement grise qui pourrait sembler, à un examen superficiel, traduire un mauvais état d'entretien. La face offre une maigreur considérable. Pas de maux de tête, pas de vertiges, pas d'épistaxis, pas d'inégalité pupillaire.

L'appétit est conservé. La digestion gastrique se fait bien. Pas de renvois, pas d'envie de vomir après le repas, à l'état de repos. Mais, s'il veut marcher après avoir pris sa nourriture, les premiers signes de fatigue, qui arrivent très vite, s'accompagnent de vomissements.

Palpitations fréquentes. Le malade s'en plaint presque continuellement.

Ni toux, ni expectoration. Pas d'ictère.

Constipation prononcée.

Miction normale.

Nuits bonnes.

La douleur de la région splénique gauche est toujours accusée par le malade. Elle n'est pas continue. La toux, la pression l'exagèrent; son apparition n'a pas de lien appréciable avec le moment des repas.

A l'examen direct, on constate ce qui suit :

Du côté des poumons, à la percussion, rien en avant. En arrière, submatité légère, base gauche. Rien de net à l'auscultation.

*Cœur.* — L'organe semble légèrement refoulé en haut; la pointe bat dans le quatrième espace intercostal. Pas d'hypertrophie. On retrouve un léger souffle très doux vers la base, à gauche du sternum. Pas de lésion valvulaire.

*Foie.* — La matité verticale totale est de 14 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Elle commence au niveau de la quatrième côte. L'organe est donc également refoulé en haut. La percussion éveille une légère douleur qui cesse avant d'arriver au rebord costal inférieur.

Le bord inférieur de l'estomac se trouve à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic. Au-dessous, on constate une différence de tonalité dans la percussion indiquant l'intestin.

*Abdomen.* — Toute la région abdominale est saillante et cette déformation est nettement appréciable. Elle s'étend jusqu'au rebord des fausses côtes, au creux épigastrique. La cicatrice ombilicale est également rejetée en avant. Cette saillie, très marquée partout, est plus prononcée du côté gauche.

La circonférence totale de l'abdomen est de 75 centimètres, dont 41 centimètres pour le côté gauche et 34 centimètres pour le droit. La déformation à droite semble due à l'estomac et l'intestin refoulés ; à gauche, à la tumeur dont il va être question. La ligne blanche ne forme plus une droite de l'appendice xiphoïde au milieu du pubis et paraît légèrement incurvée.

Du côté gauche de l'abdomen, on trouve une tumeur considérable. Cette tumeur est dure, lisse et, en aucun point, l'exploration ne provoque de douleur nette. D'après le malade, elle serait survenue rapidement, et dans les derniers jours. Mais il est évident qu'il y a là de son côté une erreur d'appréciation qui met simplement en relief le caractère insidieux de son développement.

Cette tumeur est énorme. La ligne qui la circonscrit commence à 13 centimètres au-dessous du sommet de l'aisselle, descend et passe à 9 centimètres au-dessous du mamelon gauche. Elle décrit une courbe qui, là, s'accentue, franchit la ligne mamelonnaire, arrive à 2 centimètres à droite de l'ombilic, qu'elle contourne sous un angle assez aigu. Elle revient à gauche, passe à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic, se dirige vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, passe à 4 centimètres environ au-dessus, puis se perd, n'étant plus appréciable.

Cette mensuration est faite sur le malade couché, et le bras gauche relevé le long de la tête. Quand il est levé, la tumeur s'abaisse et son bord inférieur atteint l'épine iliaque.

Les dimensions verticales de la matité seraient de 24 centimètres sur la ligne axillaire, de 22 centimètres sur la ligne mamillaire. Elle ne se confond pas avec celle du cœur, qui en est séparée par une zone plus sonore.

Pas de hile appréciable à la tumeur.

Gêne circulatoire douteuse. A peine si, sur la paroi antérieure de l'abdomen, on voit quelques rameaux veineux qui peuvent sembler plus gros qu'à l'état normal.

Pas d'ascite.

Pas d'albumine.

Les ganglions de l'aine, de l'aisselle et du cou sont normaux.

Le malade resta environ un mois en traitement dans les salles. Pendant ce temps aucun nouveau phénomène ne se produisit.

L'état resta stationnaire.

Il fut réformé, sortit et a été perdu de vue. Nous n'insistons pas sur le traitement qui ne pouvait avoir aucun effet appréciable, vis-à-vis d'un pareil état, et dans un laps de temps si court.

L'apyrexie se maintint toujours complète, la température oscillant de 36°5 à 37°4.

L'examen du sang ne put être fait d'une façon complète. Il ne porta que sur la proportion des globules blancs aux globules rouges, appréciée sommairement et sans outillage spécial. Cette proportion n'a pas paru augmentée. Nous n'avons pu faire ni la numération des globules, ni la *recherche du taux* de l'hémoglobine.

L'observation précédente est passible de deux reproches. D'abord le malade n'a pu être suivi jusqu'au bout. Ceci était fatal, dans les conditions où il se présentait à nous. En second lieu, l'examen du sang est incomplet.

Telle quelle, elle permet cependant diverses considérations.

Elle rentre, d'après nous, dans cette série de faits intéressants, et dont le nom a varié. C'est l'anémie splénique de Strümpell, l'hypertrophie idiopathique de Müller, la pseudo-leucémie, enfin la splénomégalie de Debove, terme auquel nous nous rangeons bien volontiers.

Le début a été ignoré du malade, puisqu'à ce point de vue il n'a donné que des renseignements trompeurs. Les crises douloureuses ont existé ; mais on doit reconnaître qu'elles ont été peu intenses, et ce caractère a, de son côté, rendu obscur le diagnostic du début.

Pas de fièvre, au moins constatée, car le malade a pu en avoir chez lui, pendant sa longue absence. La submatité de la base pulmonaire droite peut indiquer l'influence sur la plèvre, ou même le poumon, des poussées péritonitiques accompagnant l'évolution morbide.

On remarquera que, dans ce cas, le foie ne débordait pas les fausses côtes. Cela n'exclut pas la possibilité d'une légère augmentation de volume, car la matité restait de 14 centimètres, c'est-à-dire supérieure encore à la moyenne normale (12, 64, d'après Monneret, sur la ligne mamelonnaire).

Les vomissements ont encore été un caractère peu accusé, mais ils apparaissaient sous l'influence des moindres fatigues.

Les hémorragies ont totalement manqué, et c'est un des signes par lesquels notre observation diffère le plus de celles dont nous avons connaissance.

Les palpitations, très marquées dans ce cas, ont été dues, naturellement, à la gêne fonctionnelle résultant, pour l'organe, du refoulement en haut du diaphragme. Le bruit de souffle basique, relevé dans une autre observation qui fut le point de départ d'une clinique de M. le professeur Potain, clinique publiée dans la *Semaine médicale* (1889, p. 359), n'a, pas plus que dans cette observation, été attribuée à une lésion organique.

Nous avons insisté sur le teint de ce malade. Nous trouvons signalé le caractère gris sale de la peau, dans une autre observation, celle de Bruhl, publiée le 3 mars 1890, dans la *Gazette des hôpitaux*.

On a pu agiter l'idée de la tuberculose du péritoine en se basant sur les phénomènes observés à la base du poumon gauche. Cette idée avait contre elle l'absence de lésion au sommet, de toux, d'expectoration, de fièvre, de douleur réelle à l'exploration, et la forme nette de la matité, en même temps que la dureté de la tumeur.

La pneumonie dont a souffert notre sujet a-t-elle eu quelque importance sur le développement de cet état? Cette question pourrait être discutée. Dans l'observation de Potain, c'est une vieille pleurésie que l'on trouva dans les antécédents du malade. Mais il n'y a rien de semblable dans celle de Bruhl. Il n'y a donc probablement pas de rapport de cause à effet, bien que le développement d'une affection pulmonaire grave puisse ne pas être sans importance chez un sujet prédisposé à la pseudo-leucémie. Si l'on admet, en effet, le rôle leucocytopoiétique ou hématopoiétique de la rate, il semble vraisemblable que, dans le cas où elle est altérée et où le sang pêche déjà par insuffisance globulaire, toute affection grave ne peut qu'accentuer cette infériorité. De plus, on peut faire une catégorie spécialement dangereuse de celles qui, en raison de leur siège, peuvent retentir médiatement ou immédiatement sur cet organe.

Il n'y avait pas à songer à une augmentation liée à un état infectieux aigu, celui-ci faisant défaut.

Les antécédents étaient nuls au point de vue de la malaria qui doit donc être écartée. En outre des probabilités négatives tirées de l'étude des antécédents, la rate syphilitique ne pouvait non plus être admise. Elle est ordinairement passagère et s'accompagne d'autres symptômes de l'affection.

Dans les affections du cœur on peut avoir de l'augmentation de volume de l'organe. Mais elle est habituellement faible, et nous avons dit que notre malade n'était pas cardiaque.

Les caractères offerts par le foie, l'absence d'ascite permettent d'éliminer la cirrhose atrophique.

Dans le cancer de l'organe, la tumeur est bosselée en même temps que l'on constate les signes de cette cachexie spéciale.

Serait-ce un kyste séreux ou hématique consécutif à sa deuxième chute? On pourrait encore songer à ce diagnostic, mais il a contre lui la date bien éloignée de l'accident et le retentissement de la lésion sur l'état général du sujet.

Le kyste hydatique a également contre lui ce fait qu'il a ordinairement peu de retentissement sur l'état général et son extrême rareté.

L'adénie peut être éliminée par suite de l'absence de toute hypertrophie des ganglions lymphatiques.

Reste la leucocythémie. En l'absence de l'examen complet du sang, nous rappellerons que la rate, dans cette affection, est plutôt molle et de consistance pâteuse, tandis que, dans notre observation, elle est dure et ferme.

Nous sommes donc arrivé, par élimination, à retomber sur la splénomégalie primitive, affection, disions-nous, encore assez rare pour que de nouvelles observations ne soient pas inutiles.

En 1896, à la Société royale de médecine et de chirurgie, M. Samuel West déclarait n'en connaître qu'une vingtaine.

Et en terminant, nous rappellerons la différence des résultats que la percussion nous a donnés sur ce sujet, suivant qu'on l'examinait couché ou debout. Nous avons vu que, dans cette dernière position, le bord inférieur de la rate s'abaissait de 4 centimètres environ. Ce n'est pas là la rate flottante. Ce léger degré de mobilité peut résulter, dans une certaine mesure, de la laxité des ligaments, suite des tiraillements exercés sur eux par l'organe hypertrophié. Mais le déplacement ainsi constaté n'intéresse pas seulement cet organe.

Son abaissement entraîne celui du grand cul-de-sac de l'estomac auquel il adhère, et il est intéressant de se souvenir que, chez notre malade, les vomissements ne se produisaient pas à l'état de repos, mais bien pendant la marche, quand la sensation de fatigue commençait à être ressentie.

Ce n'est donc pas, ici, à l'influence de la compression qu'il faudrait l'attribuer, mais bien à la gêne fonctionnelle résultant du tiraillement organique, de la déformation qui peut en résulter à la longue et des secousses que communiquent à cet organe, pendant la marche, les oscillations de la tumeur.

---

## TRAITEMENT DES OTITES MOYENNES PURULENTES AIGUES AU MOYEN DES GRANDS LAVAGES FAITS PAR LA TROMPE

Par le docteur E. Ménière,
Médecin-adjoint des sourds-muets, médecin auriste du Dispensaire Heine, etc.

L'otite moyenne purulente aiguë, qui se rencontre si fréquemment, est une des formes les plus graves des maladies infectieuses pouvant frapper l'appareil auditif.

La pathogénie de cette affection est bien connue des otologistes, depuis longtemps déjà, et cependant les moyens thérapeutiques ne sont pas toujours mis en œuvre, au début, avec la rigueur que commandent l'asepsie et l'antisepsie.

Quand on songe aux complications si redoutables qui guettent un malade frappé d'otite moyenne aiguë, purulente, il est facile de comprendre toute l'importance d'une action rapide qui, ainsi que j'espère le démontrer, donne de très beaux résultats.

Dans beaucoup de cas, et surtout dans le cours des exanthèmes fébriles, le médecin peu habitué aux méthodes d'exploration ne se préoccupe pas assez de ce qui se passe du côté des oreilles et laisse l'infection évoluer à son aise, sans y porter remède au moment propice.

La thérapeutique que je viens exposer n'est pas nouvelle, mais doit être appliquée surtout au début de l'affection auriculaire.

Dès que les symptômes objectifs et subjectifs sont nettement accusés, il est un moyen qui, pendant les deux ou trois premiers jours, peut juguler l'inflammation. C'est l'injection dans la caisse, par la trompe, de quelques gouttes du mélange d'aristol Bayer et de vaseline liquide aseptique, à 1/20. Delstanche (de Bruxelles) est le premier qui conseilla cette méthode, mais en employant la vaseline iodoformée.

S'il n'y a pas défervescence après deux ou trois injections, dans les trente-six ou quarante-huit heures, il faut alors ouvrir largement le tympan afin de s'opposer à la rétention purulente dans la caisse et de pouvoir nettoyer avec soin l'oreille moyenne.

Cette intervention opératoire, absolument nécessaire, est d'usage courant parmi les otologistes. En outre, il est un moyen précieux que j'emploie depuis de longues années et qui m'a donné de nombreux succès. Je veux parler des grandes injections par la trompe. Elles sont connues de tous et indiquées dans les traités spéciaux, mais elles ne sont pas pratiquées *systématiquement*, j'insiste sur le mot.

Introduire une sonde dans la trompe, la fixer profondément dans le pavillon et faire passer un fort courant d'eau bouillie, chaude, qui vient ressortir par le conduit auditif externe, après avoir balayé la caisse, telle est la technique de cette méthode thérapeutique, qui, sans être difficile, demande un peu d'habitude et de dextérité.

Mais, aussi, que de guérisons rapides et complètes on obtient avec cette médication! J'ai vu bien des malades, atteints d'otite purulente aiguë, compliquée de périostite et même de mastoïdite, sur le point d'être trépanés, voir leurs douleurs diminuer et disparaître assez vite, se sentir très soulagés, puis guérir dans un laps de temps relativement court, avec cicatrisation du tympan et intégrité de l'audition.

Cette médication réussit-elle toujours? Non, certes! Mais je puis dire hardiment que, d'après des centaines d'observations recueillies par moi, les succès sont dans la proportion de 80 p. 100 au moins.

Il y aura toujours des malades dont l'économie n'est pas en état de résister à une infection violente. Chez ceux-là, qui sont la minorité, les accidents évoluent plus rapidement, sans être modifiés par la thérapeutique, quelle qu'elle soit; de plus, les complications sont de telle nature qu'elles exigent une intervention opératoire radicale, trépanation ou évidement pétro-mastoïdien.

Mais j'estime qu'avec les moyens indiqués on peut, dans la grande majorité des cas, juguler au début les accidents inflammatoires, éviter les complications et faciliter la guérison en assez peu de temps.

Mon assistant au dispensaire Furtado-Heine, M. Grossard, adjoint du service d'otologie, a fait un travail sur ce même sujet. Il a recueilli, de son côté, des observations probantes, qui ne laissent aucun doute sur les beaux résultats qu'il a obtenus par cette méthode.

Je répéterai encore que cette thérapeutique n'est pas nouvelle. Si je mets tant d'insistance à essayer de la vulgariser, c'est que j'ai la certitude que, si la théorie en est bien connue, elle est loin d'être pratiquée couramment.

Je crois donc pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Dès qu'une inflammation de la caisse est reconnue, injecter aussitôt que possible, par la trompe, quelques gouttes de vaseline aristolée, à 1/20.

2° S'il n'y a pas disparition de la douleur et des symptômes objectifs, inciser largement le tympan, soit verticalement, soit horizontalement, par l'incision dite *en volet*.

3° Employer ensuite les grands lavages d'eau bouillie, *chaude*, en pratiquant chaque jour au moins deux fortes injections, qu'on fera passer par la trompe, au moyen de la sonde sur laquelle on ajoute l'embout d'un énéma.

L'écoulement du liquide par le conduit externe est facile à contrôler.

4° Si la trompe est rétrécie par le gonflement de la muqueuse des parois, et que l'injection passe mal, on peut introduire dans le cathéter, d'un diamètre suffisamment large, une longue et fine canule en gomme, qui pourra pénétrer jusqu'à l'entrée de la caisse.

5° On doit continuer pendant ce temps les grandes injections par le conduit, ainsi que les pansements humides et chauds recouvrant la région auriculaire.

6° Enfin, lorsque l'infection est déjà trop avancée, ou lorsque les moyens mis en œuvre trop tardivement n'auront amené aucune modification dans l'état local, et que les symptômes généraux seront menaçants, trépaner le plus vite possible pour essayer d'arrêter les complications cérébrales.

## PASSAGE DE SUBSTANCES DU FŒTUS A LA MÈRE

Par MM. Lannois, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon, et E. Briau, préparateur au laboratoire de physiologie.

Conclusions. — 1° Les substances injectées directement au fœtus (salicylate de soude, iodure de potassium, bleu de méthylène) traversent le placenta et peuvent être retrouvées dans les tissus et dans l'urine de la mère ;

2° Cette donnée expérimentale est un argument en faveur de l'opinion soutenue par l'un de nous que les produits excrémentitiels normaux du fœtus traversent le placenta pour être éliminés par l'organisme maternel;

3° Dans le cas d'insuffisance rénale, ces produits de déchet de la vie du fœtus peuvent donc contribuer pour une part à l'auto-intoxication maternelle, et par suite jouer un rôle dans l'éclampsie et les autres accidents de l'albuminurie gravidique. (*Lyon méd.*)

## THÉRAPEUTIQUE

### Contre la bronchite (Dujardin-Beaumetz).

1° Inhalation :

Essence de pin d'Écosse. . . 4 grammes.
Teinture d'opium camphrée. 90 —

Une cuillerée à thé dans 250 grammes d'eau chaude pour inhalations avec pulvérisateur à vapeur.

2° Potion :

Oxyde blanc d'antimoine. . 1 à 2 grammes.
Extrait de belladone . . 5 centigr.
Sirop d'opium. . . 30 grammes.
Julep gommeux . . . 150 —

A prendre par cuillerées. (*Gaz. hebd.*)

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

### Traité de chirurgie clinique et opératoire (1), sous la direction de MM. A. Le Dentu et Pierre Delbet.

La publication de ce Traité continue régulièrement et nous fait espérer sa terminaison prochaine. Le sixième volume, qui paraît aujourd'hui, traite des maladies de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée, du corps thyroïde, du cou et de la poitrine.

M. Morestin, ancien prosecteur à la Faculté, chef de clinique de M. Le Dentu, s'est chargé de la rédaction des maladies de la bouche, du pharynx et des glandes salivaires. A signaler, dans ce chapitre, particulièrement soigné, les maladies inflammatoires, en particulier l'angine de Ludwig et les tumeurs pharyngo-buccales.

A M. Gangolphe est échu l'étude des maladies de l'œsophage. Le chirurgien lyonnais a traité ce chapitre avec sa maturité et sa science reconnue.

Un véritable traité des maladies du larynx est dû à M. Lubet-Barbon, dont la compétence spéciale est incontestée.

M. Lyot, dont les lecteurs du traité connaissent déjà les travaux, a écrit le court chapitre des affections du corps thyroïde.

Les maladies du cou ont été traitées par M. J. Arrou, chirurgien de nos hôpitaux. Les affections chirurgicales de la poitrine ont été confiées à M. Souligoux et terminent ce volume dont elles constituent un des plus intéressants chapitres.

Le Traité de chirurgie s'avance ainsi rapidement vers sa terminaison. Six volumes sur huit ont déjà paru, ils se sont tous maintenus dans la même note, tant au point de vue scientifique que pratique. On peut donc bien augurer des deux derniers volumes qui restent à venir.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 28 mars au 2 avril 1898)

### Examens de doctorat.

**Lundi 28 mars 1898**, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Kirmisson et Poirier.

1er examen (nouveau régime) : MM. Rémy, Jalaguier et Sebileau.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Gaucher et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Ricard et Bonnaire; — (2e série) : MM. Delens, Ribémont-Dessaignes et Walther; — (2e partie) : MM. Fournier, Landouzy et Gilles de La Tourette; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delbet et Tuffier; — (2e série) : MM. Segond, Humbert et Broca.

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

3e examen (définitif, officiat), *Hôtel-Dieu* : MM. Déjerine, Monod et Varnier ; — M. Lejars, suppléant.

**MARDI 29 MARS**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Quénu et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Chantemesse, Gley et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Berger, Maygrier et Nélaton ; — (2e partie) : MM. Grancher, Gilbert et Achard.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Pouchet et Thoinot ; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Polaillon, Campenon et Richelot ; — (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Debove et Marie ; — (2e série) : MM. Jaccoud, Letulle et Widal ; — M. Roger, suppléant.

5e examen (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Dieulafoy, Charrin et Marfan.

3e examen (définitif, officiat), *Hôtel-Dieu* : MM. Budin, Ménétrier et Albarran ; — M. Ballet, suppléant.

**MERCREDI 30 MARS**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Sebileau et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Monod, Humbert et Bonnaire ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Ribémont-Dessaignes et Poirier ; — (3e série) : MM. Terrier, Ricard et Varnier.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Ch. Richet, Pouchet et Déjerine ; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Lejars et Delbet ; — (2e série) : MM. Segond, Reclus et Tuffier ; — M. Netter, suppléant.

**JEUDI 31 MARS** (1), à neuf heures du matin. — 5e examen (1re partie, obstétrique) : MM. Budin, Maygrier et Quénu ; — M. Retterer, suppléant.

A une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Polaillon, Quénu et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Campenon, Budin et Nélaton ; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Letulle et Netter.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilbert et André ; — M. Gley, suppléant.

**VENDREDI 1er AVRIL**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Monod, Delbet et Poirier.

1er examen (nouveau régime) : MM. Rémy, Broca et Sebileau.

2e examen (oral, 1re partie), *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* (1re série) : MM. Delens, Reclus et Retterer ; — (2e série) : Grancher, Ch. Richet et Tuffier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Tillaux, Bonnaire et Walther.

4e examen : MM. Pouchet, Landouzy et Netter ; — M. Thoinot, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Segond et Lejars ; — (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Ricard ; — (2e partie) : MM. Hayem, Gaucher et Gilles de La Tourette ; — M. Widal, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Jalaguier et Varnier ; — M. Tuffier, suppléant.

**SAMEDI 2 AVRIL**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Rémy et Poirier.

1er examen (1re série) : MM. Farabeuf, Campenon et Albarran ; — (2e série) : MM. Polaillon, Quénu et Thiéry.

2e examen (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Weiss.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Ballet et Letulle ; — (2e série) : MM. Laboulbène, Chantemesse et Marie ; — M. André, suppléant.

5e examen (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Debove, Gilbert et Marfan ; — (2e série) : MM. Joffroy, Ménétrier et Roger ; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Nélaton.

(1) Ce jour, conseil de la Faculté, à trois heures.

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 30 MARS**, à une heure. — M. Chevallier. Lithiase intestinale ; — Mlle Reichenstein. Contribution à l'étude du traitement par les eaux minérales et le koumys en Russie ; — M. Destounis. Arthrite blennorragique chez l'enfant (MM. Potain, président ; Fournier, Gaucher et Widal). — M. Boirin. Sur un cas de syphilis secondaire aiguë (MM. Fournier, président ; Potain, Gaucher et Widal). — M. Bureau. Prolapsus ombilical du diverticule de Meckel ; — M. Evesque. Paralysies du plexus brachial consécutives aux luxations de l'épaule ; — M. Clément. Contribution à l'étude du doigt à ressort (MM. Tillaux, président ; Kirmisson, Broca et Walther). — M. Pichot. Quelques considérations sur la peptonurie (MM. Hayem, président ; Joffroy, André et Gilles de La Tourette). — M. Pasquet. Les aliénés dits simulateurs ; — M. Truelle. Étude critique sur les psychoses dites opératoires ; — M. Ameline. Énergie. Entropie. Pensée (MM. Joffroy, président ; Hayem, André et Gilles de La Tourette).

**JEUDI 31 MARS**, à une heure. — M. Métais. De la recherche du sperme au point de vue médico-légal. Étude comparative des divers procédés (MM. Brouardel, président ; Proust, Chassevant et Thoinot). — M. Desmaroux. Étude critique des procédés d'épuration industrielle des eaux d'alimentation ; — M. Jacobson. Tubercules et cavernes biliaires chez l'enfant (MM. Proust, président ; Brouardel, Chassevant et Thoinot). — M. Costin. Contribution à l'étude de l'hémostase opératoire dans le service du docteur Péan, précédée d'une étude résumée de l'hémostase en général (MM. Cornil, président ; Dieulafoy, Roger et Ménétrier). — M. Pissavy. Contribution à l'étude des néphrites consécutives à la tuberculose (MM. Dieulafoy, président ; Cornil, Roger et Ménétrier). — M. Castan. Les métrorragies des jeunes filles (MM. Panas, président ; Berger, Thiéry et Albarran). — M. Page. Traitement chirurgical des pancréatites suppurées et gangréneuses ; — M. Polle. Appendicectomie ; — M. Nissim. De la myosite ossifiante progressive (MM. Berger, président ; Panas, Thiéry et Albarran). — M. Zamfiresco. Albuminurie et indicanurie chez le nourrisson et le nouveau-né avec une étude sur l'urine normale (MM. Grancher, président ; Hutinel, Charrin et Marfan). — M. Richard. Des pigmentations cutanées d'origine médicamenteuse ; — M. Fruteau. Le régime alimentaire dans l'albuminurie chronique ; — M. Chalchat. Des vomitifs dans le traitement des infections bronchiques (MM. Hutinel, président ; Grancher, Charrin et Marfan). — M. Phocas. Appendicite et péritonites appendiculaires (MM. Laboulbène, président ; Mathias-Duval, Rémy et Richelot). — M. Cohan. Recherches sur la situation du côlon transverse ; — M. Krieger. Une grande querelle médicale (histoire thérapeutique de l'antimoine) ; — M. Weber. Contribution à l'étude des kystes vulvaires (kystes wolffiens) (MM. Mathias-Duval, président ; Laboulbène, Rémy et Richelot). — M. Guénard. Étude de la perméabilité rénale chez les éclamptiques par le procédé du bleu de méthylène (MM. Debove, président ; Raymond, Marie et Achard). — M. Bonnus. De la maladie de Friedreich à début tardif (MM. Raymond, président ; Debove, Marie et Achard).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 18 mars 1898, MM. les médecins aides-majors de première classe Gault, du 60e régiment d'infanterie, et Ramally, des hôpitaux militaires de la division d'Oran, sont autorisés à permuter.

— Par décision ministérielle, en date du 19 mars 1898, M. le médecin de première classe de la marine Millou a été nommé pour cinq ans à l'emploi de professeur d'hygiène navale et de pathologie exotique à l'école d'application de Toulon.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 mars 1898, un concours s'ouvrira le 7 novembre 1898, devant la Faculté de méde-

cine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

— *Hôpitaux de Bordeaux*. — Un concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 14 juin 1898, à huit heures du matin. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, à Bordeaux, avant le 31 mai 1898.

— *Hôpitaux de Lyon*. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur B. Mollard.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur N. Wynants (d'Opwyck).



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la dernière séance, M. Hervieux, qui ne manque jamais l'occasion de combattre en faveur de l'obligation de la vaccine, a fait une communication sur la nécessité qui, selon lui, s'impose d'obtenir cette obligation pour nos colonies. Nous pensions que ce vœu serait partagé par toute l'Académie, que cette proposition serait adoptée presque sans discussion. Nous étions dans l'erreur et nous avons été quelque peu étonné de voir que les médecins de l'armée, MM. Vallin et Chauvel entre autres, ne partagent nullement cette opinion. Ils considèrent, au contraire, que la revaccination obligatoire ne saurait être imposée dans nos colonies. Les raisons que nous a données M. Vallin ne nous ont pas convaincu. Que la chose en soi présente des difficultés d'exécution, cela n'est pas douteux ; mais est-ce une raison suffisante pour ne pas la mettre en pratique, si l'on songe aux grands avantages qu'elle donnerait? L'extinction d'une maladie comme la variole vaut bien qu'on risque de mettre quelques maires dans l'embarras. La discussion sur ce sujet d'ailleurs n'est pas close. Plusieurs membres se sont fait inscrire pour y prendre part, et M. le directeur de la vaccine répondra à ses contradicteurs.

La question de la cirrhose des buveurs, soulevée par M. Lancereaux, continue à être étudiée comme elle le mérite. Les enquêtes se poursuivent. Aujourd'hui, c'est M. Riche qui fait observer que le plâtrage des vins en France, et surtout à Paris, est très faible. Il ne croit pas d'ailleurs que ce soit le sulfate de potasse qu'il faille incriminer au point de vue de la cirrhose et, rappelant les travaux de Hanot, il pense que le vin agit à la fois par l'alcool, par les acides qu'il renferme, comme aussi par les acides de fermentation gastrique. M. Lancereaux a bien songé aussi à incriminer ces acides, mais les expériences qu'il a faites avec le sulfate de potasse ne peuvent lui laisser aucun doute sur l'action nocive de ce sel.

Voilà l'appendicite qui reparaît à l'Académie, présentée de nouveau par M. Pinard, et plus terrible que jamais. Il s'agit de l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. L'observation qu'il a communiquée est fort intéressante. Elle montre non seulement que l'appendicite survenant chez une femme enceinte est tellement grave qu'elle nécessite parfois une intervention immédiate, préventive même autant que possible, mais encore que sa toxicité est telle que le fœtus s'en trouve infecté et en meurt, lui aussi. M. Dieulafoy a pris la parole pour faire observer que ces faits viennent encore à l'appui de la théorie étiologique qu'il a soutenue.

M. Mégnin a lu une note fort instructive sur la faune des cadavres. Il montre comment l'étude des insectes contenus dans un cadavre peut permettre, étant connu la durée de leurs divers stades d'évolution, de savoir assez exactement l'époque à laquelle remonte la mort. On comprend l'utilité de ces recherches au point de vue de la médecine légale.

M. Linossier, en son nom et au nom de M. Lannois, a fait une nouvelle communication sur les applications locales du salicylate de méthyle.

## HOPITAL GÉNÉRAL DE MONTPELLIER

### Des différents modes d'élimination de la chaux chez les rachitiques et des diverses périodes du rachitisme (1),

Par M. J. BABEAU.

Depuis deux années nous nous appliquons à l'examen du mode d'élimination de la chaux dans le rachitisme. Nous avons systématiquement étudié l'urine et les fèces de tous les rachitiques présentés à la consultation externe ou hospitalisés à la clinique infantile de l'hôpital général de Montpellier. Le mouvement annuel des malades est de 3500 à 4000 malades.

La dissemblance des résultats obtenus a d'abord attiré notre attention. Chez certains rachitiques, aucune excrétion (urine, fèces) ne traduisait de déperdition anormale de chaux. Chez d'autres, l'urine contenait une quantité de chaux égale à celle qui existe dans les urines d'un enfant sain, de même âge et vivant dans des conditions identiques ; mais les fèces révélaient une quantité de chaux supérieure à la normale. Enfin, dans d'autres cas, les urines étaient très riches en chaux, les fèces normales.

La comparaison des résultats numériques, obtenus par des analyses nombreuses, nous conduit à formuler les conclusions suivantes :

1. Les déformations rachitiques peuvent, dans la majorité

(1) Note présentée à l'Académie des sciences.

des cas, être rapportées à deux modes d'élimination différents de la chaux :

1° *Élimination de la chaux en excès par les urines*, correspondant à une désassimilation de la chaux qui entre dans la constitution de la charpente osseuse;

2° *Élimination de la chaux en excès par les fèces*, correspondant à un défaut d'absorption de la chaux, la quantité de chaux éliminée par les urines pouvant, dans ces cas, être normale ou inférieure à la normale.

Ces données permettent d'expliquer les résultats, en apparence contradictoires, qui ont été publiés jusqu'ici, relativement à la quantité de chaux des urines rachitiques.

II. On peut, dans le rachitisme, distinguer trois périodes : Une *période rachitisante*, au cours de laquelle l'enfant élimine de la chaux en excès, soit par ses urines (rachitisme par désassimilation), soit par ses fèces (rachitisme par défaut d'absorption).

Cette déperdition en chaux aboutit au stade des déformations et des fractures spontanées des os : c'est la *période de rachitisme constitué* ou de *rachitisme proprement dit* (seconde période).

A une troisième période, ni les fèces, ni les urines ne traduisent de déperdition anormale de chaux ; les déformations seules restent, comme indices d'une période rachitique antérieure, chez le sujet dont la nutrition est redevenue normale.

III. Certaines déformations rachitiques reconnaissent, sans doute, un processus pathogénique particulier : celui qui aboutit aux nouures et aux malformations par augmentation de volume de l'os. Nous en recherchons actuellement la nature et la cause.

---

## LES ABCÈS FROIDS INTRAMUSCULAIRES

### DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE; OBSERVATIONS ET CRITIQUE (1)

Par le docteur G. Gérard,

Prosecteur à la Faculté de médecine de Lille,

Ancien interne des hôpitaux.

### III

Symptômes. — On ne peut songer à établir la symptomatologie des abcès froids intramusculaires de la paroi abdominale d'après les observations. Il faut se contenter de rappeler les signes observés dans les abcès froids intramusculaires en général, et de les comparer avec les symptômes signalés dans les cas qui nous occupent et sans vouloir en tirer de conséquences générales.

Bérard, qui rapporte deux cas dans son Compendium, écrit : « Les symptômes auxquels ces abcès donnent lieu sont peu nombreux. Il se fait une tumeur qui s'accroît lentement, sans changement de couleur à la peau, sans douleur vive, sans gêne notable des mouvements du muscle affecté. *Quelquefois*, les malades ressentent des élancements spontanés ou qui se renouvellent par suite des contractions musculaires. Le volume auquel étaient parvenus les divers abcès que nous avons observés était peu considérable et ne dépassait pas celui d'une noix. »

La description de Lyot est un peu différente. « Un noyau dur et douloureux, dit-il, apparaît dans l'épaisseur du muscle, les mouvements sont gênés, mais dans une faible mesure. Au bout d'un certain temps, un à plusieurs mois, la tumeur se ramollit, devient fluctuante pendant le relâchement du muscle pour prendre, lorsqu'on fait contracter celui-ci, une consistance ferme ou résistante. Le tissu cellulaire sous-cutané finit par être atteint, la peau adhère et prend une coloration lie-de-vin. A part un cas, les observations ne signalent pas d'adénopathies. »

De ces relations, il nous semble qu'on doit retenir les caractères suivants : le début insidieux, la marche lente de l'affection, l'accroissement progressif de la tumeur, l'intégrité de la peau à son niveau, l'absence fréquente des douleurs, la conservation des mouvements du muscle dans lequel s'est formé l'abcès, la fixation de la tumeur pendant les mouvements, l'absence de fluctuation qui est remplacée par des sensations particulières dont nous parlerons plus loin.

Parmi les symptômes généraux, il faut signaler — comme à propos de toute tuberculose locale — l'amoindrissement de l'état général qui peut éclairer le diagnostic, les troubles digestifs (embarras gastrique, diarrhée), les douleurs articulaires, l'apyrexie presque constante.

Anatomiquement, ces abcès peuvent être rangés dans la catégorie des abcès solides, décrits par Lannelongue. Dans le cas d'Habermaas, l'abcès siégeait dans l'intérieur de la gaine musculaire; le plus souvent, il est situé dans le muscle lui-même dont il dissèque les fibres (Müller, Reverdin), entouré parfois d'une paroi dure et épaisse. Dans le cas de Reverdin — abcès froid du triceps brachial — l'intérieur de la cavité était tapissé par une membrane fongueuse qui reposait sur une paroi fibreuse dense faisant corps avec le muscle.

Dans la plupart des observations, nous avons remarqué que le contenu de l'abcès n'était pas le pus des abcès froids ordinaires : liquide, verdâtre, séreux, semblable à du petit lait et contenant de la fibrine en suspension; c'était plutôt une petite masse caséeuse, formée de grumeaux solides, agglutinés, adhérents, de fongosités incrustées dans la paroi, de granulations denses, renfermant des tubercules et présentant au microscope un substratum fibrineux enserrant dans ses mailles des leucocytes, de rares éléments embryonnaires, et des bacilles de Koch.

Histologiquement, « d'après Otto Lantz et Fritz de Quervain, la lésion est avant tout interstitielle et porte primitivement sur le tissu conjonctif intramusculaire qui s'infiltre de nombreuses cellules étoilées et de leucocytes mononucléés, au point que toute apparence conjonctive disparaît. On retrouve les différentes phases de l'évolution des tubercules, les nodules embryonnaires dont le centre est en voie de nécrose, les formations épithélioïdes et les cellules géantes. Le bacille peut être coloré sur les coupes. Les fibres musculaires elles-mêmes ne subissent que peu d'altérations » (Lyot).

Les abcès froids intramusculaires de la paroi abdominale présentent la plupart des signes que nous venons de signaler; l'examen des observations montre que la tumeur, située en différents points de la paroi (au-dessus du pli de l'aine, sous l'ombilic, au flanc gauche, en dehors du grand droit gauche), a toujours été constatée accidentellement; qu'elle eût été ou non précédée de phénomènes généraux ou de douleurs (Archambault). De la grosseur d'une noix à un œuf de poule, elle était toujours indolente localement, soit spontanément, soit à la palpation; la percussion donnait de la matité superficielle, de la sonorité profonde — caractère commun à toutes les tumeurs de la paroi. Dans

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 306.

un seul cas (Richelot), il y avait de l'induration phlegmoneuse de la région.

Les abcès froids développés entre les muscles de la paroi ont avec les abcès chauds un certain nombre de caractères communs, mais en diffèrent par la plupart de leurs symptômes.

*Caractères communs.* — Dans l'un et l'autre cas, la tuméfaction peut être limitée par la palpation ; elle est circonscrite, enchâssée dans les muscles, mate à la percussion superficielle ; elle suit la paroi dans les mouvements d'inspiration et d'expiration ; elle change de consistance, mais reste immobile dans tous les sens quand le muscle est contracté. Ce symptôme est d'ailleurs pathognomonique des tumeurs développées dans les muscles.

*Caractères propres.* — L'abcès froid de la paroi diffère de l'abcès chaud :

Par son mode de début. La tumeur se développe lentement, insidieusement, et n'est découverte que par hasard ;

Par l'absence constante des douleurs *locales*. Les douleurs, observées parfois, ne sont pas rapportées à la paroi elle-même, mais sont générales, ou parfois localisées dans les articulations ;

Par le volume, qui est toujours plus petit, dépasse rarement la grosseur d'un œuf de poule, et n'atteint jamais les dimensions énormes signalées par Boinet, Poisson, etc., à propos des abcès chauds ;

Par l'absence ordinaire des phénomènes généraux (fièvre, accélération du pouls, constipation, vomissements, etc.) ;

Par l'intégrité de la peau et le peu de tendance qu'a le pus à s'évacuer à l'extérieur ;

Par la lenteur de l'évolution, et l'accroissement à peine sensible de la tumeur ;

Enfin, l'abcès une fois ouvert, par les caractères physiques et microscopiques du pus, et par la constitution même de la cavité dans laquelle s'est développé l'abcès.

Nous devons insister sur quelques-uns des signes de l'abcès, en particulier sur la consistance du pus, et sur la sensation qu'il donne aux doigts qui recherchent la fluctuation.

La fluctuation n'existe pas, à proprement parler, dans l'abcès solide. Jobert de Lamballe signale une sensation particulière, « celle de grains de riz, de neige que l'on écraserait. » A propos des abcès caséeux, Lannelongue dit (1) : « On remarque une mollesse accompagnée d'une certaine élasticité qui trompe le plus souvent, et quand on intervient chirurgicalement, on croit bien réellement ouvrir un de ces abcès. Pourtant ils présentent un caractère que j'ai constaté trois ou quatre fois, sans le rechercher d'ailleurs, dont la valeur est réelle. C'est une crépitation fine, analogue à celle qu'on remarque dans les poches sanguines récentes et de nature à faire croire qu'on se trouve, en effet, en présence d'une coagulation sanguine véritable. »

Diagnostic. — Les auteurs sont d'accord sur la difficulté du diagnostic des abcès froids intramusculaires en général. Celui-ci se complique encore quand l'abcès est développé, non dans un membre où l'exploration est toujours plus facile, mais dans la paroi abdominale : « En raison même, dit Lyot, de la rareté de la lésion, le diagnostic est très difficile si d'autres localisations tuberculeuses ne mettent pas en éveil. On peut penser à toutes les variétés de lésions musculaires : hématomes, ruptures, kystes, tumeurs... On rencontrera des cas dans lesquels l'examen histologique et les inoculations pourront seules lever toute incertitude. » Nous avons vu, dans notre observation personnelle, que le diagnostic n'avait pas été posé fermement avant l'opération.

(1) Lannelongue. *Abcès froids et tuberculoses osseuses*, Paris 1881.

Il nous semble qu'il faudra, dans tous les cas, discuter les questions suivantes :

La tumeur est-elle pariétale ou intra-abdominale ?

Une fois comprise dans la paroi, avec quoi peut-on la confondre ?

Quels sont les arguments qui peuvent imposer le diagnostic d'abcès froid ?

1° *La tumeur est-elle pariétale ?*

Des mouvements peuvent être imprimés à la tumeur à l'aide des doigts qui la limitent. Ce signe peut être infidèle ; dans le cas surtout où elle est située vers le pli de l'aine ou les fausses côtes, il est difficile de bien analyser ses sensations. Un seul symptôme peut donner d'utiles renseignements : la limitation, dans tous les sens, de l'abcès froid, par les muscles pariétaux ; encore, une tumeur intra-abdominale peut-elle soulever une paroi mince ; inversement, une affection intramusculaire peut être méconnue dans une paroi adipeuse. Il ne faut jamais négliger le toucher vaginal ou rectal.

2° *On a localisé la tumeur dans la paroi.*

Il faudra successivement songer aux affections suivantes : hernies, fibromes, lipomes, hématomes, hernies musculaires, gommes syphilitiques, lipomes sous-péritonéaux, kystes hydatiques, kystes séreux.

Les *entérocèles* ne s'observent généralement qu'au niveau des orifices naturels. Elles peuvent cependant être une cause d'erreur. Dans un cas d'abcès chaud, Peyrot (1) dit : « La fluctuation en ce point était alors si manifeste, si superficielle, tellement sous la main, que je me demandais si ce que je prenais pour une collection purulente n'était pas une anse intestinale distendue. » Wedrychowsky (2) rapporte un cas d'abcès superficiel qui avait été pris pour une hernie ombilicale étranglée. De même Richelot (voir l'Obs. II). Il suffit de mentionner la possibilité de l'existence d'une hernie pour y songer en faisant le diagnostic.

Les *fibromes* et les *lipomes*, par la plupart de leurs symptômes, rappellent les abcès froids : tumeur de moyen volume, habituellement latérale, mobile sous la peau, mate à la percussion superficielle, en connexion avec les muscles. En songeant aux fibromes, on se rappellera qu'ils « s'observent presque exclusivement chez des femmes, et surtout à la période de l'activité sexuelle » (Michaux). Leur consistance est d'ailleurs plus dure ; ils donnent également aux doigts une sensation d'élasticité qu'on ne trouve pas dans les abcès froids.

Les *tumeurs malignes* des parois se signalent par des douleurs ; elles ont tendance à s'étaler en cuirasse ; leur diffusion et leur évolution sont rapides ; elles s'accompagnent de troubles de la santé générale et, à un degré avancé, d'adénopathie à proximité ou à distance et de cachexie.

Les *gommes syphilitiques* sont jugées par le traitement spécifique.

Les *hématomes* surviennent à propos d'efforts, de trauma-

(1) Peyrot. Phlegmon de la paroi abdominale, *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 1017.

(2) Wedrychowsky. Th. de Paris, 1879.

tismes; ils apparaissent subitement, lors de la rupture de quelques fibres musculaires, et ont la plus grande tendance à se résorber spontanément.

Les *hernies musculaires* sont rares et ont toujours une étiologie spéciale : traumatismes, opérations chirurgicales, contractions brusques du muscle. Elles doivent, dit Farabeuf, « disparaître lorsque le muscle intéressé perd sa flaccidité, soit par la tension active, soit par la distension passive. » On sait que le phénomène inverse se produit pour les autres tumeurs de la paroi.

Nous n'insisterons pas sur les autres affections qui ne s'observent qu'exceptionnellement.

3° *Comment faire le diagnostic d'abcès froid?*

Toutes les affections précédentes étant éliminées, il faudra rechercher dans l'étiologie si certaines manifestations locales — ostéites, arthrites, adénites — permettent de penser à la tuberculose; examiner ensuite chacun des symptômes : tuméfaction limitée, non douloureuse, circonscrite, qui suit les mouvements et s'immobilise par la contraction des muscles, discuter ces signes et étudier l'état général.

Nous pensons cependant que l'examen clinique ne permettra pas toujours d'établir un diagnostic ferme. Une fois la tumeur localisée dans la paroi, il ne faudra pas compter sur sa mollesse et sa fluctuation ; car souvent les abcès froids intramusculaires présentent la consistance et la dureté d'une tumeur solide. On devra, dans les cas douteux, se fonder d'une part sur les caractères anatomiques de l'abcès, constatés au moment de l'opération même, et, d'autre part, sur les inoculations et l'examen microscopique.

En présence du petit nombre d'observations, il est à désirer que tous les cas soient publiés, et viennent jeter un peu de jour sur cette question, obscure encore, des abcès froids intramusculaires de la paroi abdominale.

## LES APPLICATIONS LOCALES DE SALICYLATE DE MÉTHYLE

Par MM. Linossier et Lannois.

Comme conclusion de nos études sur l'absorption cutanée, nous avons soumis, il y a deux ans, à l'Académie, une méthode de traitement du rhumatisme par les applications locales de salicylate de méthyle. Il nous paraît utile aujourd'hui de résumer, d'après nos recherches et celles des nombreux expérimentateurs qui nous ont suivis, les résultats obtenus par cette méthode et d'en fixer les indications.

L'absorption cutanée de salicylate de méthyle était hors de discussion après nos premières expériences ; quant à son action thérapeutique, nous avions pensé qu'elle serait celle du salicylate de soude à l'intérieur, augmentée d'une action analgésique locale, et sans action irritante pour l'estomac. C'est ce que l'expérience a vérifié.

Les symptômes d'intoxication, si fréquents après l'usage du salicylate de soude, sont absolument exceptionnels. Même avec des doses massives (M. Lemoine a employé jusqu'à 24 grammes), on ne constate ni vertiges ni bourdonnements d'oreilles.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, l'influence du salicylate de méthyle sur l'évolution de la maladie semble la même que celle du salicylate de soude, mais la douleur est plus vite calmée (Lemoine). Elle peut reparaître après douze heures, d'où l'indication de pratiquer deux badigeonnages par jour. On peut faire les applications en un point éloigné des articulations douloureuses, sans modifier sensiblement les résultats. Le seul motif de préférer le salicylate de méthyle au salicylate de soude est ici l'intolérance des voies digestives.

Dans la plupart des formes subaiguës, dans les poussées aiguës des formes chroniques du rhumatisme, l'affection étant mieux localisée, le salicylate de méthyle offre au contraire sur le salicylate de soude une supériorité marquée. C'est, dit M. Siredey, le médicament de choix. A l'action générale des salicylates, il joint une action locale qui peut devenir prépondérante. Il agit très bien contre l'arthrite goutteuse, avec un peu moins de constance dans les rhumatismes infectieux; il a été employé avec succès contre beaucoup de névralgies et névrites, sciatiques, névrites des typhiques, des tuberculeux, des alcooliques.

Enfin, comme analgésique, il a pu rendre service dans beaucoup d'affections douloureuses, mais, en dehors des cas que nous venons d'énumérer, on ne peut compter sur son action.

La dose moyenne de 4 grammes que nous avions proposée peut être modifiée dans une large mesure. M. Lemoine l'a élevée sans inconvénient à 24 grammes, M. Siredey a obtenu des résultats thérapeutiques avec 2 à 3 grammes. C'est dans le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme infectieux, qu'il faut atteindre les plus fortes doses (10 à 12 grammes).

Nous avons déjà protesté contre la substitution au salicylate de méthyle de l'essence de Wintergreen naturelle, d'une composition inconstante, d'une odeur plus pénétrante.

Dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont substitué au badigeonnage enveloppé, tel que nous l'avons conseillé, des applications de pommades. Nous avions déjà indiqué que le mélange de vaseline ou d'axonge au salicylate de méthyle ralentit l'absorption. Nous avons fait à nouveau des expériences qui nous ont donné les résultats suivants. Après application directe sur la peau de 2gr50 de salicylate de méthyle, nous retrouvons dans l'urine 30 centigrammes d'acide salicylique; si le salicylate de méthyle est incorporé à 30 grammes de vaseline 15 centigrammes, à 30 grammes de lanoline 16 centigrammes, à 30 grammes d'axonge 19 centigrammes. Enfin, si la pommade à la vaseline est appliquée sans enveloppement, on ne retrouve dans l'urine que 1 centigramme d'acide salicylique.

La vaseline, l'axonge, la lanoline diminuent donc notablement l'absorption du salicylate de méthyle par la peau. Si la pommade est appliquée sans enveloppement, l'absorption est à peu près nulle.

Nous ne pouvons donc que recommander la technique que nous avons déjà décrite, en insistant une fois de plus sur la nécessité d'un enveloppement hermétique.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### DISCUSSION SUR LA VACCINE OBLIGATOIRE

M. VALLIN reconnaît qu'il serait très désirable d'imposer par tous les moyens l'obligation de la vaccine dans nos colonies. Mais s'il est d'accord avec M. Hervieux sur le but, il en diffère quant aux moyens.

Au point de vue de la vaccine on peut diviser la population de nos colonies en deux groupes : 1° nos nationaux et les Européens; 2° les indigènes.

Les personnes du premier groupe ne sont pas plus dangereuses aux colonies qu'en France, et tant que la vaccination n'aura pas été rendue obligatoire en France par une loi, il est difficile de l'imposer aux Français et aux Européens dans les colonies.

M. Vallin reconnaît, avec M. Hervieux, que la loi municipale du 5 avril 1884, applicable aux colonies comme en France, donne des pouvoirs très étendus aux maires au point de vue de la prophylaxie des épidémies; mais c'est plus vrai en théorie qu'en pratique, en raison de la jurisprudence adoptée par la Cour de cassation et le Conseil d'État, à savoir que le maire commet un excès de pouvoir et une atteinte au droit de propriété quand il présente un moyen exclusivement obligatoire. Aussi, ni les maires, ni les préfets n'ont jamais osé imposer la vaccination comme mesure générale pour prévenir ou combattre les ravages de la variole, qu'il s'agisse de Marseille, de Quimper ou de Tananarive.

Pour les indigènes c'est autre chose et on doit les protéger contre eux-mêmes, même en les privant temporairement de leur liberté. Pour ceux-là, une circulaire ministérielle ou une loi ne sont pas nécessaires; il suffit d'ordres donnés par les autorités locales, transmis et appuyés par les chefs indigènes, et, en réalité, la vaccine est imposée dans nos colonies partout où la chose est possible. Pour la réaliser, il faut trois choses : la sanction, la persuasion, les moyens d'exécution.

La sanction est presque impossible sur une population qui, redoutant la vigilance de la police, dissimule des malades, se dérobe aux mesures d'hygiène, et oppose aux tentatives de vaccination l'apathie ou la fuite, quelquefois la résistance.

La persuasion est faite par les médecins vaccinateurs, véritables missionnaires de la vaccine qui, dans des tournées de plusieurs mois, vont porter la bonne semence, dans des régions presque inaccessibles, à des populations parfois hostiles.

Les moyens, c'est la multiplication des centres vaccinogènes et des vaccinateurs; mais longtemps encore les moyens seront au-dessous des besoins, quand bien même on aura recours, comme en Tunisie, aux instituteurs, aux femmes membres de la Croix-Rouge.

M. CHAUVEL croit qu'il serait imprudent à l'Académie de demander le vote d'une mesure contestable en droit, discutable comme légalité.

M. Hervieux a insisté avec raison sur les avantages de la vaccination sur la variolisation, et nous a signalé la résistance des indigènes à abandonner celle-ci pour celle-là. Mais n'est-ce pas le tableau qu'offrait la France, il y a un siècle, au moment des luttes de Jenner en faveur de la vaccine? Elle a cependant triomphé, non par la force, mais par la persuasion. Il en sera de même dans nos colonies, ainsi que permettent d'en juger les progrès accomplis chaque année.

Que nos jeunes camarades de la Marine ou de la Guerre, chargés, dans les colonies, de répandre la vaccination, émus des ravages auxquels ils assistent, irrités des obstacles qu'ils rencontrent, demandent l'obligation de la vaccination, cela se conçoit; mais telle n'est pas l'opinion de leurs anciens qui savent qu'une telle mesure serait inefficace.

Le fanatisme de ces populations pour leurs mœurs, leurs traditions, leurs coutumes, est tel qu'une mesure semblable ne pourrait être exécutée que par la force.

Est-ce dans cette voie que veut s'engager M. Hervieux? En tous cas, M. Chauvel ne l'y suivra pas, car il ne croit pas qu'au XX^e^ siècle la persécution religieuse doive être remplacée par la persécution scientifique.

### COMMUNICATION

**Rapports de l'appendicite avec la puerpéralité.** — M. PINARD rapporte l'observation suivante :

Le 14 décembre 1897, une jeune femme de vingt-cinq ans, bien portante, n'ayant jamais été malade, enceinte de cinq mois, se promenait tranquillement quand tout à coup, sans traumatisme, sans aucune cause appréciable, elle fut prise d'une douleur vive dans la région épigastrique, douleur qui irradia dans le ventre, surtout du côté droit, et qui la plongea dans un tel malaise qu'elle rentra fort péniblement chez elle. Bientôt ces douleurs s'accompagnaient d'un état nauséeux, de quelques vomissements d'abord alimentaires, puis porracés. On appelle un médecin qui prescrit un lavement laudanisé et des cataplasmes sur le ventre. La température n'était qu'à 37°4, mais le pouls était très fréquent.

L'état persistant, cette malade est amenée à Baudelocque, où le chef de clinique de M. Pinard relève une température de 37 degrés, avec 120 pulsations, un facies péritonéal, un ventre ballonné, avec une douleur très marquée et très exagérée à la pression, au niveau du point de Mac Burney. M. Pinard voit cette malade le lendemain matin et, comme son chef de clinique, diagnostique une appendicite. Considérant l'opération comme très urgente, M. Segond vient, dans la même journée, pour la pratiquer. Il fait une incision sur le côté droit du ventre, qui donne issue à une grande quantité de pus fétide; il trouve l'ovaire et la trompe nageant au milieu de ce pus. Un autre foyer existait du côté gauche. M. Segond fait une incision de ce côté, applique un gros tube en canon de fusil dans chacune des deux incisions et les enfonce de façon à ce qu'ils se rejoignent, fait un grand lavage et referme le ventre. Dans la nuit qui suivit l'opération, il y eut une délivrance naturelle. Mais le pouls monta à 140 et, malgré injections d'éther et de caféine, cette malade succomba quelques heures après.

A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée et un appendice perforé en trois endroits. Cette autopsie fut faite aux trois points de vue macroscopique, histologique et bactériologique. On constata dans le sang du fœtus la présence de coli-bacilles.

Voilà donc une observation qui montre combien Munde avait raison d'attirer l'attention des accoucheurs sur les rapports de l'appendicite avec la puerpéralité. M. Pinard rappelle les communications de M. Dieulafoy, puis les observations de Budin, Maygrier, Tuffier, Legendre sur des cas d'appendicites survenues au cours de la grossesse. Depuis que l'attention a été attirée sur ces faits, voilà que l'appendicite se montre dans ses terribles rapports avec la puerpéralité. Il s'est passé pour elle ce qui s'est passé pour la grossesse extra-utérine; on s'est aperçu qu'elle était plus fréquente qu'on ne croyait.

En compulsant tous les faits publiés, M. Pinard est arrivé à réunir 45 cas d'appendicites compliquant la puerpéralité.

M. Pinard se propose d'étudier cette appendicite dans ses rapports avec toutes les périodes de la puerpéralité et qui guette la femme enceinte aussi bien que celle qui accouche et que celle qui vient d'accoucher. Lorsque ces faits furent connus, plusieurs accoucheurs, Hergott (de Nancy), par exemple, firent des diagnostics rétrospectifs et se rappelèrent avoir perdu des accouchées d'appendicite.

Que se passe-t-il le plus souvent en pareil cas? La grossesse est interrompue. Le fœtus meurt et on peut trouver l'explication de cette mort dans l'expérience faite par le chef du laboratoire de M. Pinard sur le fœtus de la femme dont il vient d'être question. En pareil cas, l'appendicite menace donc deux existences.

M. Pinard passe rapidement sur l'étiologie, d'ailleurs mal connue, de ces appendicites, sur la symptomatologie si bien décrite par M. Dieulafoy, sur l'anatomie pathologique qu'a également fait connaître M. Dieulafoy, sur le diagnostic souvent assez difficile. Quant au traitement, M. Pinard est d'avis que toute femme enceinte, ayant une appendicite,

doit être opérée le plus tôt possible, plutôt encore que les autres, si cela est possible. Il faut savoir que, dans ces cas, le pronostic est des plus graves et les accoucheurs devront de la reconnaissance à M. Dieulafoy d'avoir démontré la nécessité d'une intervention urgente dans ces cas.

M. DIEULAFOY fait ressortir tout l'intérêt de l'observation que vient de présenter M. Pinard. Le fait qui est à retenir surtout, dans cette observation, c'est l'infection du fœtus par la mère. Or il serait très intéressant de rechercher dans quelle mesure la grossesse peut augmenter le degré de virulence d'une appendicite. M. Dieulafoy rappelle les expériences qui ont été faites, dans son laboratoire, sur l'appendicite. Ces expériences ont montré qu'il existait des degrés dans la toxicité d'une appendicite.

### DISCUSSION SUR LA CIRRHOSE DES BUVEURS

M. RICHE étudie les diverses observations communiquées par M. Lancereaux pour établir l'influence du sulfate de potasse sur la production de la cirrhose. Il montre que, dans la plupart des observations, il s'agit de vins peu ou modérément plâtrés. Il y aurait lieu d'examiner la fréquence de la cirrhose dans le Midi.

On a prétendu qu'un grand nombre de nos vins renferment plus de 4 à 6 grammes de sulfate de potasse.

Cette affirmation a eu le plus fâcheux résultat sur la vente de nos vins déjà diminuée à l'étranger, du fait de la concurrence, souvent peu loyale, de vins allemands ou italiens.

En 1851, une loi, rappelée en 1880, a interdit le plâtrage du vin au-dessus de 2 grammes de sulfate de potasse.

En 1891, la loi Griffe a de nouveau prescrit les mêmes proportions.

Peu après, en 1892, M. Riche fut envoyé en Espagne pour étudier le plâtrage des vins espagnols. Or, 44 échantillons sur 55, renfermaient moins de 1 gramme de sulfate de potasse.

Antérieurement, au contraire, le plâtrage des vins d'Espagne était considérable, et souvent ces vins renfermaient jusqu'à 6 grammes de sulfate de potasse. A Paris, par contre, le plâtrage est toujours faible. Avant la loi de 1891, la moyenne du sulfate de potasse des vins sulfatés n'était que de 2gr50. Elle a diminué encore notablement depuis cette époque et est arrivée à 1gr40.

Avant la loi, le laboratoire municipal, sur 6400 échantillons, n'en avait trouvé que 85 contenant environ 3 grammes de sulfate de potasse. Depuis la loi, ce chiffre a diminué; il est arrivé à peine à 2gr50, et il s'agit de vins saisis.

Rien donc ne permet de penser que le vin soit capable d'intoxiquer le buveur au moyen du sulfate de potasse.

D'autre part, sur la question de savoir si l'alcool est capable d'engendrer la cirrhose, M. Riche rappelle les études si importantes d'Hanot avec son élève Boix, d'où il résulte que l'intoxication par le vin est notablement augmentée par les acides divers, ceux qu'il contient d'abord, puis aussi les acides gras qui se produisent dans les digestions anormales souvent déterminées par l'abus du vin. Le vin agirait donc à la fois par l'alcool et les acides qu'il renferme, comme aussi par les acides de fermentation gastrique.

M. LANCEREAUX a reconnu, depuis bien des années, que les cirrhotiques n'étaient guère que des buveurs de vin. Il s'est demandé ce qui pouvait être surtout toxique dans le vin. Il avait bien pensé que les acides pouvaient jouer un rôle, mais il n'a pas fait d'expérience sur ce sujet.

Au contraire, il a expérimenté le sulfate de potasse. Au moyen de petites doses données chaque jour à ses animaux, il a pu produire des lésions de cirrhose identiques à celles de la cirrhose des buveurs. Il s'est donc cru en droit d'incriminer le sulfate de potasse et de le considérer comme capable de produire la cirrhose.

### LECTURES

**Sur les applications locales de salicylate de méthyle.** — M. LINOSSIER, en son nom et au nom de M. Lannois, lit une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 324.)

**Faune des cadavres.** — M. MÉGNIN montre, par quelques exemples, comment l'étude des insectes contenus dans un cadavre peut permettre, étant connu la durée de leurs divers stades d'évolution, de savoir assez exactement l'époque à laquelle remonte la mort.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 mars 1898, M. Sarda, agrégé, chargé d'un cours de médecine légale et de toxicologie à la Faculté de médecine de l'université de Montpellier, est nommé professeur de médecine légale et de toxicologie à ladite Faculté.

— M. le médecin de deuxième classe de la marine Ruelle, aide-major au 2e régiment d'infanterie de marine à Brest, est destiné aux bataillons de l'arme détachés en Crète, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe Faucheraud, rentrant en France pour cause de santé, et qui servira au 3e régiment d'infanterie à Rochefort, au lieu et place de M. le docteur Binard, qui passe, sur sa demande, au 2e régiment d'infanterie à Brest.

M. le docteur Ruelle prendra passage sur le paquebot partant de Marseille pour la Crète le 16 avril 1898.

— *Hôpitaux d'Angers.* — M. le docteur Feillé est nommé médecin honoraire; M. le docteur Dezanneau est nommé chirurgien honoraire; M. le docteur Vaslin est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu et M. le docteur Thibault, médecin des hospices.

Le concours de médecin-adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Maugourd, ancien interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Poussin, Rousseau, Rozé, Charbonneau, Gruget, Audouin, Boivin (Louis), Gauron, Jammin, Kieffer et Leroy.

— Un concours pour l'internat de l'asile national de Vincennes sera ouvert, le jeudi 31 mars, à neuf heures et demie, au ministère de l'Intérieur.

On trouvera chez le concierge de la Faculté de médecine, et au secrétariat de l'asile national de Vincennes, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

— *École de médecine de Limoges.* — M. P. Lemaistre, professeur de clinique médicale, est admis, sur sa demande, et par application de l'article 11, § 3 de la loi du 9 juin 1853, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. — M. P. Lemaistre est nommé professeur honoraire.

Un congé d'un an sans traitement est accordé, sur sa demande, à M. Laroulandie, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lazuttes (d'Ouveillan); Jean Tarneau, médecin principal de première classe en retraite.

— M. Paul Claisse, médecin des hôpitaux, commencera le vendredi 25 mars, à dix heures, à l'hôpital Laënnec, des conférences cliniques (salle de consultation) et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Meslay commencera, le samedi 26 mars, à l'hôpital Saint-Joseph, des conférences d'histologie normale et pathologique avec travaux pratiques. Les coupes sont remises aux élèves et les microscopes laissés à leur disposition. — On s'inscrit au laboratoire, 1, rue Pierre-Larousse, les mardis, jeudis et samedis, de deux heures à quatre heures.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Semaine sainte à Rome.* — Train à prix réduits de Paris à Rome : 2e classe, 100 francs ; 3e classe, 65 francs (aller et retour).

Aller : départ le 4 avril à 2 h. 25 soir (trajet direct). — Retour : dans un délai de 3 semaines par tous les trains comportant des voitures de la classe du billet. Cinq arrêts facultatifs permettant de visiter Turin, Gênes, Plaisance, Bologne, Pise et Florence.

Billets délivrés à dater du 20 mars à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux succursales de la Compagnie ; dans les agences spéciales et dans les gares et stations de la Compagnie du Nord.

*Nota.* — On trouvera à Rome des billets spéciaux d'aller et retour pour Naples. Prix : 1re classe, 40 fr. 20 ; 2e classe, 28 fr. 15 ; 3e classe, 17 fr. 70.

**Constipation** — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 36. — SAMEDI 26 MARS 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 26 MARS 1898. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### La maladie de Dühring (1).

Par le docteur LEREDDE, chef de laboratoire, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis.

I

**Historique.** — La dénomination « pemphigus » a été appliquée, depuis le commencement du siècle, à une série de dermatoses, dont les bulles constituent la manifestation essentielle. Certains auteurs y ont compris toutes les lésions bulleuses, ainsi Bazin, qui admettait le pemphigus de cause externe, effet du vésicatoire, des brûlures, etc. D'autres ont cherché à restreindre le sens du terme, ainsi Hebra, qui, en constituant l'érythème polymorphe, éliminait une série de lésions bulleuses. La forme aiguë du pemphigus est même éloignée par cet auteur de la forme chronique, classée après le zona et l'herpès circiné ; c'est une maladie vésiculeuse, une phlycténose.

Depuis, pour l'École de Vienne, le mot pemphigus, sans épithète, désigne toujours le pemphigus chronique, maladie bien isolée, qui aurait des caractères cliniques, une évolution, des complications propres. Cependant Hebra et Kaposi laissent encore subsister une certaine confusion et décrivent un pemphigus syphilitique, un pemphigus lépreux, etc. Il faut éliminer toutes ces lésions du cadre du pemphigus et il n'existe pas plus de pemphigus syphilitique que de psoriasis syphilitique (Besnier). Nous ignorons l'étiologie du pemphigus ; mais nous ne pouvons admettre comme maladie indépendante qu'une affection ayant une étiologie propre et nous ne pouvons la constituer qu'en retranchant les lésions même identiques dont l'étiologie est déterminée.

Les lésions bulleuses, dont l'étiologie est notoire, une fois retranchées du cadre du pemphigus, pouvons-nous décrire sous ce nom une dermatose à évolution chronique, dont la bulle est l'élément cutané fondamental et où on peut tout au plus distinguer des variétés symptomatiques ?

Il existe des faits nombreux où la bulle n'est pas la lésion unique, ni d'une manière constante l'élément initial ; d'autres altérations de la peau, aussi importantes, s'y rencontrent. C'est ainsi qu'on observe souvent des lésions érythémateuses associées au « pemphigus chronique » ; elles sont tellement fréquentes que Hebra, Kaposi, les décrivent comme normales, précédant l'apparition de la bulle. Cependant il existe des faits de pemphigus où on ne les observe pas. De plus, chez des malades qui, à un moment donné, ont présenté des bulles, on peut, à une période ultérieure, ne plus les observer — ou seulement à titre occasionnel. L'érythème, des vésicules constituent la lésion principale.

Le pemphigus, où la bulle est l'élément initial et constant, est une affection grave, généralement mortelle. Le pemphigus où on observe, associés aux bulles, l'érythème, des vésicules, est plus bénin, le malade guérit presque toujours. Le premier a une évolution continue, au moins les rémissions sont-elles rares. Le deuxième évolue par poussées, séparées par des intervalles où la peau reste parfaitement saine. Dans le premier, le prurit est rare, limité aux régions où les bulles vont apparaître. Dans le deuxième, le prurit, les troubles subjectifs de la sensibilité sont des plus importants, parfois généralisés.

Ces différences ont frappé Dühring et l'ont conduit à séparer du pemphigus une nouvelle dermatose (1884) entrevue par Bazin (hydroa bulleux, pemphigus arthritique) et Tilbury Fox (hydroa prurigineux). M. Brocq en a marqué d'une manière plus précise les limites, a rejeté certaines variétés admises par Dühring et a donné à la maladie le nom de dermatite polymorphe prurigineuse (aiguë, subaiguë et chronique), lui assignant quatre grands caractères : la bénignité, le prurit et les sensations douloureuses, les récidives habituelles, la polymorphie (1888).

Aujourd'hui, les opinions de Dühring, Brocq, sont admises presque universellement (Besnier, Unna, Schwimmer). On peut, comme l'a fait M. Brocq, retrouver des exemples de maladie de Dühring dans un grand nombre d'observations anciennes. Certains auteurs avaient même remarqué les caractères propres de ces faits, sans isoler nettement l'affection (arthritides bulleuses de Bazin, hydroa herpétiforme de Tilbury Fox).

Parmi les faits qui nous intéressent, certains étaient classés dans l'herpès, d'autres portaient le qualificatif hydroa ; d'autres étaient dénommés érythèmes. C'est surtout dans les observations ainsi étiquetées que l'on trouve des exemples de dermatose de Dühring avant la description de cet auteur.

(1) *Synonymie :* Dermatite herpétiforme (Dühring). — Dermatite polymorphe prurigineuse (Brocq). — Hydroa (Unna).

La dermatite de Dühring éliminée, que reste-t-il aujourd'hui du pemphigus?

Prenant le mot pemphigus dans son acception la plus étendue, qui désigne une lésion élémentaire, M. Brocq (*Traité des maladies de la peau*) indique la division suivante :

I. *Affections bien définies dans lesquelles l'éruption bulleuse n'est qu'un épiphénomène, qu'un accident de la maladie.*

Pemphigus trophique, lépreux, syphilitique, etc., éruptions bulleuses de la vaccine, de la gale, du pityriasis rubra, du lichen plan, etc.

II. *Affections dans lesquelles l'éruption bulleuse est le phénomène capital ou tout au moins l'un des phénomènes capitaux.*

1° Affections qui ne sont pas d'ordinaire bulleuses, mais prennent cet aspect sous l'influence de certaines causes encore inconnues (pemphigoïdes de Nodet) :

Eczéma à grosses vésicules;
Urticaire bulleuse;
Érythème polymorphe bulleux et vésiculo-bulleux;
Eruptions bulleuses artificielles.

2° Dermatoses qui, d'après la majorité des auteurs, sont vraiment dignes du nom de pemphigus (affections pemphigineuses de Nodet) :

A. Pemphigus aigu.
Pemphigus aigu fébrile grave;
Pemphigus aigu épidémique des nouveau-nés et peut-être des adultes.

B. Pemphigus chronique.
*a.* Pemphigus chronique vrai?
*b.* Pemphigus végétant de Neumann;
*c.* Pemphigus foliacé vrai;
*d.* Pemphigus héréditaire;
*e.* Pemphigus successif à kystes épidermiques;
*f.* Pemphigus des hystériques.

Il nous semble que cette classification peut être encore simplifiée.

Le pemphigus aigu doit disparaître du cadre dermatologique; on ne peut établir de rapport entre cette affection et le pemphigus chronique. Le pemphigus aigu fébrile grave est une forme d'érythème toxi-infectieux. Le pemphigus aigu épidémique est une forme d'impétigo, dans le sens où l'on doit employer le mot après Unna, et on peut le dénommer : impétigo pemphigoïde.

Le pemphigus héréditaire et le pemphigus successif à kystes épidermiques constituent une seule et même maladie, la dermatite bulleuse congénitale décrite par Vidal, E. Besnier, Brocq, Hallopeau et à l'étranger par Valentin, Goldscheider, Kœbner, Joseph, Blumer. Le pemphigus des hystériques est un trouble trophique et non une véritable dermatose ayant son évolution propre.

En somme, on ne devrait maintenir dans le cadre ancien du pemphigus que le pemphigus chronique vrai, le pemphigus végétant et le pemphigus foliacé, affections dont les rapports sont à discuter et encore mal connues, mais, dans leurs types vulgaires, bien distinctes cliniquement.

Telles sont les conclusions auxquelles conduit l'étude clinique. On voit quelles différences il existe entre la conception des dermatites bulleuses, telle qu'elle résulte des travaux de Dühring, Brocq, E. Besnier, et la classification de l'école viennoise. Pour Kaposi, même à l'heure actuelle, les faits compris sous le nom de dermatite herpétiforme se rattachent les uns à l'érythème polymorphe, les autres au pemphigus, tel que l'entendait Hebra.

Les études histologiques que nous avons faites sur la maladie de Dühring nous ont révélé des lésions de la peau et du sang, tout à fait originales, et que nous étudierons plus loin. Nous avions cru à l'origine qu'elles confirmaient absolument les conclusions de la clinique, car nous n'avions pas trouvé, dans certains cas dénommés « pemphigus », les altérations de la dermatose de Dühring.

Par malheur, le nombre des faits dénommés « pemphigus » est peu élevé et nous n'avions pas observé toutes les maladies que l'on comprend encore sous ce mot. Depuis peu, nous avons trouvé dans certains faits des altérations cutanées et sanguines, identiques à celles que nous avions vues dans le type de Dühring. Cependant la valeur absolue de ces altérations ne nous paraît pas discutable, et nous en exposerons plus loin les raisons.

Mais il résulterait de nos recherches que l'anatomie pathologique contredisant les résultats de la clinique, il faudrait étendre le cadre de la maladie de Dühring.

L'analyse des lésions cutanées et sanguines déterminera en dernier ressort, pensons-nous, les limites de la maladie ainsi étendue et du pemphigus, terme générique comprenant diverses dermatoses distinctes.

Néanmoins la forme érythémateuse bulleuse et vésiculeuse, décrite par Dühring et Brocq, restera comme un type bien individualisé, une forme d'une maladie générale, dans laquelle nous comprenons, dès à présent, la dermatite pustuleuse et végétante en foyers, à progression excentrique de Hallopeau, et le pemphigus végétant de Neumann. C'est cette forme que nous décrirons dans cet article sous le titre de maladie de Dühring.

## II

**Étiologie**. — Elle est très mal connue. Souvent on a vu la maladie débuter après des émotions morales; en général, on ne retrouve pas d'antécédents nerveux dans le passé des malades. Le surmenage physique paraît jouer un certain rôle. Tous les âges, tous les sexes sont atteints.

Le fait étiologique le plus intéressant est le développement fréquent de la dermatose pendant la grossesse. Parfois, elle se prolonge après l'accouchement.

## III

**Symptômes**. — L'affection évolue par poussées séparées par des intervalles de guérison apparente. Au point de vue du mode de début, des symptômes généraux et locaux, il n'y a aucune différence entre une poussée et une autre.

Dans nombre de cas, le début n'est pas marqué par les phénomènes éruptifs. Pendant quelques jours, on constate des troubles généraux, de la fièvre qui peut s'élever à 39 degrés, accompagnée de sensations de froid, de faiblesse, d'abattement, de dépression nerveuse.

Alors apparaissent des phénomènes subjectifs qui, eux aussi, précèdent souvent les lésions cutanées : douleurs, sensations de cuisson, de brûlure, prurit.

Signes objectifs. — Nous prendrons pour type une forme complète où l'on observe les lésions que nous considérons comme fondamentales : érythème, vésicules, bulles. La maladie peut évoluer pendant tout son cours, persister pendant des années, sans qu'on observe aucun autre élément éruptif; il est déjà rare d'observer la forme bulleuse

ou la forme vésiculeuse exclusivement. Nous comprendrons encore, parmi les lésions fondamentales, le purpura, qui est dû à l'exagération d'un phénomène histologique normal, l'issue de globules rouges hors des vaisseaux.

L'éruption apparaîtrait de préférence sur les bras, mais la généralisation est rapide et dès que la poussée est étendue à tout le corps, on ne trouve plus de localisation élective.

a. *Lésions érythémateuses.* — *Elles ne diffèrent en rien de celles de l'érythème multiforme;* on ne peut, à la première poussée de la dermatose, établir le diagnostic qu'en se fondant sur l'absence de localisation aux mains, aux avant-bras, au cou et la présence de symptômes subjectifs intenses, et encore ces symptômes ne suffisent-ils pas à donner la certitude dans quelques cas.

Les lésions les plus simples sont des *papules* dures, résistantes, de couleur franchement rouge. En s'étalant, elles tendent à s'affaisser au centre où reparaît la coloration normale de la peau. Lorsque des cercles ainsi formés fusionnent, on a des figures circinées, polycycliques, quelquefois on voit des anneaux concentriques. Mais parfois la régression centrale est tardive, les papules peuvent atteindre les dimensions d'une pièce de 1 franc, et même on observe des placards étendus, épais, à bords moins bien limités, surtout aux membres inférieurs.

Parfois les éléments moins colorés, plus profonds, passagers, sont *identiques à ceux de l'urticaire*. Mais nous ne savons si on peut observer la forme urticarienne isolée de la maladie de Dühring; peut-être, croyons-nous, des faits d'urticaire bulleuse en sont-ils des exemples?

Aux jambes, les éléments peuvent être identiques à ceux de l'*érythème noueux* (Ittmann et Ledermann); enfin, dit Brocq, on observe quelquefois, comme dans cette affection, des *nodosités sous-dermiques*, qui n'arrivent pas à la surface.

En dehors des éléments érythémateux à bords bien dessinés, on observe encore des *œdèmes mal limités*, sans coloration de la peau ou avec une teinte rosée plus ou moins prononcée, pouvant simuler l'érysipèle.

b. *Lésions vésiculeuses.* — Les vésicules se forment entre les cellules du corps muqueux et ne deviennent que tardivement superficielles. Aussi est-il probable qu'elles jouent un rôle dans les sensations de cuisson et de prurit; souvent elles ne sont visibles qu'au microscope, restant trop petites pour se révéler à l'œil nu.

Elles sont associées aux saillies érythémateuses ou en sont indépendantes. Dans le premier cas, on les voit apparaître là où le processus est le plus actif, au sommet des papules, vers la partie saillante du bord des anneaux, des plaques polycycliques.

Indépendantes, elles naissent sur la peau saine, mais peuvent s'entourer d'une aréole rouge. Souvent elles sont groupées, forment des masses cohérentes, semblables à des « bouquets d'herpès », ou s'ordonnent régulièrement, en cercles par exemple. Cette disposition est assez fréquente pour que Dühring ait donné à la maladie le nom de dermatite herpétiforme.

Lorsque les vésicules se dessèchent de nouvelles peuvent apparaître à la périphérie. En somme, l'évolution est la même que celle des lésions érythémateuses.

Les vésicules sont toujours petites, acuminées à leur début, pleines de liquide, tendues. Leur contenu est séreux, incolore ou citrin, quelquefois teinté de sang ou même hémorragique (Brocq).

A un moment donné, la vésicule est rompue par le malade ou se dessèche et il se forme une squame sous laquelle on retrouve la peau saine.

c. *Lésions bulleuses.* — Des vésicules voisines peuvent confluer et former des bulles, à limites irrégulières; en général, celles-ci se forment par un autre mécanisme (voir anatomie pathologique, *ubi infra*), et ont un aspect différent.

Plus souvent que les vésicules elles naissent sur une région cutanée de coloration normale. Elles diffèrent des vésicules par un volume plus considérable, qui dépassera même celui d'un œuf de poule, dans des cas où de grosses bulles voisines viendront à se confondre. Tendues à leur origine, elles deviennent plus tard flasques, le liquide étant résorbé partiellement par le corps muqueux ou s'évaporant à la surface ou bien cédant à la distension, et le liquide est semblable à celui des vésicules, et parfois hémorragique.

Les bulles contiennent, dans quelques cas, des masses demi-solides, tremblotantes, pseudo-membraneuses, formées de fibrine surtout. Dühring en a vu qui étaient remplies de masses jaune d'or se reformant en quelques minutes lorsqu'on les enlevait.

Comme les vésicules, les bulles peuvent survenir sur des lésions érythémateuses, ou au centre de cercles érythémateux. Comme les vésicules aussi elles peuvent se grouper.

d. *Lésions purpuriques.* — Elles sont beaucoup plus rares que les précédentes. L'étude microscopique révèle toujours dans le derme la présence de globules rouges en dehors des vaisseaux (Leredde et Ch. Perrin). Mais la diapedèse des hématies n'est pas assez prononcée pour qu'on puisse parler d'hémorragies cutanées. Quelquefois, nous l'avons vu, le contenu des vésicules et des bulles est teinté par le sang ou hémorragique. Enfin, on peut voir des taches purpuriques, suivies de macules pigmentées, surtout aux membres inférieurs, lors des poussées violentes. M. Tenneson décrit ces faits sous le nom de forme hémorragique.

e. *Terminaison des lésions fondamentales.* — Les lésions érythémateuses disparaissent sans laisser de traces, parfois il persiste une pigmentation passagère. On la retrouve aussi à la suite des vésicules, des bulles, et plus marquée après les taches de purpura. Aussi, bien que la pigmentation s'observe surtout lorsque les éléments ont subi une infection d'origine externe, la signalons-nous ici; au microscope on trouve dans les cas les plus simples, sans trace d'infection épidermique, des cellules pigmentées dans le derme (Leredde et Perrin).

Les vésicules et les bulles tendent à s'ouvrir spontanément, et au-dessous on trouve l'épiderme normal, ou bien le liquide se résorbe, la couche cornée modifiée se dessèche, et desquame sous forme d'une lamelle plus ou moins épaisse.

Mais cette terminaison simple des lésions fondamentales n'est pas le fait habituel; le traumatisme, le parasitisme superficiel amènent des complications que nous allons maintenant étudier.

Complications cutanées. — a. *Transformation purulente des formations cavitaires. Pustulation.* — Avec Unna nous pensons que les pustules ne sont jamais primitives. Du reste il est exceptionnel (Dühring) d'observer des poussées éruptives uniquement pustuleuses : le fait est possible, mais s'explique aisément par la présence dans l'épiderme de parasites qui peuvent infecter le sérum épanché dans le corps muqueux, et provoquer l'appel de leucocytes polynucléaires, anormaux, comme nous le verrons.

Du reste, les pustules n'ont pas, dans les poussées où on les observe seules, de caractères particuliers.

Habituellement, elles surviennent chez des malades présentant des vésicules, des bulles et des traces du grattage qui explique les inoculations. Les pustules les plus simples paraissent dues à la transformation purulente, précoce, du liquide des vésicules; lorsque celles-ci émergent, leur contenu n'est déjà plus séreux.

Ou bien les vésicules, les bulles déjà apparentes deviennent purulentes à une phase quelconque de leur évolution. C'est là un symptôme régulier, il n'est peut-être pas de malade chez lequel on ne l'observe sur un plus ou moins grand nombre d'éléments.

Enfin, on peut voir des pustules d'inoculation vulgaire centrées par un poil et des lésions ecthymateuses.

Peu importe, du reste, l'origine de la pustule; une fois développée, son évolution est commandée par son siège, par l'état général, par la virulence du microbe qui la détermine; tantôt elle laissera une ulcération passagère, mais suivie régulièrement d'une cicatrice superficielle, tantôt elle se couvrira de croûtes et évoluera sur le type de l'impetigo, tantôt elle aura la marche et la terminaison de l'ecthyma vulgaire.

L'infection de vésicules, de bulles cohérentes détermine ces grandes lésions serpigineuses qu'on trouve souvent signalées, où l'on voit des plaques polycycliques à leur périphérie, formées d'une bordure érythémato-pustuleuse et de cercles plus petits, concentriques, moins avancés dans leur évolution, autour d'un centre pigmenté (Brocq). Parfois, au lieu de cercles complets, on a des arcs de cercle isolés les uns des autres. Le tout peut amener des dénudations superficielles étendues.

b. *Exulcérations*. — Elles sont consécutives aux vésicules, aux bulles purulentes, aux pustules, ou à l'infection secondaire des formations cavitaires après leur ouverture. Le seul caractère important est leur superficialité, il est exceptionnel de les voir creuser, à moins qu'il ne s'agisse d'ecthyma. Mais des surfaces étendues, surtout aux membres inférieurs, peuvent être dénudées, et la guérison est lente, lorsque l'état général n'est pas satisfaisant, et si les soins de propreté ne sont pas minutieux.

c. *Croûtes*. — Enfin le grattage, l'ouverture traumatique des vésicules, des bulles, la dessiccation du contenu des pustules sont l'origine des croûtes, qui peuvent ne former que de petites masses isolées. Mais on comprend, si l'on a bien saisi le mécanisme de leur formation, qu'elles puissent avoir, dans certains faits, assez d'importance pour modifier le tableau objectif. Ainsi, on voit de longues crêtes croûteuses, dues à la rupture par le malade de séries de vésicules couronnant des saillies érythémateuses, disposées géométriquement.

d. *Furoncles. Lymphangites. Adénopathies*. — La présence de furoncles a été signalée, elle s'explique par les traumatismes de la peau, les effractions de la couche cornée, l'augmentation de virulence du staphylocoque dans les cavités purulentes. C'est à un même mécanisme que se rattachent les lymphangites possibles et les adénopathies, assez communes dans les cas anciens. Leur absence, dans nombre de cas, leur dépendance évidente des lésions parasitaires surajoutées de la peau ne permettent de les considérer que comme des complications. On a même vu des phlegmons, peu graves en général.

e. *Lichénifications et épaississements de la peau. Végétations. Kératodermie*. — Des ulcérations répétées au même point et irritées par un grattage intense, peuvent être suivies d'épaississements de la peau (Brocq). Dans un cas de Wickham (Société de dermatologie, 1894), il existait une infiltration presque lardacée de la peau; certains points antérieurement pigmentés étaient en état de sclérose et on observait quelques saillies chéloïdiennes.

MM. Brocq, Hallopeau ont publié des faits de dermatite herpétiforme végétante. Au niveau des bulles ouvertes, de préférence à l'extrémité des membres inférieurs, se développent des saillies lisses et unies, fermes, rosées, qui ont la forme des bulles elles-mêmes; elles ne se développent pas sur les bords, ne s'étendent pas, comme dans l'affection connue sous le nom de dermatite pustuleuse et végétante en foyers à progression excentrique et que M. Hallopeau, qui l'a décrite, considère comme indépendante.

Parfois, on observe des altérations généralisées de la peau. Ainsi M. Besnier a observé chez une malade l'épaississement de la peau, surtout prononcé aux extrémités où la surface offrait un aspect grenu. La paume des mains, la plante des pieds étaient en état d'hyperkératose marquée.

Des faits semblables ont été observés dans le pemphigus foliacé, d'où la distinction assez peu précise des deux types morbides dans quelques cas. L'exfoliation pourrait être un symptôme de la maladie de Dühring mais serait passagère, correspondrait toujours à une période d'amélioration de l'état général (Besnier) et ne s'accompagnerait pas d'un état érythrodermique et de suintement de la peau [Hallopeau (1)].

f. *Cicatrices pigmentaires*. — Sans doute, les vésicules et les bulles non infectées ne donnent pas de cicatrices. Mais trop de lésions sont modifiées par le parasitisme, d'une part, et le grattage, de l'autre, pour qu'il soit rare de n'en pas observer. En général superficielles, elles disparaissent rapidement; on peut en trouver de permanentes, très nombreuses chez des malades qui ont eu des poussées multipliées et intenses.

La cicatrice peut être claire ou maculeuse, enfin, on trouve très souvent des macules sans les autres altérations anatomiques de la cicatrice. Parfois leur coloration très foncée persiste des années, ce peuvent être des plaques étendues, plus ou moins régulières. M. Brocq insiste sur la généralisation pigmentaire qui peut survenir chez des malades atteints depuis longtemps; il existe alors une teinte jaune brunâtre générale, c'est une véritable *mélanodermie*, qui s'explique par le grattage et les excoriations consécutives, comme dans la phtiriase, mais à laquelle contribue l'état anatomique du sang, comme chez les phtiriasiques pigmentés.

g. *Muqueuses*. — Les muqueuses buccales, nasales, sont fréquemment le siège de vésicules, de bulles, dont l'ouverture amène la formation d'exulcérations fugitives, de croûtes, etc.

Les poussées diarrhéiques ont été expliquées par la formation de bulles dans l'intestin.

Signes subjectifs (paresthésies — Unna). — Ils peuvent, nous l'avons déjà dit, précéder l'éruption. Ils s'exaspèrent au moment des poussées. Le plus important, le plus commun, est le prurit, qui le plus souvent est généralisé, affecte des

(1) V. Besnier. Discussion de la communication de Quinquaud sur un fait de pemphigus foliacé, Soc. de dermat., 1892. — Hallopeau et Monod. Soc. de dermat., 1895.

régions paraissant saines, par exemple la plante des pieds, la paume des mains, ce qui, pour nous, révèle non un trouble nerveux, mais des altérations cutanées non apparentes. Au prurit s'associent des sensations de brûlure, « de chaleur et d'ardeur du côté des téguments, de piqûres d'abeilles, de picotements, de fourmillements, de cuisson et de brûlure, de tension douloureuse » (Brocq). Ces sensations, localisées en quelques points, annoncent en général l'apparition des lésions. Il n'y a pas de rapport nécessaire entre elles et les altérations visibles de la peau. Nous avons observé un cas où il existait un prurit intense, général, et où il n'y avait jamais eu que quelques vésicules. Le diagnostic de maladie de Dühring fut établi par l'examen du liquide des vésicules.

Dans les cas intenses, les brûlures amènent l'insomnie et contribuent à développer un état névropathique, une irritabilité extrêmes. Dans certains cas, les signes subjectifs sont très atténués, presque nuls, ce qui rend le diagnostic difficile, dans des cas par exemple où on observe la première poussée éruptive (Darier); on ne peut l'établir que par l'étude histologique et hématologique.

Signes généraux. Évolution. — La marche de l'affection est tout à fait irrégulière, et il est impossible de porter un pronostic sur sa durée. Elle évolue par poussées paroxystiques qui durent de quelques jours à plusieurs mois et sont séparées par des intervalles de guérison apparente, de durée très variable également. Cette marche tout à fait caractéristique permet d'établir le diagnostic dans les cas difficiles ; le pemphigus ne la présente jamais.

Les phénomènes généraux qui accompagnent les poussées sont : des accès fébriles (on observe des températures de 38 degrés, 38°5); des crises de diarrhée, que M. Brocq suppose dues à des fermentations bulleuses de l'intestin, crises passagères, du reste, et laissant place à la constipation.

A la période d'état des poussées, l'état général est souvent satisfaisant. L'appétit est conservé et même, dans quelques cas, on a signalé la polyphagie.

L'étude des urines a été souvent faite. On a signalé surtout l'oligurie, qui est habituelle, dit M. Besnier, la diminution de l'urée et de l'acide urique, faits remarquables qui contrastent avec la conservation de l'appétit.

L'albuminurie est assez commune. Dans un fait de Wickham, la maladie de Dühring offrit une forme aiguë et survint au cours d'une néphrite interstitielle, terminée par urémie pendant l'évolution de la dermatose. Mais, dans la plupart des observations, l'albuminurie ne se rattachait pas nettement à une néphrite et était peu marquée, bien que persistante.

Il existe quelques faits de glycosurie, même de diabète, accompagnant la maladie de Dühring (Winfield).

Dans deux cas de Wickham et un de Perrin (de Dijon), l'examen des urines fait par Cathelineau révéla la diminution du coefficient d'oxydation. Enfin, Perrin a constaté la diminution de la toxicité urinaire, pendant les poussées, chez les malades atteints d'herpès gestationis (forme gravidique) dont il a publié l'observation, puis l'élévation de cette toxicité au moment de la guérison.

La maladie dure de six mois à quinze ou vingt ans (Brocq). Elle se termine par la guérison complète ou par le passage à l'état chronique sous forme d'herpétide maligne exfoliatrice (Brocq). La mort peut survenir au cours de la dermatose, résultat non de la maladie cutanée, mais des conditions viscérales qui ont pu la provoquer ou de maladies intercurrentes développées sur un terrain altéré et déprimé. Elle est surtout à redouter chez le vieillard. Beaucoup moins maligne que le pemphigus bulleux du type Besnier, la maladie de Dühring comporte cependant un pronostic réservé, puisque M. Brocq signale 6 morts sur 33 observations.

La fréquence de la tuberculose a été remarquée; elle n'est peut être pas surprenante chez des malades vivant dans un air confiné, immobilisés, souvent hospitalisés, et par suite exposés aux poussières qui souillent les salles. M. Brocq a constaté dans un cas l'alternance des congestions pulmonaires et des poussées cutanées.

Formes. — Diverses formes ont été signalées au cours de ce travail (forme hémorragique, forme végétante). Quelques-unes méritent une étude plus approfondie, ce sont la forme aiguë, la forme gravidique et la forme infantile.

*Forme aiguë.* — Elle a été admise par Brocq, puis par Ittmann et Ledermann. Au point de vue clinique, on ne peut, croyons-nous, démontrer son existence, mais l'anatomie pathologique permet de la confirmer par l'existence d'altérations histologiques semblables à celles de la forme vulgaire.

Il s'agit d'une éruption en général intense d'érythème polymorphe, accompagnée toujours, dans les cas décrits jusqu'à ces derniers temps, de vésicules et de bulles, s'accompagnant de phénomènes subjectifs plus ou moins prononcés, durant deux à quatre semaines et présentant, pendant cette période, plusieurs poussées éruptives. Le prurit intense, la distribution irrégulière de l'éruption, sont les seuls signes cliniques qui distingueraient la forme aiguë de la dermatite herpétiforme de l'érythème multiforme.

*Forme gravidique.* — Quelques observateurs avaient remarqué la fréquence du pemphigus pendant les grossesses. Wilson décrivit l'affection sous le nom de herpès circinatus bullosus, puis Milton et Duncan Bulkley sous celui d'herpès gestationis, qui persista jusqu'à Dühring.

Celui-ci, puis Brocq prouvèrent qu'il s'agissait d'une variété de dermatite herpétiforme. L'étude anatomo-pathologique confirme les données cliniques (Leredde et Ch. Perrin).

L'affection paraît à une époque quelconque de la grossesse, sauf au premier mois, et quelquefois seulement après l'accouchement. Les lésions cutanées se généralisent et ont souvent une très grande intensité, surtout au moment de l'accouchement. La guérison se fait dans un laps de temps qui varie de quelques semaines à plusieurs mois, mais la maladie peut persister.

La forme gravidique ne diffère par aucun caractère objectif ou subjectif de la forme vulgaire. L'état général est conservé, ou bien il existe quelques poussées fébriles légères.

Presque toujours, l'affection récidive à l'occasion de nouvelles grossesses; parfois, une ou deux se passent sans accidents éruptifs, puis la dermatose se développe à nouveau dans une grossesse ultérieure; parfois toutes les grossesses sont accompagnées d'éruptions. En général, la malade avorte ou l'enfant succombe dans les premiers jours qui suivent la naissance (Ch. Perrin).

*Forme infantile.* — Elle a été décrite par Unna sous le nom d'hydroa puerorum. MM. Besnier et Doyon résument ainsi la description de Unna :

1. Début dans les premières années de la vie;

2. Rechutes continuelles pendant l'enfance;

3. Maximum des attaques pendant la saison chaude;

4. Polymorphie peu accentuée de l'éruption, qui est composée presque exclusivement d'érythème papuleux, de vésicules et de bulles non purulentes;

5. Prédominance des douleurs sur le prurit;

6. Acuité des accès;

7. Dépression constante de l'état général avant l'apparition de l'exanthème;

8. Affaiblissement lent, spontané, des accès à l'égard de l'étendue, de l'intensité, de la durée et du nombre des accès vers le temps de la puberté;

9. Disparition de la maladie et réduction extrême à l'âge adulte;

10. Probablement, limitation au sexe masculin, les 10 cas déjà observés étant tous relatifs à des garçons.

Unna a constaté que plusieurs enfants d'une même famille peuvent être atteints. Ne s'agissait-il pas alors de dermatite bulleuse congénitale, et non de dermatite de Dühring? En somme, la forme infantile de celle-ci est mal connue; son étude doit être reprise.

Jamieson (1) déclare que le summer prurigo d'Hutchinson n'est autre que l'hydroa puerorum de Unna. En réalité, il s'agit de l'hydroa vacciniforme de Bazin.

IV

**Diagnostic.** — Les affections prurigineuses où il n'existe ni vésicules ni bulles, en particulier les diverses formes de prurigo diathésique, peuvent être facilement éliminées. Lorsque la maladie de Dühring se présente sous sa forme purement érythémateuse, ce qui est rare, les papules se distinguent aisément de celles du prurigo, petites, offrant une croûtelle centrale, non hyperémiques. M. Besnier a signalé l'existence de bulles dans des cas rares de prurigo diathésique.

Lorsque l'eczéma s'accompagne de grosses vésicules, elles sont disséminées sans ordre; lorsqu'elles sont absentes, les lésions fournissent un suintement diffus, et s'il n'existe pas spontanément, on peut le provoquer sans peine par le frottement. La fine desquamation, la persistance des lésions, l'absence de tout contour figuré ne permettent aucune hésitation. M. Tenneson insiste sur l'absence de lésions de grattage; malgré le prurit, les eczémateux n'en offrent jamais, à moins que le prurit ne soit dû à une autre cause que l'eczéma (phtiriase, gale).

On ne peut guère distinguer l'érythème polymorphe, l'herpès dit de Bateman qui en est une simple variété, de la maladie de Dühring, lorsqu'on assiste à la première poussée de celle-ci. La dissémination des éléments éruptifs, l'apparition persistante de nouveaux éléments, la prolongation de l'éruption, la présence de phénomènes subjectifs marqués feront pencher en faveur de la maladie de Dühring.

Il existe même des formes d'érythème polymorphe, récidivant, dont le diagnostic est à peu près impossible. En général, les poussées sont transitoires, très espacées les unes des autres, les troubles subjectifs sont nuls.

Beaucoup d'éruptions médicamenteuses peuvent simuler la maladie de Dühring; les caractères objectifs ne permettent pas toujours le diagnostic, qu'il faut établir sur l'absence de symptômes subjectifs, en général, et les commémoratifs. En outre, ces éruptions sont passagères lorsque la cause est supprimée.

(1) Jamieson. *Edinb. Med. Journ.*, janv. 1891.

Dans le lichen plan bulleux (Caspary, Kaposi, Leredde), on observe en dehors des bulles des lésions de lichen plan caractéristiques, des papules polygonales, dures, d'un rouge sombre à surface brillante, souvent striées.

Lorsque les bulles constituent l'altération unique de la peau, chez une malade qui offre peu de prurit et dont la santé générale est altérée, il faut penser au pemphigus bulleux malin type Besnier. Les bulles débutent alors sur les muqueuses buccales et la région thoracique antérieure. Il n'y a pas de rémission; la mort survient d'une manière constante.

Le début du pemphigus foliacé est marqué par une éruption de bulles plates; puis, à une période donnée, au processus bulleux succède une rougeur universelle de la peau et une exfoliation de plus en plus intense. L'affection est d'un pronostic plus sévère que la maladie de Dühring.

Au contraire, dans les formes de maladie de Dühring où on observe de l'exfoliation, cette altération représente un stade passager consécutif à l'éruption polymorphe du début et coïncidant avec une amélioration de la santé générale lorsque celle-ci est altérée (Besnier).

La dermatite pustuleuse et végétante chronique en foyers à progression concentrique de Hallopeau est une affection limitée à certaines régions; les foyers débutent par des vésico-pustules et de l'érythème, sont prurigineux, mais les lésions s'étendent sur place, concentriquement, en devenant végétantes.

Dans le pemphigus végétant de Neumann, affection voisine de la précédente, le début est marqué par une formation de bulles sur lesquelles surviennent, quelques jours après l'ouverture, des saillies végétantes. De nouvelles bulles se développent tout autour. Les lésions sont généralisées à toute la peau.

L'impétigo herpétiforme survient chez la femme enceinte; dans les aines apparaissent de nombreuses pustules qui donnent lieu à des ulcérations autour desquelles paraissent de nouvelles pustules. La mort est de règle.

Nous devons dire, du reste, que pour Allan Jamieson, Sherwell, l'impétigo herpétiforme n'est que la variété pustuleuse et grave de l'herpès gestationis, ce que nous croyons fort possible.

Lorsque le diagnostic est incertain, il peut être déterminé par l'examen du liquide des vésicules et des bulles et du sang. Dans le sang, on trouve toujours de l'éosinophilie, en général plus de huit cellules éosinophiles sur 100 globules blancs; parmi les cellules du liquide des vésicules et des bulles, ces cellules sont toujours en majorité. Cette formule repose aujourd'hui sur l'examen d'une vingtaine de cas, sans que nous ayons observé de fait négatif.

V

**Anatomie pathologique.** — Lésions de la peau (1). — Les lésions dermiques se rencontrent dans tous les cas et ce sont de beaucoup les plus importantes, sinon les plus caractéristiques : elles déterminent celles de l'épiderme. Autour des vaisseaux papillaires et sous-papillaires dilatés, on remarque un œdème prononcé du tissu conjonctif; par-

(1) Leredde et Ch. Perrin. Anatomie pathologique de la dermatite de Dühring, *Ann. de dermat.*, 1895. — Darier. Soc. de dermat., 1896.

fois toutes les fentes sont dilatées sans qu'il y ait infiltration cellulaire; l'issue de sérum est ainsi mise en évidence. Mais plus souvent, on constate des amas cellulaires, modérément serrés, constitués soit par des lymphocytes seuls, soit plus rarement par des cellules conjonctives en prolifération. Il n'est pas rare d'observer des plasmazellen. Des polynucléaires ne se trouvent dans les vaisseaux ou en dehors d'eux que lorsque les vésicules et les bulles superficielles sont arrivées à la suppuration.

Suivant Unna, on ne constaterait pas de diapédèse; tous les amas seraient formés de cellules fixes. Cette opinion ne peut être maintenue; la présence des éosinophiles dans le derme et l'épiderme permet de l'infirmer.

Tous les amas périvasculaires contiennent ces éléments en nombre variable. Dans des cas où ils sont très nombreux, cependant, ce n'est pas toujours autour des vaisseaux qu'ils se trouvent en plus grand nombre; ils sont semés à distance, très abondants alors dans les mailles du tissu conjonctif: c'est ce que nous avons vu dans un cas d'origine gravidique où les altérations cutanées étaient excessives.

On trouve habituellement quelques globules rouges sortis des vaisseaux; l'exagération de cette lésion explique les formes hémorragiques de la maladie. La présence de cellules pigmentaires dans la région papillaire est commune.

Souvent on ne trouve pas d'autre lésion dermique importante; les papilles sont élargies du fait de l'œdème et les cônes interpapillaires souvent allongés. Dans l'épiderme, alors, on voit soit simplement quelques éosinophiles en migration (formes érythémateuses), soit des vésicules.

Celles-ci naissent dans les couches profondes de l'épiderme et s'élèvent peu à peu; sans doute elles existent longtemps avant d'apparaître à la surface, ce qui explique en partie le prurit. Comme Unna (1) l'a montré, elles sont formées entre les cellules du corps muqueux qu'elles écartent; sur leurs bords, celles-ci s'aplatissent, s'emplissent de kératohyaline, puis deviennent cornées avec des noyaux plats.

Elles contiennent du sérum, de la fibrine et des globules blancs qui sont, en majeure partie (33-95 p. 100), des éosinophiles.

Dans les formes bulleuses, l'œdème dermique est plus marqué et les papilles disparaissent en se confondant les unes avec les autres. La bulle se forme à la limite du tissu conjonctif par accumulation de sérum; il est fréquent d'y voir peu de leucocytes. La fibrine se coagule et se dispose en gâteaux aréolaires, aplatis, comme la bulle elle-même, parallèlement à l'épiderme.

La bulle, à cette phase, n'est évidemment pas visible: elle ne doit déterminer que le soulèvement de la surface cutanée. Le liquide progresse entre les cellules épithéliales, jusqu'à la couche granuleuse, et là s'épanche, séparant la couche cornée du corps muqueux, comme dans les phlyctènes de l'érysipèle. A cette période, la bulle offre, dans son ensemble, la forme d'un bouton de chemise.

Comme la vésicule, elle contient des éosinophiles nombreux, mais distants les uns des autres; son contenu est surtout liquide et fibrineux.

Arrivées à la superficie de la peau, les vésicules et les bulles peuvent être modifiées par l'infection superficielle. Elles se remplissent alors de leucocytes polynucléaires et leur contenu se trouble. Du reste, la transformation purulente, très rare chez certains sujets, et ne se produisant que dans les formations cavitaires, persistant longtemps en surface sans s'ouvrir, est de règle chez d'autres.

L'excrétion de cellules éosinophiles par la peau, qui nous paraît le caractère essentiel des altérations cutanées de la dermatose, ne permet pas de considérer, *a priori*, la forme pustuleuse comme une forme primitive de l'affection, car les cellules éosinophiles ne sont pas les éléments du pus qui remplit les formations cavitaires; elles contribuent peut-être à le former, et on ne peut les distinguer sur des coupes ou des lamelles des polynucléaires vrais, lorsque, comme ceux-ci, elles ont subi les altérations de la formation purulente. Mais jamais nous n'avons vu, sur des coupes, de pustules, sans trouver en très grande abondance, dans le derme et dans l'épiderme, des polynucléaires non éosinophiles. Par contre, lorsqu'il n'y a pas de purulence, ils sont excessivement rares.

En dehors des vésicules et des bulles, il faut remarquer la tendance habituelle de l'épiderme à l'hypertrophie; l'*acanthose* est parfois intense, elle s'accompagne d'une karyokinèse marquée. Nous n'avons pas eu l'occasion d'étudier histologiquement les formes kératodermiques.

Les lésions cutanées sont, en résumé, beaucoup moins complexes que ne le fait supposer la polymorphie éruptive de la maladie.

Quelle valeur faut-il accorder à cette présence d'éosinophiles dans le derme, à leur excrétion par l'épiderme, soit à l'état diffus, soit en amas qui remplissent les formations cavitaires? Ces cellules ont été rencontrées dans de nombreuses lésions de la peau, mais en abondance seulement dans quelques-unes [dermatite papillaire du cuir chevelu (Ledermann), staphylococcose cutanée (Gastou), lymphodermie (Leredde)] et toutes ces lésions ne s'accompagnent pas d'excrétion épidermique. Mais nous ne connaissons pas de maladie où on les rencontre constamment dans toutes les cavités de l'épiderme.

*Lésions du sang.* — Cette excrétion d'*éosinophiles* par la peau prend beaucoup plus de valeur lorsqu'on la rattache à une lésion sanguine *constante*.

Nous savons depuis Ehrlich que, chez l'homme sain et adulte, les diverses formes de globules blancs se trouvent dans le sang en proportion constante. Sur 100 globules blancs, on constate 65 polynucléaires, 34 mononucléaires et lymphocytes, 1 à 2 éosinophiles. La proportion de ceux-ci varie très peu; jamais ils ne manquent chez l'homme sain. Au delà de 5 p. 100, l'*éosinophilie* prend une valeur pathologique certaine. Dans aucune affection, elle n'est constante. Dans la lèpre, seule maladie où l'on puisse trouver une éosinophilie aussi intense que dans la dermatose de Dühring, Gaucher et Bensaude, Darier, elle peut manquer, comme nous l'avons observé dans des recherches faites en commun avec notre ami Jeanselme.

Au contraire, dans la dermatose de Dühring, l'*éosinophilie* est constante (cette assertion repose aujourd'hui sur une vingtaine de faits personnels). Sur 100 leucocytes, on trouve habituellement 8 à 15 éosinophiles, *mais ce chiffre peut s'élever à 22 et même 33 p. 100* (1).

Nous n'avons pas étudié les autres altérations sanguines qui doivent être des plus intéressantes.

La valeur de la lésion sanguine que nous avons décrite est confirmée par ce fait que, dans les périodes où les

(1) UNNA. *Histopath. der Hautkrankheiten Hydroa.*

(1) Voir encore : FUNK. Soc. de dermat., 1895. — DARIER. *Id.*, 1895.

lésions cutanées de la maladie disparaissent, l'éosinophilie disparaît également. C'est au moins ce que nous avons vu dans deux cas. En général, la maladie est d'autant plus grave qu'elle est plus prononcée.

Nous ne connaissons pas bien les autres lésions de la maladie; les altérations rénales paraissent assez communes.

VI

**Anatomie pathologique de la dermatite pustuleuse et végétante d'Hallopeau et du pemphigus végétant de Neumann.** — Nous pouvons maintenant exposer les raisons pour lesquelles nous croyons qu'il faudra étendre le cadre de la maladie de Dühring et, à côté du type Dühring-Brocq, comprendre d'autres affections dont la cause première est nécessairement la même (1).

Les lésions dermiques que nous avons observées dans la dermatite d'Hallopeau ne diffèrent pas essentiellement de celles du type Dühring : œdème, diapedèse d'éosinophiles, prolifération des cellules fixes s'observent dans les deux cas; nous avons constaté la présence de plasmazellen dans le type Hallopeau, mais nous en avons vu aussi dans le type Dühring. La présence de polynucléaires en grand nombre peut appartenir à celui-ci; dans le type Hallopeau, elle s'explique aisément par une infection externe, condition de la forme clinique que revêtent les altérations macroscopiques.

Dans l'épiderme végétant, on trouve des cavités, les unes vides, par chute du contenu, les autres pleines. De celles-ci, les plus profondes sont bourrées d'éosinophiles. Les plus voisines du derme ne sont, à vrai dire, que des amas de ces cellules, sans paroi nettement formée. Aux étages plus élevés, on distingue une paroi formée par les cellules aplaties du corps de Malpighi; celles qui sont à la limite se remplissent de kératohyaline et ont le type des cellules de la granuleuse; puis la kératinisation devient complète, de sorte qu'on voit des cavités dont les bords sont formés par toutes les couches de l'épiderme. Or c'est ce que nous avons décrit dans la dermatose de Dühring, type classique. Mais ici les vésicules s'ouvrent rapidement; dans le type Hallopeau, elles présentent les caractères que nous venons d'indiquer à la partie profonde des végétations; les vésicules, plus superficielles, sont remplies de matière cornée en lamelles concentriques, entre lesquelles on trouve des débris d'éosinophiles. A la fin, les vésicules ainsi constituées s'ouvrent à la surface de la peau. C'est évidemment la lenteur de la progression des vésicules vers la surface qui détermine seule les différences entre le type classique et le type Hallopeau.

Du reste, il existait dans le cas que nous avons étudié une éosinophilie de 25 p. 100.

Tout ce que nous savons de l'histoire des végétations analogues à celles de la dermatite de Hallopeau, en particulier de celles de la syphilis, nous oblige à les rattacher à une infection externe. Nous n'avons pas étudié histologiquement ni bactériologiquement les pustules, les pièces que nous avons eues à notre disposition n'en contenant pas; nous ne pouvons douter, *à priori*, qu'elles soient également dues à l'infection venue de la surface.

Nous sommes ainsi amenés à considérer la dermatite de Hallopeau comme une maladie de Dühring à forme locale, compliquée par une infection parasitaire qui lui donne des caractères cliniques tout à fait originaux.

Nous ne pouvons parler du pemphigus végétant de Neumann d'après des observations personnelles; cette affection n'a du reste pas été signalée en France. Mais certains détails relevés dans les descriptions allemandes nous permettent de la rapprocher de la maladie de Dühring. Dans un fait de Neumann, il existait de l'éosinophilie et un grand nombre d'éosinophiles dans les bulles. Celles-ci se forment (du Mesnil de Rochemont) entre l'épiderme et le derme. Enfin, dans un fait dénommé pemphigus végétant et étudié histologiquement par John Fordyce, une vésicule située dans l'épiderme offre, comme dans la dermatite de Hallopeau, une paroi formée par les cellules de Malpighi et une couche cornée épaisse.

Il paraît encore probable qu'une infection d'origine externe intervient dans le pemphigus végétant. Cette affection nous paraît représenter simplement la forme généralisée de la dermatite d'Hallopeau; par malheur la description de Neumann n'est pas très précise et cet auteur, ainsi que les auteurs allemands, paraissent comprendre dans le pemphigus végétant des faits qui appartiennent à des affections différentes.

VII

**Pathogénie.** — La théorie nerveuse de la maladie de Dühring a été longtemps en honneur. Elle s'appuyait sur le début à la suite de chocs nerveux, la symétrie des lésions cutanées, vésiculeuses et bulleuses comme celles qu'on pourrait observer dans diverses affections du système nerveux, sur les troubles névropathiques généraux et les troubles locaux de la sensibilité, le prurit en particulier.

Les causes générales dont relève la dermatose peuvent amener des troubles de la santé autres que des lésions de la peau, et la présence de troubles névropathiques dans une affection telle que la chlorose ne démontre pas son origine nerveuse. Toute affection cutanée de cause générale offre une tendance à la symétrie, et celle-ci s'observe même dans des affections parasitaires étendues, dans l'eczéma, dans le psoriasis, dans l'acné, la végétation parasitaire pouvant se faire, grâce à des altérations chimiques du sol cutané, nécessairement symétriques.

Le prurit, dans la dermatose de Dühring, peut être considéré comme dû aux substances toxiques qui sont en migration dans le derme et qui agissent sur les nerfs sensitifs locaux (1); il n'est pas besoin de faire intervenir le système nerveux central pour l'expliquer. Les vésicules et les bulles sont également des phénomènes locaux, liés à l'issue de sérum, chargé ou non de fibrine et de globules blancs.

Le début à la suite de chocs nerveux n'est pas démontré dans la plupart des cas; il faut se méfier, plus qu'on ne le fait en général, des assertions des malades, qui rattachent toute dermatose à un drame intime.

Il n'est pas nécessaire de développer ces considérations, qu'on pourrait appliquer à beaucoup de dermatoses, pour lesquelles on admet avec une trop grande facilité une origine nerveuse, sans remarquer combien la coexistence des

(1) Leredde. Soc. de dermat., déc. 1897, et *Ann. de dermat.*, 1898 (mém. inédit).

(1) A ces substances toxiques, on peut rattacher sans doute l'œdème cutané. Le prurit et l'œdème dermique sont connexes dans beaucoup d'affections de la peau.

grandes dermatoses et des grandes affections du système nerveux est un fait exceptionnel.

Dans la maladie de Dühring, l'altération sanguine que nous avons constatée domine la pathogénie. En général, la gravité de l'affection est d'autant plus grande que l'éosinophilie est plus prononcée; lorsque l'éosinophilie disparaît, les phénomènes cutanés disparaissent. Certainement, l'éosinophilie n'est pas la seule altération sanguine; il faudrait étudier la leucocytose, les altérations du sérum. Mais elle est la plus importante, la plus facile à mettre en évidence.

Les éosinophiles continuellement régénérés dans l'organisme sont éliminés par la peau, ainsi que des substances toxiques qui sont emmagasinées dans ces leucocytes, ou en solution dans le liquide des vésicules et des bulles (Leredde et Ch. Perrin).

La diminution de la toxicité urinaire, la diminution habituelle du taux de l'urée révèlent encore des troubles importants de la nutrition. Quel est le rôle de l'insuffisance rénale? De nombreux problèmes se posent ainsi dont la solution est à donner.

Quoi qu'il en soit, la maladie de Dühring est une hématodermite comme l'est le purpura; les lésions cutanées sont liées à des lésions sanguines. Mais quelle est l'origine de ces dernières?

La dermatose de Dühring peut être d'origine toxique, due à des corps anormalement formés dans l'organisme; ses rapports avec l'érythème polymorphe, l'intervention de substances toxiques qui se révèle dans les lésions cutanées permettent de considérer cette hypothèse comme valable. Mais les poisons qui engendrent l'érythème polymorphe sont des plus variés, et certains sont d'origine microbienne. Il en est de même dans le purpura (cf. le purpura iodopotassique et le purpura d'origine streptococcique).

D'autre part, l'éosinophilie, sans être constante, s'observe dans deux affections parasitaires chroniques, la syphilis où elle est modérée, la lèpre où elle a été observée par MM. Gaucher et Bensaude, Darier, et où nous l'avons observée avec M. Jeanselme. On sait, depuis les recherches de Metschnikoff, que la destruction des microbes par les leucocytes polynucléaires peut s'accompagner de la formation de grains éosinophiles.

L'hypothèse d'une dermatite toximicrobienne n'a donc rien de contradictoire. M. Sabrazès a, du reste, relaté l'observation d'un fait d'érythème polymorphe grave, où le sang contenait des bactéries qu'on ne put cultiver. Il existait, dans ce cas, une éosinophilie marquée avec excrétion d'éosinophiles par les bulles cutanées. Peut-être avons-nous le droit de considérer cette observation comme se rattachant au type aigu de la dermatose de Dühring; elle jette sur la pathogénie une lumière intéressante. Il serait possible, du reste, que les agents microbiens n'agissent pas directement sur la peau, et que les lésions de celle-ci fussent simplement la conséquence des altérations sanguines qu'ils ont engendrées.

Quoi qu'il en soit, nous sommes amenés à soupçonner l'existence d'une infection microbienne qui, comme la syphilis, pourrait déterminer des poussées exanthématiques, et parfois des lésions limitées (dermatite pustuleuse et végétante de Hallopeau). Sans doute, la maladie de Dühring n'est pas contagieuse, mais ce n'est pas la seule affection microbienne qui ne serait pas transmissible, et la non-contagiosité de la fièvre typhoïde ou de la pneumonie n'est plus opposée depuis longtemps aux bactériologistes.

## VIII

**Traitement.** — Le traitement de la maladie de Dühring est encore aujourd'hui fort imparfait. Ignorant la cause de la maladie, nous ne pouvons la combattre. Nous n'ajoutons guère confiance aux divers procédés de traitement interne qui ont été recommandés : l'arsenic, en particulier, a été employé ici comme dans la plupart des dermatoses. A la longue, il peut déterminer des altérations de la peau, telles que des pigmentations, l'hyperkératose, etc. Nous ne pouvons le recommander que comme un médicament de nécessité, que le médecin emploiera en désespoir de cause et à doses homœopathiques.

M. Darier (communication orale) a employé avec un certain succès les injections de sérum artificiel. Cette méthode est tout à fait rationnelle, et il y a lieu de l'essayer dans les cas graves. Elle doit agir directement sur la structure du sang; en tout cas, elle combat l'oligurie qui est fréquente.

Dans le même but, nous recommanderons l'emploi de la lactose et des sels de potasse (à l'exclusion, bien entendu, des iodures et bromures).

Le régime doit être aussi simple que possible : abstention des corps gras, des conserves, du gibier, du poisson de mer. Les boissons doivent être abondantes, le vin blanc étendu d'eau, la bière sont indiqués.

Comme dans toute dermatose on surveillera avec la plus grande attention l'état du tube digestif, et on luttera contre la constipation. Les chambres des malades, dans les périodes où ils sont obligés de garder le lit, seront aérées aussi largement que possible : on évitera tout contact avec des tuberculeux, à l'hôpital.

En somme, ce traitement est, à vrai dire, un traitement hygiénique. Le traitement externe a une grande importance; il doit soulager les douleurs et prévenir toutes les complications cutanées.

Dans les formes où il n'y a que des vésicules et des bulles, on aura simplement soin d'ouvrir, au moyen d'une aiguille flambée ou d'un couteau de Græfe, dès leur apparition, les formations cavitaires de l'épiderme; on diminuera ainsi le prurit, et on préviendra les infections qui se produisent souvent. Il est impossible d'oblitérer les surfaces dénudées par des emplâtres ; l'œdème sous-jacent entretient un flux de sérum qui peut persister plusieurs jours. Aussi est-on obligé de faire des pansements humides; on se servira simplement d'eau bouillie et on les fera aussi simples et aussi minces que possible, ou d'eau boriquée à 1-2 p. 100, additionnée de borate, ou de bicarbonate de soude à 1-2 p. 100.

Les pustules, et en général tous les éléments infectés seront ouverts puis oblitérés. On peut alors se servir d'emplâtres pour éviter les auto-inoculations, ainsi d'emplâtre rouge de Vidal ou d'emplâtre à l'oxyde de zinc.

Les ulcérations rebelles pourront être curetées l'une après l'autre, puis pansées antiseptiquement; on peut les toucher au nitrate d'argent à 1/20, au chlorure de zinc à 1/40. De même on peut essayer de cautériser les végétations lorsqu'elles sont peu étendues.

L'emploi des bains trop répétés offre des inconvénients; M. Brocq les accuse de ramollir trop les téguments. On ne peut indiquer de règle générale; le bain prolongé soulage parfois les malades; dans chaque cas, on se fondera sur les indications fournies par l'état de la peau et l'expérience acquise par le résultat des traitements déjà employés.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — Pour toutes les publications antérieures à 1888, consulter :

BROCQ. De la dermatite herpétiforme de Dühring, *Ann. de dermat.*, 1888.

TENNESON et LYON. Deux cas de dermatite herpétiforme, *Ann. de dermat.*, 1888, p. 328. — HALLOPEAU. Pemphigus arthritique de Bazin, Réunion clinique de l'hôpital Saint-Louis, 28 mars 1889. — THIBIERGE. Dermatite herpétiforme, Réunion clinique de l'hôpital Saint-Louis, 6 juin 1889. — DUBREUILH. Dermatite herpétiforme *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1888. — BLASCHKO. Dermatite herpétiforme, *Berlin. Klin. Woch.*, 1889, n° 6. — VIDAL. Dermatite herpétiforme, Réunion clinique de l'hôpital Saint-Louis, 13 juin 1889. — UNNA. Ueber die Dühringsche Krankeit., *Monats. f. prak. dermat.*, 1889, n° 3. — M. CALL ANDERSON. Dermatite herpétiforme, *Edinb. med. Journ.*, 1889 ; — Discussion sur les dermatoses bulleuses, Congr. de dermat., 1889. — HAUTCŒUR. Dermatite polymorphe douloureuse aiguë, *Ann. de dermat.*, 1890, p. 38. — MOREL-LAVALLÉE. Dermatite herpétiforme, Soc. de dermat., 12 juin 1890. — BROCQ. Variété fruste de dermatite herpétiforme, *Ann. de dermat.*, 1890, p. 478. — DUHRING. Case of a typical derm. herp., *The amer. Journ. of the Med. Sc.*, juin 1890. — HALLOPEAU. Herpès en cocarde, Soc. de dermat., 11 déc. 1890 ; — Discussion sur la dermatite herpétiforme, Soc. vienn. de dermat., 20 oct. 1890. — JAMIESON. Dermatite herpétiforme, *Edinb. med. Journ*, 1891, p. 638. — PALM. Soc. berl. de dermat., 6 janv. 1891. — WICKHAM. Variété pustuleuse et végétante de dermatite herpétiforme, Soc. de dermat., 10 déc. 1891. — ITTMANN et LEDERMANN. *Arch. f. derm.*, 1892; *Ann. de dermat.*, 1892, p. 653. — PETER. Soc. berl. de dermat., 3 mai 1892. — BROCQ. Rapports de la dermatite herpétiforme et du pemphigus foliacé, *Ann. de dermat.*, 1892, p. 1245. — HALLOPEAU et FOURNIER. *Ibid.*, Soc. de dermat., 10 nov. 1892. — HALLOPEAU. Rapports de la dermatite pustuleuse et de la dermatite herpétiforme, *Ann. de dermat.*, 1892, p. 33. — KAPOSI et NEUMANN. Soc. vienn. de dermat., 14 oct. 1891. — HALLOPEAU. Rapports de la dermatite herpétiforme et du pemphigus foliacé, *Ann. de dermat.*, 1893, p. 18. — AUDRY. Dermatite herpétiforme simulant les prurigos diathésiques, *Ann. de dermat.*, 1893, p. 1204. — WICKHAM. Dermatite de Dühring, Soc. de dermat., 16 nov. 1893. — PETER. Dermatite de Dühring, Soc. berl. de dermat., 6 juin 1893. — HALLOPEAU et BRODIER. Variété herpétiforme de pemphigus chronique, *Ann. de dermat.*, 1893, p. 744. — KAPOSI. Pemphigus circiné, *Ann. de dermat.*, 1893, p. 318. — AUDRY. Dermatite herpétiforme chez une petite fille, *Ann. de dermat.*, 1894, p. 1380. — HALLOPEAU et BRODIER. Variété végétante, *Ann. de dermat.*, 1894, p. 74. — WICKHAM. Variété érythémato-pustuleuse, *Ann. de dermat.*, 1894, p. 805. — WINFIELD. Dermatite herpétiforme et glycosurie, *Ann. de dermat.*, 1894, p. 860. — LEREDDE et Ch. PERRIN. Étude du liquide des vésicules et des bulles, *Ann. de dermat.*, 1895, p. 369 ; Anatomie pathologique de la dermatite de Dühring, *Ann. de dermat.*, 1895, p. 281, 452. — Ch. PERRIN. Dermatose de Dühring pendant la grossesse, Th. de Paris, 1895. — FUNK. Éosinophilie dans la dermatite herpétiforme, *Ann. de dermat.*, 1895, p. 530. — GAUCHER, BARBE et CLAUDE. Soc. de dermat., 13 juin 1895. — KAPOSI. Doctrine du pemphigus, V° Congr. all. de dermat., *Wien. med. presse*, 1895, p. 1518. — DARIER. Dermatite de Dühring, éosinophilie, *Ann. de dermat.*, 1896, p. 842. — LEREDDE. Nouvelle note sur les caractères anatomiques de la maladie de Dühring, *Ann. de dermat.*, 1896, p. 846. — GAUCHER et CLAUDE. Nature de la dermatite herpétiforme, *Ann. de dermat.*, 1896, p. 1058. — CANUET. Dermatite herpétiforme pendant la grossesse, *Ann. de dermat.*, 1896, p. 384, 731. — THILLIER. Dermatite herpétiforme chez l'enfant, *Ann. de dermat.*, 1896, p. 1477. — HALLOPEAU et LAFFITTE. Dermatite herpétiforme et pemphigus foliacé au point de vue éosinophilique, *Ann. de dermat.*, 1896, p. 1442. — HALLOPEAU et JOUSSET. Pemphigus consécutif à une dermatite herpétiforme, *Ann. de dermat.*, 1896, p. 370. — GAUCHER et GASTOU. Pemphigus et mal de Dühring, *Ann. de dermat.*, 1896, p. 1287. — DANLOS. Maladie de Dühring et éosinophilie, *Ann. de dermat.*, mars 1897, p. 288.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le corps médical de Paris vient d'être frappé, à un jour d'intervalle, par la mort de MM. les docteurs Lebled et Thibierge.

Aujourd'hui, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis, ont eu lieu, à Saint-Roch, les obsèques de M. le docteur Gustave-Étienne Thibierge, ancien interne des hôpitaux (promotion de 1849) et père de notre très distingué confrère, le médecin des hôpitaux de Paris.

M. le docteur Lebled ayant succombé jeudi soir, le jour et l'heure des obsèques ne sont pas encore fixés.

— Le banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 30 avril prochain, à sept heures et demie, dans la salle des fêtes, 9, avenue Hoche. Il sera présidé par M. le professeur Caubet (de Toulouse).

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 24 mai 1898, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. — MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. — Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 14 mai inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1898 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1902.

— Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 10 mai 1898, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 30 avril inclusivement. — Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1898 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1901.

— Un comité, ayant à sa tête le maire de Boulogne-sur-Mer et plusieurs hautes personnalités du monde savant, vient de se former dans le but d'élever un monument à Duchenne (de Boulogne).

— MM. les docteurs Icart et Humbert Mollière sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Lyon.

— Dans une notice que M. Georges Lachèse consacre (*Arch. méd. d'Angers*) à son aïeul Grégoire Lachèse, nous relevons la touchante origine de l'Association médicale de Maine-et-Loire :

« Allant un jour visiter un malade dans une commune voisine, il vit, à la porte d'un officier de santé, un huissier se disposant à faire la saisie sur ce que possédait ce confrère malheureux. Aussitôt il s'interposa, promit de payer la somme due, puis raconta à la Société de médecine ce qu'il avait fait. Ses collègues voulurent partager avec lui le mérite de sa bonne action. Telle fut l'origine de l'Association médicale de Maine-et-Loire. »

— *Chambre des députés.* — M. de Folleville (de Bihorel), rapporteur : Pétition 39-11. — Le comité central démocratique ouvrier de la Seine-Inférieure, à Rouen, demande la suppression des études anatomiques dans le programme scolaire.

Motifs de la commission. — La 33e commission, tout en faisant ses réserves sur les conséquences néfastes exercées, dit-on, sur l'imagination des jeunes enfants par l'étude élémentaire de l'anatomie et quoique estimant qu'il conviendrait peut-être de chercher ailleurs la cause du développement d'instincts mauvais dans certains milieux scolaires, tient compte néanmoins de la pé-

tition du comité démocratique de la Seine-Inférieure et la renvoie à M. le ministre de l'Instruction publique. (Renvoi au ministre de l'Instruction publique.)

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 28 mars 1898.

Il semblerait que l'affaire du docteur Laporte soit destinée à faire plus de bruit encore après son heureuse terminaison qu'au cours même des débats. Depuis huit jours, ce n'est, dans la presse médicale parisienne, qu'échange de propos aigres-doux, de lettres et de rectifications. Un de nos confrères, évidemment mal renseigné, ne s'avisait-il pas de nous accuser d'avoir été l'un des rares journaux, sinon le seul, à ne pas avoir pris en main la défense du docteur Laporte? Nos lecteurs ont trop le souvenir de la longue série d'articles que nous avons écrits sur ce sujet, pour que nous leur fassions l'injure de nous disculper, devant eux, d'une semblable imputation.

En réalité, dès le début, nous avons vu avec peine ceux qui avaient pris en main la défense de notre confrère, s'engager dans une voie que nous croyions néfaste et qui fut néfaste. Nous avons déclaré à maintes reprises que les cris, les protestations bruyantes étaient plus nuisibles qu'utiles à celui qu'on se proposait de défendre. Il se trouve qu'aujourd'hui l'événement nous donne absolument raison. De quoi, en effet, ont servi les bruyantes clameurs du début, ces maladroites discussions contre les experts? Nous craignions qu'elles eussent été pour quelque chose dans la condamnation de notre confrère. Nous l'avions insinué, a-t-on dit, mais l'avocat général, dans son réquisitoire, a fait plus que l'insinuer, et cherchant comment les premiers juges ont pu condamner Laporte, s'est demandé si les plaidoiries passionnées, mais portant à faux, n'avaient pas contribué à égarer les premiers juges. On a voulu faire de Laporte un virtuose de l'obstétrique, alors qu'il était plus conforme à la vérité de reconnaître qu'il avait été la malheureuse et l'involontaire victime d'un accident opératoire!

Malheureusement il est difficile, à certains esprits, de reconnaître leur erreur. Ceci nous rappelle l'histoire de ce clinicien célèbre, qui, pendant une heure entière, se livrait à une discussion serrée sur les qualités d'une tumeur qu'il allait opérer et, basant ses déductions sur des arguments irréfutables, concluait à la nature kystique de la tumeur. Mais, au premier coup de bistouri, il devint évident que la tumeur n'était qu'un vulgaire lipome. Croyez-vous que notre professeur se montra embarrassé pour si peu? C'était mal le connaître. Se retournant vers l'amphithéâtre, avec ce geste magistral et cette intonation emphatique, qu'il mettait dans les conversations les plus banales, il dit simplement : « Je vous l'avais bien dit, Messieurs, cette tumeur était un lipome! »

Eh bien! ceux qui ont mal défendu Laporte veulent, à cette heure, s'attribuer tout le mérite de l'acquittement. Ils ne sauraient admettre qu'on acquitte Laporte en dehors d'eux, en faisant table rase de leurs argumentations, sans tenir compte de leurs bruyantes manifestations!

Les juges d'appel déclarent que Laporte a été mal jugé, que les premiers juges ont eu le tort de s'écarter du rapport des experts et de prendre en considération les racontars de commères affolées par la vue de l'acte obstétrical. Ils ont l'audace d'acquitter purement et simplement sur le vu du rapport des experts! C'est ce que ne veulent pas les égarés auxquels nous faisons allusion. Ont-ils assez crié sur ce malencontreux rapport, ont-ils assez signalé leurs auteurs, nos confrères, à la malédiction et à la vindicte du corps médical! Et voilà que c'est ce même rapport qui fait acquitter le docteur Laporte!

Nous ne demandons pas à ceux qui ont eu des torts de s'en confesser, mais il nous semblait que la leçon reçue comportait le silence.

Dix jours avant le prononcé du jugement (1), nous écrivions sur l'affaire Laporte un long article, nous y réclamions l'acquittement, avec des arguments qui nous paraissaient simples et justes. A ce moment, nous ne connaissions pas ce que seraient ni le réquisitoire ni le jugement. Or, il se trouve que tous nos arguments sont repris et développés avec un rare bonheur d'expression, avec une netteté et une précision incomparables, dans le remarquable réquisitoire de l'avocat général!

Il se trouve qu'on acquitte Laporte sur des considérants que nous avions réclamés, et qui constituent, pour le corps médical entier, un précédent des plus précieux. Nous ne voulons pas en tirer vanité, mais il est curieux toutefois de voir certains nous tenir rigueur de ce que nous ayions été un des rares journaux qui aient compris et indiqué la manière dont Laporte devait être défendu.

D'ailleurs, pour couper court à toute discussion, nous reproduisons, *in extenso*, le réquisitoire, si parfait à tous égards, de l'avocat général. C'est une pièce qui fera date dans l'histoire de la pratique médicale.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 197.

Voici comment s'est exprimé M. l'avocat général Blondel:

« A l'heure avancée où nous sommes, il faut aller droit au but. J'y vais.

Me Henri Robert vient de vous demander la réformation du jugement et le renvoi pur et simple du docteur Laporte. Je vous le demande aussi; seulement, si nous sommes d'accord sur la conclusion, nous ne nous trouvons pas absolument d'accord sur les moyens, et c'est pour cela que je vous demande la permission, moi aussi, de vous présenter quelques observations.

Tout d'abord, en fait, je crois que toutes les constatations des experts sont exactes, et j'essaierai de vous le démontrer dans un moment. En second lieu, si je suis arrivé à la conclusion que je viens d'indiquer à la Cour, je tiens à détromper mon honorable contradicteur : l'opinion publique n'y est absolument pour rien.

Nous ne sommes pas de ceux (et c'est fort heureux), qui se laissent entraîner par les courants de l'opinion publique. Cette affaire, du reste, pourrait nous en montrer tous les dangers, toutes les incertitudes, et toutes les fluctuations.

En effet, au début, il n'y avait aucun crime semblable à celui qu'avait pu commettre le docteur Laporte, il n'y avait aucun châtiment assez terrible pour pouvoir l'expier. Puis un revirement s'est produit; le docteur Laporte n'est plus coupable, il n'a plus commis aucune espèce de faute, on en fait un héros, un martyr, on vous le représente comme un chirurgien, vous disait-on tout à l'heure, blanchi sous le harnais obstétrical, on dit qu'il fait preuve d'une véritable habileté.

Eh bien! tout cela ce sont des exagérations de l'opinion publique, ce sont des exagérations dont nous devons nous dégager d'où qu'elles viennent, pour nous en tenir à l'examen des faits, à l'étude des principes du droit. Avec cette prudence élémentaire, nous serons sûrs d'arriver à la justice qui est notre seul but et à la vérité qui est le seul moyen de l'obtenir.

Au point de vue des faits (je parle des faits essentiels, de ceux qui peuvent être l'élément générateur du délit), l'affaire se résume en cette double proposition :

En pratiquant la craniotomie, le docteur Laporte a occasionné une double perforation de la vessie, et cette double perforation de la vessie a entraîné une péritonite qui a été promptement mortelle.

En ce qui concerne la seconde proposition, j'ai bien entendu, au début de cette audience, quelques objections du docteur Laporte, mais son honorable avocat ne nous en a pas dit un mot, et, en première instance, elle n'avait pas été examinée. Dans tous les cas, j'indique que vous retrouveriez sur ce point une réponse très nette dans le procès-verbal d'autopsie dressé par le docteur Socquet, et même dans la note qui a été dressée par l'homme éminent que nous regrettons tous, le docteur Tarnier. Donc, je passe.

Quelle est la nature de ces perforations? Sont-elles des perforations traumatiques, c'est-à-dire résultant des opérations pratiquées par le docteur Laporte? Sont-elles, au contraire, spontanées? C'est là, en première instance, qu'a semblé porter tout l'effort de la défense, et c'est là ce qui a fait dévier le débat à tel point qu'on s'est lancé dans les hypothèses les plus aventureuses.

Après le jugement même, comme s'il n'était pas assez des opinions purement théoriques qui avaient été mises en avant devant les premiers juges, après le jugement on a encore émis une autre opinion; il ne suffisait pas de dire, contrairement à l'opinion des experts, que c'étaient des perforations spontanées, on a été jusqu'à soutenir (cela vous montre la passion qu'on a mise dans un débat qui, comme le disait très bien mon honorable contradicteur, n'en comporte aucune), on a été jusqu'à soutenir que les perforations constatées par M. le docteur Socquet avaient pu être produites par lui au cours de l'autopsie.

Tout à l'heure, le docteur Laporte a répondu. Il a dit : « J'étais là, j'ai vu le docteur Socquet pratiquer l'autopsie, là-dessus il n'y a pas l'ombre d'un doute. »

Eh bien, ce que le docteur Laporte a vu et constaté, j'imagine que le savant professeur agrégé qui a émis cette opinion à la légère aurait bien pu le penser, car enfin il est vraiment fort dur d'entendre un professeur, un agrégé formuler contre un de ses confrères, sans aucune espèce de preuve, l'accusation d'une maladresse aussi grave!

Voyons! est-ce qu'il n'y aurait d'infaillibilité que pour ceux qui ne seraient pas les médecins experts? Est-ce que, à l'heure actuelle où l'on a tant parlé de l'habileté médicale, il n'y aurait que les médecins experts qui ne sauraient absolument en rien leur métier? En définitive, le docteur Socquet n'est pas le premier venu; je ne veux pas faire son éloge en raison des services qu'il rend tous les jours, je ne dis pas à l'accusation, mais à la justice, toutefois le docteur Socquet pratique des autopsies journellement, et il était inadmissible dans une affaire de cette nature, une affaire qui devait le préoccuper, puisqu'il s'agissait d'un confrère, il était inadmissible qu'il eût fait preuve d'une maladresse comme celle-là.

Je le répète, c'était déjà absolument invraisemblable, et puis ce n'est pas vrai! Et il y a, sur ce point, une réponse d'ordre que je me bornerai à indiquer. Ce n'est pas vrai, parce que le procès-verbal d'autopsie du docteur Socquet contient ces deux lignes qu'on aurait peut-être bien fait de lire : « Au niveau de ces perforations, la muqueuse vésicale est infiltrée de sang. » Eh bien, je crois que, sans qu'on puisse m'accuser d'exercice illégal de la médecine, les rapports médico-légaux que j'ai lus, les nombreuses autopsies auxquelles jadis j'ai assisté me suffisent pour m'apprendre que les blessures faites après la mort n'entraînent jamais d'effusion de sang; et comme en toutes lettres le rapport du docteur Socquet constatait qu'il y avait une extravasation de sang, c'était une réponse décisive.

Vous voyez que je n'ai pas de peine, tant sur le point de bon sens que sur le terrain scientifique, à écarter cette première hypothèse.

Arrive l'autre hypothèse, car enfin, mon honorable contradicteur l'a très bien senti, il y a un reproche capital, essentiel, qui se dresse contre toutes ces opinions : c'est que ceux qui sont affirmatifs n'ont rien vu, tandis que les experts ont vu... et les experts c'est d'abord le docteur Socquet qui, vous disait-on, n'a pas en matière d'obstétrique une compétence spéciale, c'est ensuite le docteur Maygrier à qui on ne fera pas, j'imagine, la même critique, et qui est professeur agrégé à la Faculté de Paris. Or, ils ont vu, et c'est là un avantage immense; et, ayant vu, ils n'ont éprouvé aucune espèce de doute, ils ont déclaré que, étant donné le siège, l'emplacement, la position de ces lésions, ils affirmaient de la façon la plus nette, la plus certaine, que ces lésions ne pouvaient avoir été produites que par un instrument tranchant.

Remarquez que cette affirmation emprunte à la contradiction qui y a été faite une certaine gravité. Vous comprenez bien qu'en présence d'une parole autorisée comme celle de M. le professeur Pinard, M. Maygrier n'a pas voulu se prononcer à la légère; mais, encore une fois, ayant vu les pièces, ayant vu non pas le bassin, mais les lésions, les perforations, le docteur Maygrier n'a pas craint d'affirmer, en provoquant lui-même toutes les contradictions possibles, qu'aucun doute ne pouvait exister dans son esprit. Il a eu soin de faire remarquer que les pièces étaient conservées, qu'on les pouvait voir, et qu'il suffisait de les voir pour se rendre compte de l'exactitude de son opinion.

Je ne veux pas maintenant, surtout à l'heure où nous

sommes, suivre le docteur Maygrier dans ses observations scientifiques ; je vous prie simplement, si vous éprouviez un doute sur ce point, de vous reporter aux cotes 55 et 58 du dossier, vous y verrez une pièce qui émane de M. le docteur Maygrier et que résumait tout à l'heure M. le Président. Il y a impossibilité à ce que ce soient des ruptures faites par des aiguilles osseuses, parce qu'aucune des deux perforations n'est en contact avec la paroi osseuse du bassin, où d'ailleurs le docteur Socquet a constaté l'absence d'aiguilles.

Par conséquent, sur le terrain des experts, il n'y a pas l'ombre d'une hésitation.

On leur avait fait en première instance des objections ; je ne sais si je dois m'y arrêter, puisque mon honorable adversaire a fait bon marché de ce qui avait été le principal terrain de la discussion en première instance. On leur avait objecté la dimension de ces lésions, et dans les documents qu'on a eu l'amabilité de m'envoyer, j'avais vu que certains médecins étaient restés rêveurs à propos de la dimension des lésions ou de leur situation sur une même ligne horizontale.

Il ne faut peut-être pas prendre les mots trop à la lettre, et il y a une chose qui répond facilement à la situation des lésions, c'est cette parole de M. le docteur Maygrier : « Elles sont situées en regard l'une de l'autre. » On ne veut pas dire qu'elles sont d'une horizontalité absolue, mais elles sont situées dans un même plan horizontal et en regard l'une de l'autre.

Quant à leur dimension, il paraît qu'il y a un sujet d'étonnement dans toute la France, non seulement à Paris mais en province, à ce qu'une aiguille à matelas ayant 5 millimètres de large ait pu occasionner dans la vessie deux perforations ayant 2 centimètres de large. Aucun de ces messieurs ne parvient à se l'expliquer et il paraît que cela cause dans tout le corps médical une véritable inquiétude.

Cela ne me paraît pourtant pas bien difficile. Le docteur Laporte a dirigé son aiguille à matelas sur le crâne de l'enfant. Il l'a atteint, cela n'est pas douteux, comme il devait l'atteindre ; et, comme il s'est trouvé en présence d'une substance un peu dure ayant une certaine résistance, comme les os ou la partie qui commence à s'ossifier et qui constitue le crâne de l'enfant, il a fait une incision qui, naturellement, dans cette substance un peu dure, n'avait que la dimension de l'aiguille elle-même. Mais si vous admettez, avec les experts, qu'à un moment donné son aiguille a dérapé, qu'une échappée s'est produite à ce moment-là par le seul fait que l'aiguille est entrée dans des tissus beaucoup moins résistants que ne l'était le crâne ; par suite du mouvement de l'échappée la blessure ou la lésion a pu s'agrandir et a pu arriver jusqu'à 2 centimètres.

Par conséquent, je ne vois là aucune objection. Mais, je le répète, je ne sais pourquoi je discute à l'heure actuelle puisque mon honorable adversaire n'a pas reproduit devant vous ces différents griefs. J'aime donc mieux arriver à ma conclusion sur ce premier point, et ma conclusion est celle-ci :

Le docteur Laporte peut être considéré sans aucun doute, à mon sens, comme l'auteur involontaire, bien entendu, des lésions qui ont été constatées par les médecins-experts ; ce sont des lésions traumatiques, et le docteur Laporte a bien fait de le reconnaître, car enfin c'est là un argument dont on n'a pas assez tenu compte jusqu'ici. Au milieu de toutes ces publications, au milieu de toutes ces critiques qui ont quelquefois dépassé la mesure, on a fait ressortir bien des choses, mais enfin on a oublié de faire ressortir celle-là. Je ne veux pas vous relire la procédure puisque tout à l'heure elle vous était lue par l'honorable avocat du prévenu, mais, le 20 septembre, le docteur Laporte, ayant assisté à l'autopsie, déclarait qu'il reconnaissait que la vessie avait été perforée au cours de son opération.

Je l'ai reconnu, disait-il, à ce moment parce que je ne savais pas qu'il pouvait y avoir des perforations spontanées ; puis, d'un autre côté, j'étais troublé. M. le conseiller-rapporteur vous faisait remarquer qu'à ce moment, le docteur Laporte n'avait pas été mis en état d'arrestation, qu'il avait assisté à l'autopsie, qu'il l'avait suivie avec beaucoup d'attention. Le docteur Socquet en a fait connaître le résultat matériel et le docteur Laporte s'inclina. Vous retiendrez que le docteur Laporte déclare qu'il reconnaît que les perforations ont été faites au cours de son opération et qu'il termine sa déclaration par ces mots : « Je reconnais la matérialité des faits. »

Vous voyez qu'il y avait là des éléments qui étaient de nature à permettre aux experts de se défendre. Ils ont eu quelque mérite, laissez-moi vous le dire, à garder l'attitude très réservée et très digne qu'ils ont gardée. Pendant qu'on élevait vis-à-vis d'eux des critiques comme celles que je vous indiquais tout à l'heure, pendant qu'on se livrait à des récriminations acerbes, eux qui avaient en mains des pièces, eux qui avaient en mains l'aveu du docteur Laporte, ils ont gardé le silence, pensant que c'était la seule attitude qui convenait à la dignité de la mission que la justice leur avait confiée ; ils ont bien fait, et il est nécessaire de le répéter, car, encore une fois, indépendamment de leur appréciation scientifique, que voulez-vous, ils étaient dans une large mesure couverts, je ne dirai pas par le silence, par l'absence de contradictions, mais par l'aveu formel du docteur Laporte qui, tout le premier, reconnaissait qu'on se trouvait en présence de lésions traumatiques, de perforations résultant de son opération.

Je passe très rapidement, car il y a un grand nombre de questions sur lesquelles nous nous trouvons d'accord.

Oh ! il y a une certaine exagération. On a dit : « Le docteur Laporte a été extrêmement habile, » parce qu'il n'a occasionné aucune lésion, parce que tous ces organes si délicats de la femme se sont trouvés intacts et qu'on l'a prouvé à l'autopsie.

C'est bien vrai, mais enfin la femme Fresquet avait eu cinq accouchements précédents dont quatre à l'aide du forceps, et quatre fois on avait réussi auparavant. Que voulez-vous ! il ne faut donc pas crier victoire si haut.

Par les pièces du dossier, par l'autopsie de l'enfant, j'ai voulu savoir si l'enfant avait les dimensions normales d'un enfant venant à terme ; je me suis reporté à ce que nous considérons comme notre manuel de médecine légale, et j'ai constaté que, comme poids, comme dimensions, cet enfant entrait dans les conditions ordinaires ; j'ai constaté de plus, par l'avis de M. le docteur Maygrier, que le bassin de la femme Fresquet, s'il était rétréci, ne l'était pas dans des conditions extraordinaires puisqu'il y avait simplement un rétrécissement de 1 centimètre et demi. Je constate enfin que, quatre fois auparavant (c'est tout ce que je veux dire et je ne crois pas dire une énormité), les confrères du docteur Laporte avaient été plus heureux que lui.

Et puis ce sont toutes les constatations que je voulais faire.

Donc, application du forceps, dans tous les cas, application absolument indiquée par la science ; cette application n'ayant pas réussi, il fallait recourir à la craniotomie ; les experts le disent très nettement, ils reconnaissent tous les deux que le docteur Laporte était autorisé à pratiquer la craniotomie, et que, n'ayant pas sous la main des instruments complètement appropriés, des instruments scientifiques (il paraît que dans les mains d'un maladroit, l'instrument scientifique est plus dangereux qu'une aiguille à matelas), le docteur Laporte a eu le droit de se servir du premier instrument venu.

C'est là, comme le faisait remarquer M. le Président, ce qui a contribué, au premier moment, au désarroi de l'opi-

nion publique. Que voulez-vous! lorsqu'il s'agit d'opérations aussi graves, lorsqu'il s'agit de pénétrer dans les organes maternels et lorsqu'on fait usage d'un ciseau à froid ou d'une aiguille à matelas, on s'émeut. Je comprends l'effarement de ces commères. Il faut que nous lisions nous-mêmes des ouvrages des maîtres autorisés et que nous disions qu'en définitive la fin justifie les moyens, il faut cela pour supposer qu'on puisse aller avec raison, avec la justification et l'autorisation de la science, pratiquer des opérations aussi terribles avec des instruments si simples, si peu appropriés. Cela ressemble, comme on vous le disait tout à l'heure, à une œuvre de boucherie, c'est vrai, c'est comme toutes les opérations chirurgicales; seulement, que voulez-vous! quand les bouchers s'appellent Dupuytren, Nélaton, Péan, ils sauvent la vie à des milliers de créatures humaines, mais ce n'est pas une raison pour qu'il n'y ait pas à un moment donné des saisissements d'effroi ou d'indignation de la part des gens qui se trouveront en présence d'une opération faite à l'un de nos semblables.

Eh bien! le docteur Laporte était autorisé à se servir de l'instrument qu'il a employé, les deux experts l'ont dit, et par conséquent de ce chef-là il n'y a encore aucun reproche à lui faire.

Et alors, puisque mon honorable contradicteur n'a pas contesté ici la question de principe, j'arrive à l'application possible dans des cas spéciaux ou déterminés, aux médecins et chirurgiens, de l'article 319, j'arrive à la discussion du jugement.

Le jugement s'appuie sur deux arguments. Le premier est celui-ci : c'est que le docteur Laporte a commis une faute grave en n'appelant pas un confrère.

Eh bien! permettez-moi de m'expliquer sur ce point, parce qu'il a au point de vue du principe une réelle utilité.

Je ne veux pas discuter devant vous la jurisprudence sur la responsabilité pénale des médecins; tout le monde sera d'accord pour reconnaître qu'il n'existe pas une véritable immunité en faveur des médecins ou des chirurgiens, mais qu'ils ne peuvent tomber sous le coup de la loi qu'autant qu'ils se sont rendus coupables d'une imprudence grave, d'une faute lourde, d'une impéritie impardonnable, d'une ignorance absolue de toutes les règles et de tous les principes de leur profession.

Je ne veux point vous citer d'arrêts, mais cependant, sur la question spéciale dont je m'occupe en ce moment, sur la question de savoir si le fait de ne pas avoir appelé un médecin peut constituer une faute grave, je me reprocherais de ne pas vous dire qu'elle a déjà été soumise à la justice civile, et qu'en 1867, dans une affaire de dommages-intérêts fondée uniquement sur l'article 1382 du Code civil, la cour de Metz avait décidé qu'on ne pouvait même pas voir un principe de responsabilité civile dans le fait par le médecin de ne pas appeler un autre de ses confrères. Pourquoi? Par une raison bien simple : c'est que, du moment où l'on est médecin, on est autorisé à se livrer à l'exercice de la profession de la médecine.

Il peut être plus prudent, dans certains cas, de ne pas se fier à ses propres lumières, et dans la circonstance actuelle, étant donné les difficultés très graves, très sérieuses en présence desquelles se trouvait le docteur Laporte, il aurait peut-être mieux fait d'insister, comme il en a été question à un moment donné, pour avoir un confrère auprès de lui; mais laissez-moi vous dire que je ne songe pas même de ce chef à l'accuser d'une certaine présomption, d'une certaine témérité, d'une certaine audace, je ne veux pas même le lui reprocher, parce que je retiens qu'il était là en définitive faisant, lui aussi, œuvre charitable; qu'il était là chez des pauvres, plus pauvre que ces pauvres eux-mêmes, et qu'en définitive, pour avoir dépensé trois heures de son temps et de sa peine, en pleine nuit, il ne devait recueillir qu'un modeste salaire... Je dis modeste pour ne blesser personne.

Par conséquent, vous le voyez, au point de vue civil, ce n'était déjà pas une faute.

Au point de vue pénal, cela ne peut pas constituer un élément de responsabilité.

Deuxième argument :

Le jugement reproche au docteur Laporte de n'avoir pas guidé les instruments dont il s'est servi en pratiquant l'opération de la craniotomie.

Ici, comme on vous l'a bien fait remarquer, les experts ne sont pas en faute. On leur a communiqué un dossier, ils ont pris les constatations du dossier, ils ne les ont pas discutées, ce n'était pas leur rôle; ils examinaient l'affaire dans les conditions où le dossier la leur présentait.

Nous autres, nous sommes dans une situation toute différente; les témoignages, nous avons le droit de les peser, nous en avons même le devoir; nous devons les apprécier, nous devons les mesurer, nous devons chercher quel est le degré de confiance que nous pouvons leur accorder.

Eh bien! après ce qui a été dit au cours de ces débats, ai-je besoin de vous dire les raisons pour lesquelles Mme Hubert, Mme Burgis, Mme Delanoé et autres, malgré toute l'expérience qu'elles pouvaient avoir dans la science des accouchements, pourquoi ces voisines audacieuses dans leur curiosité assez malsaine, pourquoi ces femmes-là ne m'inspirent pas de confiance? Je ne puis pas m'appuyer sur de semblables témoignages, j'estime qu'il y a plus d'un doute, et, sur ce terrain de fait, je vais même plus loin que mon honorable contradicteur, ce sont pour moi des témoins que je récuse. Elles n'ont pas menti, mais elles se sont trompées, elles ne se sont pas rendu compte, et il y a surtout ce fait que je vous indiquais tout à l'heure : le saisissement, l'émotion, l'effroi de ces femmes en face d'une opération qui était de nature à impressionner même des âmes mieux trempées que les leurs.

Dans ces conditions-là, il faut absolument écarter leur témoignage.

Le témoignage du mari? Le mari était bien ému : ce n'est pas non plus un témoin sur lequel nous puissions nous appuyer avec confiance.

Que reste-t-il? La sage-femme?

C'est là où il y a un doute, parce que la sage-femme n'est pas aussi formelle qu'on pourrait le souhaiter dans l'intérêt du docteur Laporte. Mais sa restriction n'empêche pas de considérer qu'en définitive il faut la prendre en faveur du médecin. Elle n'affirme pas, mais elle dit : « Je crois. » Eh bien! moi aussi, je crois. En effet, comme le disait l'honorable avocat du docteur Laporte, il faut opérer pour acquérir de l'expérience; évidemment, il vaudrait bien mieux commencer par la troisième fois, mais pour cela je ne connais pas d'autre moyen pour opérer une troisième fois que d'avoir opéré d'abord une première fois et une seconde. Puis, que voulez-vous! l'inexpérience est le péché des jeunes, nous l'avons tous été et peut-être bien regrettons-nous de ne plus l'être, au risque d'avoir un peu moins d'expérience.

Donc, je laisse de côté ce grief d'inexpérience et je dis ceci : c'est que, si inexpérimenté qu'ait pu être le docteur Laporte, il n'est pas admissible, surtout en se servant d'un instrument aussi défectueux, qu'il n'ait pas eu la pensée de le guider.

Et, à ce point de vue, les experts eux-mêmes constatent qu'il a atteint le crâne de l'enfant à une position qui indique que l'aiguille a été, en définitive, bien dirigée. Seulement, comme je le disais tout à l'heure, une échappée a pu se produire, et alors cette échappée — car c'est là où il faut en revenir — constitue-t-elle un élément de responsabilité pénale?

On a eu raison de vous dire que nulle part ils n'ont pro-

noncé le mot d'imprudence ou de négligence. J'ai bien vu dans leur rapport qu'ils avaient parlé d'un défaut d'habileté, mais un défaut d'habileté ne tombe pas, Dieu merci ! sous le coup de l'article 319 ou de l'article 320. J'ai bien vu même qu'ils avaient dit que le docteur Laporte n'avait pas eu la prudence désirable, cela implique qu'on a encore une certaine dose de prudence, et de là à l'imprudence il y a fort loin.

Par conséquent, comme vous le disait tout à l'heure Me Henri Robert, dans le rapport des experts eux-mêmes, dans le rapport de ces experts qu'on a tant attaqués, tant critiqués (si cette affaire nous a donné la preuve de la solidarité qui existe entre médecins, on n'a fait d'exception à cette solidarité, il faut bien en convenir, que pour les médecins experts), dans leur travail si calme, si modéré, encore une fois, il n'y a pas un élément juridique qui paraisse de nature à constituer un délit et à faire tomber le docteur Laporte sous l'application des articles 319 et 320.

Voilà ce que je voulais vous dire. Je l'ai fait d'une façon extrêmement succincte et sommaire pour ne pas abuser inutilement de votre bienveillante attention, mais je vous demande cependant, avant de m'asseoir, de résumer en deux mots l'impression qui pour moi se dégage de cette affaire.

Je vous dirai que c'est une affaire très triste et très malheureuse à tous les points de vue. Elle est d'abord très triste pour le docteur Laporte : il faut en convenir. Seulement, s'il est vrai qu'à mon sens les actes qui lui sont reprochés ne tombent pas sous le coup de la loi pénale, il y a eu cependant de sa part une certaine inexpérience, une certaine nervosité (nous en avions la preuve tout à l'heure), toutes choses en définitive qui sont excusables, qui ne sont pas condamnables au point de vue du droit pénal, mais toutes choses qui ont pu contribuer dans une certaine mesure à entraîner la mort de la dame Fresquet, la mort d'une mère de famille, dont l'existence était indispensable, sinon indispensable, du moins très utile à tous les siens.

Or, cette mort est encore un fait très malheureux et très triste; et la justice à qui on ne peut pas en définitive reprocher d'être trop soucieuse du respect de la vie humaine, avait en principe quelque raison de s'en préoccuper, de s'en émouvoir. Mais quand elle l'a fait, elle s'est trouvée en présence d'une défense. Oh! je ne parle pas de celle de mon honorable contradicteur dont nous avons une fois de plus apprécié le talent, la modération et le dévouement... Mais en présence d'une défense extrêmement ardente, extrêmement vive, dans laquelle on a cherché... comment dirai-je? à jeter le doute sur des faits qui pour moi me paraissent certains, évidents. Et alors, plus on contestait ces faits, plus on semblait vouloir les nier, plus le tribunal devait supposer que ces faits-là avaient de la portée, de l'importance, de la gravité, et ainsi par cette appréciation erronée de faits, suivant moi erronés, on est arrivé à déterminer de la part des premiers juges une appréciation erronée des principes juridiques qui devaient conduire à la solution de ce procès.

Heureusement, nous sommes ici, comme on l'a dit avec grande raison, dans une atmosphère bien plus calme, bien plus recueillie, nous pouvons nous ressaisir, et nous pouvons donner à l'affaire son véritable caractère et sa véritable physionomie.

Je ne demande pas qu'on nous en sache gré, parce que nous faisons notre devoir, comme les premiers juges ont fait le leur, et que nous nous bornons à remplir le rôle que la loi nous a confié en instituant des juridictions d'appel; mais ce que je demande — et en cela je ne serai peut-être pas trop exigeant — c'est que, avant de se lancer dans des attaques aussi vives, aussi véhémentes, aussi passionnées, avant de se lancer dans des récriminations acerbes contre la justice, on veuille bien attendre qu'elle ait dit son dernier mot et qu'elle ait rendu la décision définitive que nous venons tous avec confiance et avec respect solliciter de votre justice souveraine. »

Ce réquisitoire méritait d'être lu attentivement et d'être profondément médité, phrase par phrase, ligne par ligne. Tout commentaire ne pourrait qu'en diminuer la haute portée et en affaiblir la valeur.

---

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Déjà, dans une des précédentes séances, MM. Widal et Nobécourt avaient apporté le résultat de leurs expériences sur l'action des centres nerveux pulpés vis-à-vis de la strychnine, et avaient montré que cette action n'était pas comparable à celle exercée sur la toxine tétanique. Dans une communication très documentée et pleine d'intérêt, MM. Thoinot et G. Brouardel étudient à leur tour l'**action antitoxique de la pulpe nerveuse et diverses autres substances vis-à-vis de la strychnine.** Voici le mécanisme expérimental employé par les auteurs. Ils extraient le cerveau et la moelle de quatre cobayes sacrifiés, ils le broyent finement, en ayant soin de faire l'opération pour les produits de chaque animal séparément, sans aucun mélange de l'un à l'autre. Cela fait, ils prennent douze cobayes qu'ils pèsent et divisent en quatre lots. Dans chacun de ces lots, deux cobayes reçoivent en injection sous-cutanée le mélange intime de 1 gramme de la pulpe nerveuse de l'un des cobayes sacrifiés, et d'une dose sûrement mortelle pour eux d'une solution titrée de sulfate de strychnine. Cette solution est dosée (en strychnine) à 1 milligramme par 1 centimètre cube, et 0mgr6 tuent 100 grammes de cobaye. Le troisième cobaye du lot recevra 1 gramme de la même pulpe nerveuse, mélangée intimement avec le double de la dose mortelle pour lui de la solution. Avant de faire l'injection sous-cutanée, on laisse macérer quarante-huit heures, à une température froide, chacun des mélanges ainsi préparés et, au moment de procéder à l'opération, on filtre le mélange sur un linge, on broie soigneusement ce qui reste sur le linge avec un peu d'eau et on l'ajoute au liquide louche et chargé de substance nerveuse qui avait filtré, de telle façon que pas une parcelle de la substance nerveuse ne soit distraite de la masse à injecter.

Toutes les expériences ainsi conduites ont donné des résultats absolument concordants, mais aussi d'autres séries expérimentales ont permis d'élargir la question et de prouver que nombre de substances inertes partagent le pouvoir préservateur de la pulpe nerveuse vis-à-vis de la strychnine, de sorte qu'on peut retenir comme bien établis les faits suivants : plusieurs substances, tant d'origine animale que d'origine végétale et minérale, jouissent de la propriété, quand on y mélange une solution de strychnine et qu'on injecte le mélange sous la peau du cobaye, d'arrêter les effets mortels du poison. Le pouvoir d'arrêt de ces substances n'est pas égal d'une substance à l'autre et il est facile d'ores et déjà de limiter approximativement ce pouvoir.

MM. Widal et Nobécourt ont montré que la pulpe nerveuse et le parenchyme hépatique donnaient des résultats plus actifs que d'autres pulpes organiques; MM. Thoinot et Brouardel montrent que la pulpe nerveuse et la poudre de talc jouissent d'un pouvoir d'arrêt à peu près équivalent,

que la fécule de pomme de terre jouit d'un pouvoir qui paraît moitié moindre et que le charbon a, si l'on veut, le tiers du pouvoir des deux premières substances. On pourrait arriver à formuler des coefficients exacts, car, en matière d'intoxication strychnique aiguë, par la voie sous-cutanée, tout peut être précisé nettement.

Quelle est la pathogénie exacte de cette action? On peut arriver à prouver, peut-être, qu'il s'agit là non d'un phénomène biologique obscur, mais d'un phénomène général, de l'application d'une loi chimique bien connue, à savoir : la fixation des matières tenues en solution par un liquide, lorsqu'on vient à faire passer ce liquide sur des corps même inertes, même non poreux. Or, il se trouve prouvé que la strychnine en solution a justement cette propriété de se laisser fixer et que, parmi les fixateurs *in vitro*, la pulpe nerveuse — et sans doute d'autres pulpes organiques — figure à côté de matières tout à fait différentes, d'origine végétale et minérale.

Le pouvoir fixateur de ces substances diverses pour le poison strychnique n'est pas égal et de là provient la moindre action préservatrice expérimentale, sous même dose de telle ou telle substance : la pulpe nerveuse apparaît comme un des meilleurs fixateurs connus, et, partant, un des meilleurs préservateurs.

M. Béclère présente deux fillettes âgées, l'une de dix-huit mois et l'autre de trente et un mois, atteintes de **paralysie spinale infantile avec participation du nerf facial**. La paralysie qui est survenue chez ces deux sœurs, à sept jours d'intervalle, s'est localisée, chez l'aînée, aux membres inférieurs; chez la plus jeune, au bras gauche et à la moitié de la face, après avoir, chez toutes deux, abandonné les muscles moteurs de la tête.

L'aînée présente aujourd'hui une paralysie flaccide avec atrophie musculaire, jambes de polichinelle, réaction de dégénérescence, sans troubles de la sensibilité, ce qui permet d'affirmer le diagnostic de polio-myélite antérieure aiguë, mais ce sur quoi il convient d'insister, c'est sur la participation des muscles de la face à la paralysie, fait d'autant plus rare, que dans le cas actuel l'enfant a survécu. Or, s'il est vrai que plusieurs observateurs, témoins d'épidémie de paralysie infantile, ont rapporté des exemples de paralysies des muscles innervés, soit par le nerf oculo-moteur interne, soit par le facial, soit par l'hypoglosse, il s'est toujours alors agi de cas très aigus et très rapidement mortels.

M. Dalché attire l'attention sur quelques inconvénients qui peuvent résulter du **tamponnement à la solution gélatinée contre les métrorragies.**

M. Galliard cite des cas d'**érythème papuleux d'origine grippale.**

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Pilules contre la tuberculose pulmonaire.

Eucalyptol . . . . . . }
Iodoforme . . . . . } *ãã* 5 centigrammes.
Créosote de hêtre . . }
Arséniate de soude. . . . 1 milligramme.
Cynoglosse . . . . . . . 1 —

Q. s. pour une pilule.
Deux de ces pilules au milieu de chaque repas.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier dimanche ont eu lieu, à Notre-Dame de Lorette, les obsèques du docteur Lebled. Le deuil était conduit par son gendre, M. le docteur Mathieu, médecin des hôpitaux, notre cher et distingué collaborateur.

Ancien interne des hôpitaux (promotion de 1844), Lebled avait débuté comme préparateur du cours de Chassaignac. Le très vif succès de ce cours était assuré par le talent d'exposition du professeur et par le scalpel si remarquable de son préparateur. Chef de clinique du professeur Rostan, Lebled a eu la consolation de voir la fille de son illustre maître venir adoucir ses derniers moments; touchante pensée, bien digne de celle dont la vie n'est qu'un long bienfait.

Lebled laisse le souvenir d'un praticien modeste, instruit, consciencieux et du dévouement le plus absolu à ses malades.

— Le Président de la République a reçu mercredi matin M. le professeur Lannelongue et M. le docteur Chauffard qui, en leur qualité de président et de secrétaire général du Congrès international de médecine de 1900, sont venus demander au chef de l'État de vouloir présider la première séance de ce Congrès. M. Félix Faure a accepté cette invitation.

— La Chambre des députés, dans sa séance du 22 mars 1898, a adopté, d'urgence et sans discussion, le projet de loi suivant relatif aux médecins et pharmaciens militaires :

Article premier. — Le cadre des médecins et des pharmaciens militaires est fixé conformément aux tableaux A et B annexés à la présente loi.

Tableau A. — Cadre du corps des médecins militaires : médecin-inspecteur général, 1; médecins-inspecteurs, 11; médecins principaux de première classe, 45; médecins principaux de deuxième classe, 60; médecins-majors de première classe, 340; médecins-majors de deuxième classe, 500; médecins aides-majors de première classe, 400; médecins aides-majors de deuxième classe, 100, dont 50 aides-majors stagiaires à l'École d'application du Val-de-Grâce. — Total : 1457.

Tableau B. — Cadre du corps des pharmaciens militaires : pharmacien-inspecteur, 1; pharmaciens principaux de première classe, 4; pharmaciens principaux de deuxième classe, 5; pharmaciens-majors de première classe, 30; pharmaciens-majors de deuxième classe, 45; pharmaciens aides-majors de première classe, 20; pharmaciens aides-majors de deuxième classe, 10. — Total : 115.

Art. 2. — Les élèves de l'École d'application du service de santé (Val-de-Grâce) ont, lorsqu'ils proviennent de l'école du service de santé militaire de Lyon, le grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Art. 3. — A l'avenir, le nombre des médecins dans les régiments d'artillerie et du génie sera de 3, savoir : 1 médecin-major de première classe; 1 médecin-major de deuxième classe; 1 médecin aide-major de première ou de deuxième classe.

Dans les escadrons du train, le service de santé sera confié à un médecin-major de deuxième classe.

Art. 4. — Des décrets et des règlements ministériels pourvoiront à la complète exécution des dispositions contenues dans la présente loi.

Art. 5. — Sont abrogées toutes les dispositions des lois, ordonnances, décrets et règlements contraires à la présente loi.

— *École réorganisée de médecine et de pharmacie de Tours.* — Concours pour trois places de chef de clinique. — Décret du 1er août 1883.

Conditions générales : Est admis à concourir tout docteur en médecine, de nationalité française, qui n'est pas âgé de plus de trente-quatre ans, le jour de l'ouverture du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'école au moins cinq jours avant la date fixée pour l'ouverture du con-

cours. — Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans. Ils pourront, sur la proposition du professeur titulaire et avec l'avis favorable de l'école, être maintenus pour une nouvelle période de même durée. — Les chefs de clinique assistent les professeurs titulaires. Leurs attributions sont déterminées et réglementées par chacun des professeurs de clinique. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles de suppléant titulaire en exercice, de chef interne, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. — Les chefs de clinique reçoivent une indemnité annuelle qui ne peut être inférieure à 300 francs.

Programme des concours. — 1° *Clinique chirurgicale.* — Ce concours sera ouvert le jeudi 5 mai 1898, à neuf heures du matin. — Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'école, jusqu'au samedi 30 avril, à quatre heures du soir. — Les épreuves du concours, conformément à la décision ministérielle du 27 novembre 1897, consistent en : 1° une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades, après vingt minutes d'examen et vingt minutes de réflexion ; 2° une dissertation orale d'un quart d'heure de durée, sur un sujet d'anatomie pathologique chirurgicale, après un examen anatomique, histologique ou chimique, pour lequel il est accordé trois heures ; 3° une épreuve de médecine opératoire ; 4° appréciation des titres antérieurs des candidats.

Nota. — Les candidats ne devront, en aucun cas, se servir d'ouvrages manuscrits ou imprimés.

2° *Clinique obstétricale.* — Ce concours sera ouvert le lundi 9 mai 1898, à neuf heures du matin. — Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'école jusqu'au mercredi 4 mai, à quatre heures du soir. — Les épreuves du concours, conformément à la décision ministérielle du 27 novembre 1897, consiste en : 1° une leçon clinique de vingt minutes de durée, sur deux malades, après vingt minutes d'examen et vingt minutes de réflexion ; 2° une dissertation orale d'un quart d'heure de durée, sur un sujet d'anatomie pathologique obstétricale, après examen anatomique, histologique ou chimique, pour lequel il est accordé trois heures ; 3° une épreuve pratique consistant en manœuvres obstétricales sur le mannequin ; 4° appréciation des titres et des travaux antérieurs des candidats.

Nota. — Les candidats ne devront, en aucun cas, se servir d'ouvrages manuscrits ou imprimés.

4° *Clinique médicale.* — Ce concours sera ouvert le jeudi 12 mai 1898, à neuf heures du matin. — Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'école, jusqu'au samedi 7 mai, à quatre heures du soir. — Les épreuves du concours, conformément à la décision ministérielle du 27 novembre 1897, consistent en : 1° une leçon clinique de vingt minutes de durée, sur deux malades, après vingt minutes d'examen et vingt minutes de réflexion ; 2° une dissertation orale d'un quart d'heure de durée sur un sujet d'anatomie pathologique médicale, après un examen histologique, bactériologique ou chimique, pour lequel il est accordé trois heures ; 3° une consultation écrite sur un malade ; 4° appréciation des titres et des travaux antérieurs des candidats.

Nota. — Les candidats ne devront, en aucun cas, se servir d'ouvrages manuscrits ou imprimés.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 38. — JEUDI 31 MARS 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 31 MARS 1898. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MM. Colin et Laveran sont venus prêter leur appui à M. le directeur de la vaccine pour la campagne qu'il entreprend dans le but de rendre obligatoire la vaccination dans nos colonies. Tout le monde, en somme, est d'accord pour reconnaître la nécessité d'agir dans le sens indiqué par M. Hervieux; la discussion ne porte que sur les divers moyens qu'on peut employer. M. le directeur de la vaccine reprendra la parole sur ce sujet dans la prochaine séance.

M. Laborde a pris part de nouveau à la discussion sur la cirrhose des buveurs, et il s'est appuyé sur la communication de M. Riche pour accuser de nouveau l'alcool comme la cause évidente de l'acidité et des fermentations acides incriminées par M. Riche.

M. Hayem, qui est depuis vingt ans médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a pu voir un grand nombre d'alcooliques. Malheureusement, ce sont des éclectiques qui boivent de tout, et il est difficile, dans ces conditions, de se faire une opinion relativement à l'influence prépondérante du vin ou des autres alcooliques sur les accidents observés. Quoi qu'il en soit, M. Hayem ne serait pas très éloigné de l'opinion de M. Lancereaux sur l'influence néfaste du vin, mais il ne croit pas cependant que ce soit le sulfate de potasse qu'il faille mettre en cause.

Parmi les présentations, nous devons signaler celle de MM. Boinet et Vié (de Marseille) sur un cas de tétanos traité par des injections répétées de sérum antitétanique. Nous donnons *in extenso* cette observation. Un travail de MM. James Stuart et Laborde sur la prostitution et sa réglementation montre que l'abrogation des acts sur les maladies contagieuses, en Angleterre, a été suivie d'une diminution du chiffre des maladies vénériennes.

Nous avons deux intéressantes communications à signaler, l'une de M. Championnière sur la réparation d'un muscle par des fils métalliques, l'autre de M. Reclus sur l'emploi de l'eucaïne B comme anesthésique.

L'observation de M. Championnière a pour but de montrer qu'on peut loger dans la substance d'un muscle et y laisser en permanence un groupe de fils métalliques formant barrière et pouvant servir de point d'appui à des fils perpendiculaires aux premiers. C'est là l'application d'un principe nouveau en chirurgie qui mérite d'être pris en considération.

M. Reclus, tout en restant fidèle à la cocaïne, a étudié un nouveau produit, l'eucaïne B, qui paraît présenter quelques avantages sur la cocaïne, en particulier pour l'anesthésie en stomatologie.

L'Académie s'est formée en comité secret pour le classement des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie. La liste a été arrêtée comme suit : en première ligne, M. Ch. Richet; en deuxième ligne, et par ordre alphabétique, MM. Gréhant, Poirier, Rémy, Retterer et Reynier.

## GUÉRISON D'UN CAS DE TÉTANOS TRAUMATIQUE

### TRAITÉ PAR DES INJECTIONS RÉPÉTÉES DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE

Par M. le professeur BOINET,
Médecin des hôpitaux, agrégé des Facultés, professeur à l'École de médecine,
et M. le docteur VIÉ (de Marseille).

Jean S..., vingt-huit ans, matelot, passager à bord de l'*Iraouaddy*, est embarqué à Tamatave, en excellent état.

Le 22 janvier, à Diégo-Suarez, S... reçoit un coup de corne de bœuf malgache qui pénètre dans la narine gauche et déchire l'aile correspondante du nez à sa jonction avec la cloison médiane. Une hémorragie se produit, elle est assez abondante, elle cesse néanmoins quelques heures après, grâce à un tamponnement antérieur. Un premier pansement est fait, il est renouvelé tous les matins.

Le 5 février, la plaie est en voie de cicatrisation.

Le 7 février, on note l'apparition d'un léger trismus avec contraction douloureuse des muscles de la nuque et du dos; le malade accuse, en même temps, une dysphagie, légère d'abord, puis plus intense.

Tel est le récit que fait le malade, car c'est le 9 février, au matin, seulement, qu'il se présente à la visite. A ce moment même, survient une crise. S... a la tête fortement rejetée en arrière par la contraction permanente des muscles de la nuque; la face est grimaçante, a un aspect sardonique; les muscles masticateurs sont contractés, les pupilles sont dilatées; le tronc, violemment tiré et courbé en arrière par la contracture des muscles du dos, forme un arc à concavité postérieure. En un mot, l'opisthotonos est très marqué et absolument caractéristique. Les battements du cœur sont

forts et précipités (pulsations 130), la douleur est très vive.

Le malade est isolé, mis dans une couchette spéciale.

A neuf heures et demie, nouvelle crise tétanique pendant laquelle les mêmes symptômes se reproduisent avec une égale intensité.

Dans l'intervalle des deux crises, la régularité et le rythme du cœur redeviennent normaux. La contraction des muscles du dos et de la nuque persiste toujours, mais elle est moins douloureuse. Seul le trismus est aussi violent. Il existe en même temps une dysphagie très vive et très pénible. Dans le courant de la journée, S... absorbe seulement un peu de champagne.

A neuf heures, on pratique une injection de 2 centimètres cubes d'une solution de morphine et chloral (chlorhydrate de morphine 20 centigrammes, chloral 1 gramme, eau 10 grammes). Un morceau de bois est introduit entre les dents du malade pour empêcher les morsures de la langue. A midi, lavement avec 6 grammes de chloral hydraté.

A une heure et demie, nouvelle crise tétanique en tous points semblable aux deux précédentes. A quatre heures, deuxième lavement avec 8 grammes de chloral. Dans le courant de l'après-midi, le malade éprouve toujours de vives douleurs. A neuf heures, on pratique encore une injection de 2 centigrammes de la solution de morphine et chloral.

10 février, sept heures et demie du matin. La nuit a été calme. Aucun accès tétanique ne s'est produit depuis la veille au soir à deux heures. On donne XV gouttes de teinture d'extrait d'opium dans du lait. A midi, lavement avec 8 grammes de chloral.

La température atmosphérique a singulièrement baissé et le froid fait éprouver au malade de vives douleurs qui sont légèrement atténuées par une piqûre de morphine.

A cinq heures et demie, crise longue et violente, mais entièrement semblable aux précédentes (pulsations 140). A huit heures, chloral 5 grammes, glycérine 20 grammes, jaune d'œuf n° 1, eau 200 grammes, en lavement.

11 février. Comme la veille, la nuit a été calme. La douleur n'a pas cessé; elle est pourtant moins vive, avec une seule exacerbation vers onze heures et demie. Le trismus n'a pas diminué. La même médication est continuée : bouillon, lait, morphine, chloral, ce dernier à la dose quotidienne de 12 à 15 grammes.

Vers neuf heures et demie, augmentation notable de la douleur, expliquable par le mauvais état de la mer. Aucune crise n'est survenue.

12 février, sept heures du matin. Depuis la veille au soir, la mer a été très agitée; il s'est produit de forts mouvements de roulis et de tangage. Aussi le malade a-t-il passé une très mauvaise nuit. Deux crises : l'une à onze heures et demie; la seconde à quatre heures, ayant une durée et une intensité plus grandes que les précédentes.

Pour la première fois, S... se plaint de douleurs vives et continues dans la région antérieure du cou, dont les muscles et les sterno-mastoïdiens, en particulier, sont en effet fortement contracturés.

A neuf heures, nouvelle crise offrant un caractère particulier qui n'avait jamais été noté jusqu'ici; au début de l'accès, le malade, dont le tronc forme littéralement un arc de cercle ouvert en arrière, respire très difficilement; les inspirations deviennent de plus en plus pénibles et espacées, puis elles cessent complètement. La face est cyanosée, d'une couleur bleu rougeâtre; par la plaie du nez, qui s'est ouverte en partie, s'écoulent quelques gouttes de sang rouge. Alors, pendant neuf secondes exactement, la main n'arrive à percevoir ni les battements du cœur, ni le pouls. L'asphyxie paraît complète, la mort imminente, mais bientôt une première inspiration longue, sifflante, est possible; le pouls redevient perceptible, mais les battements en sont faibles et surtout très espacés. Graduellement, la respiration reprend son rythme normal et, au bout de quelques minutes, les battements du cœur ont la force et la fréquence (pulsations 140) déjà signalées pendant les autres accès. Après cette attaque, s'accompagnant de phénomènes asphyxiques, survient la crise ordinaire qui paraît en être la continuation. Pendant tout ce temps, S... a gardé une parfaite lucidité d'esprit et les premières paroles qu'il prononce sont les suivantes : « J'ai cru que j'allais mourir. » Après une piqûre de 2 centigrammes de la solution de morphine et chloral, le malade entre dans une longue période de calme et la médication, instituée dès le début, est continuée. Les mouvements de déglutition sont toujours douloureux. Le trismus n'a pas diminué.

13 février. Pas d'exercice dans le courant de la nuit. Dans la matinée, de neuf heures un quart à dix heures et demie, on constate quatre accès successifs, presque subintrants, bientôt suivis d'un cinquième accès qui est prolongé, intense, asphyxique, exactement semblable à celui que nous observions au matin. Une crise de même ordre, la troisième, se produit à huit heures.

14 février. Pas d'accès pendant la nuit, ni dans le courant de la journée. La dysphagie est devenue moins vive. Le trismus persiste toujours. Dans l'après-midi, l'*Iraouaddy* arrive à Marseille et, le soir à six heures, S... est transporté, sur une civière, à l'Hôtel-Dieu, où il entre dans une chambre d'isolement du service de M. le professeur Combalat, qui lui prescrit du chloral à haute dose, des injections de morphine, et qui veut bien confier à M. le professeur Boinet le traitement sérothérapique de ce tétanique.

15 février. Le trismus et l'opisthotonos sont considérables; le tronc décrit un véritable demi-cercle au niveau duquel il ne repose pas sur le plan du lit. Les deux sterno-mastoïdiens, fortement contracturés, se dessinent sous la forme de deux cordes saillantes, la tête est fortement portée en arrière, les membres inférieurs sont extrêmement contracturés. Le moindre mouvement de flexion de la nuque, du tronc, des membres inférieurs est impossible. Les membres supérieurs présentent une forte raideur musculaire, mais ils peuvent néanmoins exécuter quelques mouvements. La sensibilité cutanée est normale. On compte 80 pulsations et 88 respirations par minute, la température est de 37°6. Les urines (1) sont rares, boueuses, elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

A onze heures, on fait une première injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur. A sept heures du soir, le malade est en pleurosthotonos très accentué, on note 100 pulsations, 40 respirations et 37°8 de température. L'état général est peu satisfaisant. On enveloppe les membres dans de l'ouate, on accumule des bouil-

(1) *Effets physiologiques de ces urines sur le lapin.* — Quatorze centimètres cubes injectés fort lentement dans les veines de l'oreille d'un lapin pesant 1340 grammes déterminent du mycosis extrême et une diminution de 32 respirations et de 30 pulsations par minute. Neuf minutes après le début de l'expérience, la respiration est haletante, elle se ralentit pour s'accélérer deux minutes plus tard. On compte, à ce moment, 144 inspirations et 160 pulsations par minute. Les pupilles sont moins punctiformes. Sous l'influence d'une injection intraveineuse de 4 centimètres cubes d'urine, la respiration devient bruyante, saccadée, convulsive; on note 78 inspirations par minute. Ces mêmes troubles respiratoires persistent pendant cinq minutes. La température rectale est alors à 38°2. On n'observe ni convulsions, ni contractures. Une demi-heure après le début de l'expérience, l'animal est très abattu, inerte; la respiration est saccadée à 76 par minute. On trouve 160 pulsations, la température rectale tombe à 36°8. Dix minutes plus tard, cet affaissement diminue, les pupilles se dilatent, la respiration devient plus ample, se régularise; le nombre des inspirations est de 80 par minute. On compte 128 pulsations. L'animal se rétablit promptement. En résumé, la toxicité des urines est augmentée dans le tétanos. Leurs effets physiologiques sur le lapin consistent surtout en mycosis et en troubles respiratoires et circulatoires.

lottes autour du malade que l'on entoure de nombreuses couvertures pour essayer d'obtenir une sudation abondante. Les contractures des membres inférieurs, de la nuque, de la mâchoire, persistent avec la même intensité. Nous injectons 10 nouveaux centimètres cubes de sérum antitétanique. La morphine et le chloral sont continués.

16 février. A midi, on constate une grande amélioration. La contracture des deux membres inférieurs est moindre; le malade peut s'étendre complètement sur le dos, l'opisthotonos a diminué; la déglutition est plus facile, quelques mouvements des membres supérieurs sont possibles. Température 37°4, 24 respirations et 110 pulsations par minute.

La plaie du nez n'est pas encore cicatrisée. Elle est rigoureusement désinfectée. Le pus, qui suintait à sa surface, contenait des bacilles du tétanos bien caractéristiques.

17 février. L'amélioration continue. L'opisthotonos reste au même point que la veille. La contracture des membres inférieurs, de la nuque et des muscles des gouttières vertébrales est telle que le malade paraît être soulevé d'une seule pièce.

A onze heures, on fait une troisième injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. A trois heures et demie survient une crise avec étouffement, état asphyxique, arrêt de la respiration, cyanose du visage, sueurs abondantes et froides. Elle dure trois minutes. A quatre heures et demie, la température atteint 38°4; le malade accuse une amélioration marquée. A sept heures, on pratique une quatrième injection de sérum antitétanique. La nuit est bonne, la dysphagie a bien diminué, le malade boit et avale facilement, il peut remuer les membres inférieurs et, d'une manière générale, les contractures musculaires sont moins accusées.

18 février. La température est de 37°6. A quatre heures et demie de l'après-midi, survient une nouvelle crise caractérisée par une gêne respiratoire extrême, de l'étouffement, une sensation de constriction à la gorge, une cyanose moins forte que dans l'accès précédent. On fait immédiatement une cinquième injection de sérum antitétanique.

19 février. L'amélioration persiste. La température reste à 37°6. Le pouls est à 72; la respiration est normale; le malade ouvre la bouche, remue les jambes, se retourne dans son lit.

20 février. La température ne s'élève plus au-dessus de la normale. Le pouls est à 84 et la respiration à 24 par minute. Un certain degré d'opisthotonos persiste toujours; le malade se sert bien de ses bras, mais les mouvements des membres inférieurs sont encore gênés par une légère contracture.

On fait une sixième et dernière injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur.

Du 21 au 25 février. L'amélioration et le bien-être vont en augmentant. Le pouls oscille entre 80 et 90; la respiration et la température sont normales. Les mouvements des membres supérieurs sont libres, le trismus et la dysphagie ont à peu près disparu; la contracture des muscles, de la nuque, du dos, des lombes, des muscles inférieurs, est à peine marquée.

26 février. Le malade se lève, s'assied facilement sur son lit, mange des aliments solides, de la viande: il est guéri.

12 mars. Il est toujours dans un état très satisfaisant; il sort de l'hôpital.

I. Les bacilles du tétanos, trouvés dans le pus de la plaie du nez, ne pouvaient parvenir que de la terre ou du fumier souillant probablement les cornes du bœuf, qui, au moment de son embarquement à Diégo-Suarez, blessa notre tétanique.

II. La période d'incubation a été longue, elle a atteint 16 jours. L'évolution de ce tétanos a été lente, elle a été traversée par des accès tétaniques avec phénomènes asphyxiques de la plus haute gravité. Ce sont ces cas de tétanos à marche subaiguë, qui guérissent habituellement à la suite d'injections de *sérum antitétanique*. Elles doivent être répétées une ou deux fois par jour, jusqu'à ce qu'une amélioration réelle et durable se produise.

M. le professeur Boinet (1) vient de guérir récemment, au moyen de dix injections de sérum antitétanique, un tétanos consécutif à l'inoculation de la terre tétanigère de la Réunion. Cependant, comme le dit la notice de l'Institut Pasteur, le traitement sérothérapique est généralement impuissant contre le tétanos aigu, à marche rapide. En pareil cas, il faut injecter, le plus tôt possible, de fortes doses de sérum, les renouveler fréquemment, surtout au moment où surviennent les accès tétaniques.

III. Un *nettoyage antiseptique rigoureux* débarrassera les plaies des bacilles du tétanos qui restent localisés dans le foyer d'inoculation. En cas de besoin, la désinfection sera complétée par la régularisation chirurgicale de la blessure. L'amputation des extrémités traumatisées a donné parfois de bons résultats (2).

IV. Il est nécessaire de *diminuer l'hyperexcitabilité neuro-musculaire* par le repos dans une demi-obscurité, le chloral, la morphine, le bromure, etc.

M. le professeur Boinet a utilisé les propriétés paralysantes de la *nicouline* (3). Cette substance a diminué l'intensité des spasmes tétaniques, sans empêcher la mort.

V. Dans les cas graves, il nous paraît indiqué d'associer au traitement sérothérapique la *méthode de Baccelli*, qui consiste à injecter souvent, sous la peau, de 2 à 4 centimètres cubes d'une solution *phéniquée* à 2 p. 100. Parfois, ces injections ont été répétées toutes les trois ou quatre heures; certains tétaniques en ont reçu 500 et la quantité totale d'acide phénique employé a atteint 6 grammes. Les 26 cas de guérison relevés par Zéri (4) plaident en faveur de cette méthode; 6 lui sont personnels. Les autres faits ont été observés par Tito Gualdi, Bidder, Paolini, F. Cimbali, en 1890; par L. Bertini, Pennino, Pirroni, Strazzeri et Tittone, Gancel et Frache, en 1891; par Caliari, Fedele Nicola, en 1892; par Sbrana (2 cas), en 1893; par V. Pensuti, en 1894; par Fabricii, Oscherowski, en 1895; par Sbrana, Giannettasio, Cervellini, Zéri (5 cas), en 1896; par Polli, Zéri, en 1897.

Si, dans la plupart de ces faits, le tétanos était d'origine traumatique, il avait, le plus souvent, une incubation relativement longue, une évolution peu rapide, une marche assez lente. Presque toujours il s'agissait de ces formes subaiguës, si favorables à la guérison.

En résumé, la méthode de Baccelli n'est pas supérieure à la sérothérapie, et, loin de s'exclure, elles doivent être utilisées simultanément.

(1) Boinet. Tétanos guéri à la suite de dix injections de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1897, p. 974.

(2) Boinet. Traitement du tétanos, *Traité de thérapeutique appliquée*, fasc. v, chap. X.

(3) Boinet. Action physiologique de la nicouline, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1896, p. 403.

(4) Zéri. Traitement du tétanos par la méthode de Baccelli, suppl. *al Policlinico*, 1897.

### INFECTION GANGLIONNAIRE EXPÉRIMENTALE

CHARBON, STAPHYLOCOQUE

Par MM. Fernand BESANÇON, chef de laboratoire à la Faculté, et Marcel LABBÉ, interne médaille d'or.

*Conclusions.* — Par ses voies lymphatiques dont les cellules présentent une réaction précoce, le ganglion joue un rôle d'arrêt pour les bactéries rapportées par les lymphatiques afférents.

Par suite de sa richesse vasculaire, il constitue un nouveau centre pour la diapedèse des leucocytes polynucléaires, doublant ainsi le phénomène de diapedèse que l'on observe au point d'inoculation.

Par son système folliculaire, le ganglion poursuit et même exagère sa fonction physiologique de production de leucocytes. De même qu'à l'état physiologique, les leucocytes formés sont des lymphocytes, jamais les polynucléaires ne naissent dans les ganglions.

La réaction du ganglion varie d'ailleurs avec la nature de l'infection : très marquée dans l'infection staphylococcique, où la desquamation endothéliale, la diapédèse et l'activité folliculaire sont très prononcées, elle n'est qu'à l'état d'ébauche dans l'infection charbonneuse. (Soc. de biol.)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mars 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### COMMUNICATIONS

**Guérison d'un cas de tétanos traumatique, traité par des injections répétées de sérum antitétanique.** — M. ROBIN lit, au nom de MM. Boinet et Vié (de Marseille), une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 349.)

**La prostitution et sa réglementation.** — M. LABORDE fait, en son nom et au nom de M. le professeur James Stuart, une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

**Réparation d'un muscle par des fils métalliques fixés par un autre fil métallique placé perpendiculairement dans le corps du muscle.** — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE lit une note que nous publierons ultérieurement.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA CIRRHOSE DES BUVEURS

M. LABORDE fait observer qu'une intervention nouvelle, celle de M. Riche, a introduit dans le débat un élément nouveau relatif à la pathogénie de la cirrhose hépatique par l'action du vin.

Cet élément est l'acidité et les fermentations acides déterminées par l'usage du vin, dont le plâtrage serait un adjuvant dans cette détermination.

M. Riche s'appuie, à ce propos, sur les travaux du regretté docteur Hanot, et, particulièrement, sur sa théorie pathogénique du rôle de l'acidité dans la génération de la cirrhose atrophique du foie.

Tout d'abord, Hanot n'a pas fait une part suffisante à l'intervention réelle de l'alcool proprement dit, comme générateur de la cirrhose hépatique.

D'autre part, en admettant le rôle pathogénique de l'acidité et des fermentations acides, est-ce que le vin aurait le privilège exclusif de cette causalité?

Qui donc oserait soutenir que l'usage et surtout l'abus de l'alcool et des alcooliques n'engendrent pas l'acidité et les fermentations acides et leurs conséquences?

Il en atteste la dyspepsie alcoolique, dont l'hyperacidité est, précisément, une des caractéristiques. Car il est certain que la cirrhose hépatique n'est pas subordonnée à un facteur causal univoque, et que si l'alcoolisme est, incontestablement, un de ces facteurs, il ne l'est pas d'une façon absolue, nécessaire et fatale.

M. HAYEM a étudié depuis vingt ans, à l'hôpital Saint-Antoine, l'alcoolisme dans tous ses détails.

La cirrhose de Laënnec est rare à l'hôpital Saint-Antoine, malgré le nombre considérable des alcooliques qui y passent.

Mais il s'occupe surtout des rapports des lésions gastriques et des lésions hépatiques.

Or, cette étude faite chez les alcooliques lui a montré qu'à l'atrophie du foie correspond l'atrophie des glandes gastriques se traduisant par l'hypopepsie ou l'apepsie.

A l'hépatite hypertrophique correspond toujours la gastrite parenchymateuse avec hyperacidité.

Les hypothèses peuvent être les suivantes : le processus atrophique marche parallèlement dans le foie et l'estomac. Ou bien encore l'irritation gastrique détermine la production de substances toxiques qui, portées dans le foie, y déterminent la sclérose.

On pourrait donc, étant donné ce rapport entre la forme des lésions gastriques et hépatiques, savoir, au moyen de l'analyse du suc gastrique, à quel type chimique on a affaire. Il faut bien le dire d'ailleurs, il est fort difficile de trouver un sujet, buvant exclusivement tel ou tel liquide alcoolique (vin ou liqueur alcoolique). La base d'appréciation manque donc et il est impossible actuellement de démontrer, par l'observation rigoureuse, l'influence exclusive, soit du vin, soit des liqueurs, sur la production de la cirrhose hépatique.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA VACCINE OBLIGATOIRE DANS LES COLONIES

M. LÉON COLIN. Dans la dernière statistique de l'armée, on compte 61 cas de variole, dont 17 seulement en France et sans décès. Les 44 autres cas ont eu lieu en Algérie et ont fourni 6 décès. Et cependant dans notre colonie les soldats sont vaccinés et revaccinés avec autant de soin qu'en France; mais en Algérie les sources de contagion sont plus nombreuses en raison des épidémies de variole qui ont lieu dans la population indigène.

Il est donc nécessaire de protéger nos soldats en protégeant contre elles-mêmes des populations ignorantes. Aussi M. Colin vient appuyer la proposition de M. Hervieux, parce que le bénéfice ne concernera pas seulement les indigènes de nos colonies, mais ira aussi à nos soldats, et, en leur nom, il remercie M. Hervieux.

M. LAVERAN a pu étudier en Algérie la pratique et l'influence de la vaccination.

L'obligation de la vaccination est éminemment utile, mais est-elle possible? La France possède actuellement dans ses colonies 40 millions de sujets très dispersés, dans des pays où les moyens de communication sont extrêmement difficiles; ajoutez à cela la pénurie du personnel médical et vous verrez que l'obligation de la vaccination dans toutes les colonies est impossible à obtenir.

Mais d'ailleurs M. Hervieux ne demande pas une loi imposant la vaccination obligatoire, il voudrait simplement que les autorités coloniales fussent autorisées à réglementer et à imposer l'obligation dans certaines circonstances. La question étant ainsi posée, il ne peut que l'approuver.

Quant à la désinfection proposée par M. Vallin, elle est la plupart du temps impossible à réaliser aux colonies.

En Algérie, il existe des chefs indigènes intelligents. En s'adressant à eux, en leur démontrant l'utilité de la vaccination, on pourrait certainement avec leur aide pratiquer la vaccination en grand. D'ailleurs la chose a été déjà faite et avec succès en Algérie et en Tunisie.

Donc, une circulaire ministérielle donnant aux autorités des colonies le pouvoir de prescrire, le cas échéant, la vaccination obligatoire dans leur territoire, lui paraît être la meilleure solution.

COMMUNICATION

**L'eucaïne B.** — M. RECLUS fait une commnnication sur ce sujet. (Sera publiée.)

L'Académie se forme en comité secret.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mars 1898. — Présidence de M. BERGER.

### DISCUSSION SUR LES PSYCHOSES OPÉRATOIRES

M. WALTHER relève, dans la communication de M. Picqué, l'observation relative à une femme encore jeune qui a été dans différents asiles d'aliénés, racontant partout qu'elle avait été opérée dans le ventre, sans nécessité, par un chirurgien des hôpitaux. Or, ce chirurgien, c'est M. Walther lui-même, qui a opéré cette femme d'une énorme poche suppurée rétro-utérine. Voici l'observation de cette malade. C'était une femme de vingt-huit ans, mariée à dix-huit ans, et qui deux fois eut du retard dans ses règles. En 1882, elle fut opérée d'un phlegmon du ligament large par le vagin. En 1893, elle éprouva des douleurs dans le ventre et entra dans le service de M. Pozzi, où M. Picqué lui-même examina cette malade, crut à un kyste suppuré, et lui proposa de l'opérer, ce qu'elle refusa. Quelque temps après, elle entra dans le service de M. Monod, alors suppléé par M. Walther, qui, la trouvant en pleine septicémie, l'opéra d'urgence.

Il fit une laparotomie médiane, et se trouva en présence d'une péritonite suppurée très étendue; il fit un lavage et plaça un gros drain qu'il fit ressortir par une contre-ouverture vaginale. La température, qui était très élevée, s'abaissa aussitôt et la malade guérit rapidement de cette intervention chirurgicale. M. Walther n'a pas touché aux annexes ni à l'utérus. Il ne croit pas que les troubles psychiques présentés par cette malade aient été la conséquence de l'opération.

Ce fait prouve, avec bien d'autres, que, dans les cas analogues, il faut rechercher l'observation initiale et se bien garder de s'en rapporter aux récits des malades. Il importe que les aliénistes qui se trouvent en présence d'aliénées ayant subi une intervention chirurgicale, fassent une sérieuse enquête auprès des chirurgiens qui les ont opérées.

M. RICHELOT rappelle que ce sont surtout les opérations gynécologiques qui ont été incriminées comme ayant une influence sur les états psychiques consécutifs. On a plus particulièrement visé la castration ovarienne. Régis (de Bordeaux) a parlé de la folie post-opératoire, et a insisté sur les modifications biologiques (ce sont ses propres expressions), apportées par les opérations sur les ovaires. Or, M. Richelot n'a pas vu que l'ablation de l'utérus ou des ovaires apportât des troubles mentaux chez des malades qui n'en avaient jamais présenté jusque-là. En effet, dans la plupart des cas qui ont été cités, il s'agit de femmes prédisposées ou déjà folles, et dont l'état mental a pu être aggravé par l'opération. La folie éclate alors sur un terrain préparé de longue date, mais l'ablation de l'utérus et des ovaires n'y est absolument pour rien.

M. Richelot communique plusieurs observations à l'appui de cette manière de voir. C'est d'abord l'histoire d'une hystérique renforcée, qui devint folle quelque temps après une opération abdominale, dans laquelle l'utérus et les ovaires avaient été précisément conservés. C'est ensuite une hystérectomie pour fibrome chez une femme qui, après l'opération, a tenté de se couper la gorge. Renseignements pris, on apprit qu'elle avait commis deux tentatives analogues bien longtemps avant l'opération. Dans ces faits, il s'agit d'hystériques en imminence de folie; la nature de l'opération n'a rien à voir avec les troubles mentaux que peuvent présenter ces malades. M. Richelot communique encore l'observation d'autres malades, ainsi atteintes de folie hystérique, soit après une hystérectomie abdominale totale, soit après une hystérectomie vaginale sans ablation des annexes, soit après une simple colporraphie. Ces diverses malades ont présenté un délire passager ou une folie hystérique transitoire, et presque toutes avaient déjà eu des troubles mentaux, antérieurement à l'opération. Vient encore l'observation d'une femme de soixante-douze ans, opérée, par M. Richelot, d'un épithélioma de la vulve, qui a présenté un délire et une grande agitation à la suite de l'opération. Il ne s'agissait pas ici de castration ovarienne. Enfin, M. Richelot cite trois derniers faits se rapportant à de vraies aliénées dont les troubles mentaux avaient été ignorés ou avaient passé inaperçus, et qui avaient été opérées au cours de leur folie. La première de ces observations a trait à une malade qui était atteinte de névralgie pelvienne et à laquelle M. Richelot pratiqua l'hystérectomie vaginale. Depuis, cette malade a toujours conservé cette idée fixe qu'on ne lui avait pas remis les choses en place. La seconde observation est celle d'une femme de trente-neuf ans qui avait un prolapsus utérin, et chez laquelle fut pratiquée une colporraphie. Elle resta folle après comme avant. La plus curieuse est une femme de cinquante-cinq ans qui, avec des fibromes hémorragiques, était en relation avec deux amants, et qui était convaincue qu'elle avait une grossesse. Elle vint trouver M. Richelot pour le prier de la débarrasser. Celui-ci ayant reconnu qu'il s'agissait d'un fibrome lui fit l'hystérectomie vaginale. Elle resta convaincue qu'elle était toujours enceinte, et ne cesse, depuis ce temps, d'adresser à M. Richelot des lettres de menace.

En résumé, M. Richelot possède 11 opérations de folie post-opératoire. Sur ces 11 cas, il relève trois catégories de psychose : 1° des troubles hystériques passagers; 2° des folies hystériques plus graves, et 3° des vésanies proprement dites. Mais, chez toutes ces malades, il a été constaté qu'elles avaient déjà présenté des troubles mentaux avant l'opération, et que ce que l'on est convenu d'appeler la sphère génitale n'a rien à voir dans la production de ces troubles.

COMMUNICATIONS

**Perforations intestinales ou appendicites.** — M. MONOD rappelle les cas où, croyant avoir affaire à une appendicite, on s'est trouvé en présence d'une perforation du cæcum. Il cite l'exemple d'une jeune femme de vingt-trois ans qui présentait, dans la fosse iliaque du côté droit, précisément au niveau du point de Mac Burney, une masse fluctuante qu'il ouvrit croyant à une appendicite; il se trouva en présence d'une cavité grosse comme une mandarine, qu'il draina. Il n'avait même pas entrevu l'appendice; cette malade opérée en avril 1896 ne fut guérie qu'en mai 1897. Il s'était fait une fistule purulente descendant jusque dans le ventre; l'origine des accidents avait été une perforation du cæcum.

Ces perforations sont rares, cependant Potain et Letulle les ont étudiées avec soin. Bucquoy en a également publié des observations. M. Monod en a observé deux cas : le premier se rapporte à un jeune homme de seize ans qui lui avait été adressé par M. Brissaud pour des troubles gastro-intestinaux n'ayant rien à voir avec la fièvre typhoïde.

Il y avait un épanchement intrapéritonéal. M. Monod fit la laparotomie et le malade succomba trois jours après.

A l'autopsie, on trouva une péritonite suppurée généralisée qui avait pour point de départ plusieurs perforations sur le cæcum et l'intestin grêle. Ces perforations étaient

perpendiculaires et non parallèles aux fibres musculaires de l'intestin; elles ne siégeaient pas sur les plaques de Peyer, celles-ci étaient normales.

L'autre a trait à une femme de vingt-huit ans qui succomba après avoir été opérée d'un abcès pelvien.

A l'autopsie, on trouva la cavité péritonéale remplie de liquide louche; il existait une petite perforation sur le côlon transverse. En résumé, à côté des ulcérations de la fièvre typhoïde et des ulcérations tuberculeuses, il se place tout un groupe d'ulcérations de l'intestin dont il est difficile de déterminer la nature.

#### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ABCÈS DU FOIE

M. PICQUÉ fait observer que le diagnostic entre les abcès du foie et les kystes hydatiques suppurés présente souvent les plus grandes difficultés. Au reste, cela n'est pas très important au point de vue de la pratique, puisque, dans les deux cas, les indications sont les mêmes. Il relate deux observations qu'il a recueillies à la Maison Dubois.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui entra le 15 janvier 1898, avec le diagnostic de pleurésie. Il avait été fait deux ponctions blanches et les médecins s'étaient arrêtés au diagnostic de tuberculose pleurale. Depuis le 15 octobre, elle avait une fièvre extraordinaire, une température de plus de 39 degrés, avec du subdélire. A ce moment, on pensa à une suppuration des exsudats pleuraux et on l'envoya à M. Picqué pour l'opérer : la question était de savoir où était la collection; M. Picqué pensa qu'il pouvait être question d'une suppuration intra-hépatique, il intervint par la voie transpleurale, réséqua la huitième et la neuvième côtes et vit que toute la cavité pleurale était libre. Il fit une ponction dans le foie sans résultat. Il fit alors la pneumotomie et trouva une collection intrapulmonaire. M. Picqué cite une seconde observation analogue chez un homme de trente-six ans. Il termine par des réflexions générales sur le diagnostic et le traitement des abcès du foie.

M. NIMIER s'applique à démontrer que, lorsqu'on fait une ponction du foie dans les hépatites au début, alors même que l'on n'obtient pas de pus, on fait une saignée du foie qui peut avoir les résultats les plus favorables et prévenir même la suppuration.

#### PRÉSENTATIONS

Gastro-entérostomie. — M. TUFFIER présente une jeune femme qui avait un rétrécissement du pylore d'origine biliaire; il fit la laparotomie, commença par faire une gastro-entérostomie postérieure, selon le procédé qu'il a déjà indiqué, et à l'aide de fils; puis il examina la vésicule biliaire qui contenait deux calculs gros comme le pouce; il existait des brides partant de la vésicule et allant enserrer le pylore; comme cette malade avait une ptose de l'estomac, le pylore n'ayant pu s'abaisser s'était coudé et oblitéré. Après avoir fait chez cette malade la gastro-entérostomie postérieure, M. Tuffier fit la cholécystectomie. Cette malade est parfaitement guérie et ne présente plus aucun accident.

Épithélioma de l'utérus. — M. TUFFIER présente une seconde malade à laquelle il a fait, il y a six ans, l'hystérectomie vaginale pour un épithélioma du corps de l'utérus. Cette malade commence seulement maintenant à avoir une récidive de son cancer.

Corps étrangers de l'utérus. — M. BAZY présente un cure-oreille qu'il a extrait de la cavité utérine, d'une malade qui se l'était introduit dans le but de se faire avorter.

Acromégalie. — M. POTHERAT présente un orteil supplémentaire en forme de crosse, qu'il a enlevé sur un jeune homme dont tous les os étaient augmentés de volume, et qui était atteint de cette affection que l'on a désignée sous le nom d'acromégalie.

#### ÉLECTIONS

MM. Chevassu, Brault, Broussin et Braquehaye sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de chirurgie.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Président de la République a visité hier la Faculté de médecine.

— A l'occasion des fêtes de Pâques, les cours vaqueront dans les facultés du 3 au 17 avril.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 mars 1898, M. Chabaneix, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, a été nommé médecin stagiaire des colonies.

— M. le médecin de deuxième classe Roudié, aide-major au 1er régiment d'artillerie de marine (batteries détachées à Toulon), est destiné aux tirailleurs haoussas, au Dahomey, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe Bartet, qui a terminé la période réglementaire de séjour colonial et qui sera affecté à l'artillerie de marine, à Toulon.

M. le docteur Roudié prendra passage sur le paquebot partant de Marseille le 25 avril 1898.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un congé de deux mois est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Monoyer, professeur de physique médicale.

— *Les prêts d'honneur.* — Une personne, qui désire garder l'anonymat, a chargé M. Lavisse de remettre, au Conseil de l'Université, des valeurs représentant un capital de 52500 francs, produisant une rente de 2000 francs. Ces 2000 francs seront employés à subvenir aux besoins d'étudiants français ou étrangers en cours d'études. La subvention sera accordée sous forme de prêts que l'emprunteur remboursera quand il lui sera possible de le faire, sans intérêts. Les sommes qui seront ainsi ultérieurement remboursées devront être employées en prêts et ne pourront être ajoutées au fonds principal.

— *Chambre des députés.* — M. Chassaing a déposé, samedi dernier, une demande d'interpellation ainsi conçue : « J'ai l'honneur de demander à interpeller M. le ministre de l'Intérieur sur les motifs qui l'ont déterminé à proroger à diverses reprises le délai de deux ans accordé primitivement aux fabricants de conserves alimentaires pour l'écoulement des boîtes fabriquées reconnues nuisibles à la santé publique. »

— Le jury du concours pour la place de médecin résidant à l'hospice de Brévannes est définitivement constitué de la manière suivante : MM. Œttinger, Roques, Toupet, Delens et Rieffel.

— Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 25 mars, a approuvé les plans et devis relatifs à l'achèvement du premier pavillon de l'hôpital des phtisiques d'Angicourt, et a voté un crédit de 500000 francs pour couvrir ces travaux.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 39. — SAMEDI 2 AVRIL 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 2 AVRIL 1898. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Tuberculose iléo-cæcale chronique; son traitement chirurgical.

Par A. BENOIT, ancien interne des hôpitaux.

I

HISTORIQUE. — C'est à Valy (1843) et à Jodard (1844) qu'il faut remonter pour trouver mention de la typhlite tuberculeuse. Barre, Blatin, Paulier, Damaschino, en parlèrent à leur tour; mais ils paraissent avoir considéré comme des raretés les faits qui sont tombés sous leur observation. Avec Leudet (1859), nous trouvons la première affirmation nette de cette localisation tuberculeuse au segment iléo-cæcal de l'intestin. Cet auteur prétend même qu'en faisant des recherches sur l'ulcération et la perforation de l'appendice, il a si souvent rencontré la tuberculose qu'on peut mettre en doute l'influence prépondérante des calculs et des corps étrangers comme cause d'appendicite. Plus tard, M. Duguet signale de nouveaux cas, et Lasègue écrit que « toute pérityphlite à rechutes qui évolue à froid doit éveiller l'idée de la tuberculose ». Il semble donc que ce dernier auteur ait eu le mérite d'apercevoir et le siège de la maladie et son évolution chronique spéciale, encore que sa proposition nous paraisse aujourd'hui trop absolue. C'est à son sens clinique qu'il doit d'avoir pressenti la fréquence de cette affection. Néanmoins, la question est demeurée dans le vague jusqu'aux travaux modernes qui l'ont fait brusquement sortir de l'obscurité. L'histoire en est, en effet, toute récente, et c'est à l'école française que revient exclusivement le mérite d'avoir établi qu'il s'agit bien là de la tuberculose des parois du cæcum. Nous n'avons pu trouver aucun vestige de cette question dans la littérature étrangère avant le mémoire de MM. Pilliet et Hartmann, paru en juillet 1891. C'est sur une pièce, provenant d'une extirpation complète de l'anse iléo-cæcale par Bouilly, que M. Pilliet découvrit au microscope la forme tuberculeuse chronique que nous aurons à décrire, après avoir cru longtemps qu'il avait affaire à un lymphosarcome de l'intestin. Avant Bouilly, qui fut le premier en France à pratiquer cette opération (1er novembre 1887), croyant d'ailleurs qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, Bassini, Suchier et quelques autres avaient déjà publié quelques cas d'extirpation totale du cæcum, qui passèrent pour des guérisons de cancer. La Société de chirurgie consacra plusieurs séances à l'étude de cette question. MM. Terrier et Richelot (1892) sont ceux qui ont le plus insisté sur la fréquence isolée des lésions du cæcum, opposées à celles de l'appendice. M. Richelot fait remarquer le silence des Anglais et des Américains sur cette question, ce qui est surprenant, si l'on songe que certains d'entre eux, Trèves, Worman Bridge, attaquent systématiquement tous les cas à répétition. Même silence de Kümmel au Congrès de Berlin de 1890. Ce n'est que plus tard que l'on voit apparaître les mémoires de Galzer (1892), Sachs (1892), Roux (1892) et Hochenegg (de Vienne).

Depuis le cas cité plus haut, de nouvelles communications ont été faites par Pilliet et Broca, puis par Broca et Hartmann. Nous-même avons fait de cette question le sujet de notre thèse inaugurale (1) et essayé de tracer un tableau clinique de cette affection, qui fut si souvent méconnue, à cause de la ressemblance qu'elle offre avec les tumeurs malignes de la région. Nous avons eu depuis l'occasion de vérifier l'exactitude de nos données premières, que nous avons puisées dans le service chirurgical de Péan, à l'hôpital Saint-Louis, et qui furent complétées par les précieuses observations que nous devons à l'obligeance de MM. Richelot et Broca.

Aujourd'hui, cette étude a été plus approfondie, le manuel opératoire a subi certaines modifications importantes; c'est ce qui nous détermine à reprendre ce sujet en une vue d'ensemble, en nous plaçant particulièrement au point de vue chirurgical.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — MM. Hérard, Cornil et Hanot, dans le *Traité de la phtisie pulmonaire*, ont surtout étudié les ulcérations tuberculeuses de l'intestin; ils notent la participation de l'appareil lymphoïde du cæcum et de l'appendice dans le processus tuberculeux, et l'infiltration du tissu conjonctif par des cellules embryonnaires parsemées de granulations. M. Duguet précise davantage; pour lui, les lésions de la typhlite tuberculeuse consistent essentiellement dans

(1) BENOIT. Th. de Paris, 1893.

« l'ulcération du cæcum et de la valvule iléo-cæcale, ainsi que dans la propagation au tissu sous-péritonéal en rapport avec le cæcum et au péritoine sous-jacent lui-même ». Il y a plus : les lésions anatomiques ont à l'œil nu un aspect tout spécial, ne rappelant en rien les ulcérations tuberculeuses et simulant à s'y méprendre un cancer. Il est même certain que beaucoup d'observations publiées comme cancer du cæcum, lymphosarcome du cæcum, répondaient en réalité à des cas de tuberculose chronique. Les ulcérations tuberculeuses observées communément dans l'intestin des phtisiques, et qui passent presque inaperçues pendant la vie, ont pour caractéristique d'amincir les tuniques de l'intestin à leur niveau. Le processus est tout autre dans la tuberculose locale de l'angle iléo-cæcal, car les tuniques de l'intestin présentent un tel épaississement qu'elles semblent envahies par une tumeur véritable, d'autant qu'il se dépose autour du cæcum une *masse scléro-adipeuse* épaisse et résistante qui vient augmenter le volume de ce pseudo-néoplasme.

A l'ouverture du ventre, le cæcum se présente sous la forme d'une masse volumineuse, dure, entourée le plus souvent d'une grande quantité de ganglions qui peuvent atteindre le volume d'une noix et qui remontent en chapelet le long de la colonne vertébrale, atteignant jusqu'au pancréas; leur volume est rouge et violacé, et l'on trouve parfois quelques foyers ramollis.

Supérieurement, la tumeur peut remonter sur la terminaison de l'iléon jusqu'à une distance de 7 à 8 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Par son extrémité opposée, elle envahit le côlon ascendant plus ou moins haut et on l'a vue gagner l'angle droit du côlon transverse et jusqu'à la moitié droite de cet intestin. Mais le siège habituel de cette dégénérescence est l'*angle iléo-cæcal*, où elle se limite plus volontiers; et les lésions prennent naissance *au niveau de la valvule elle-même* et, dans quelques cas, au niveau de l'appendice.

Quant à la propagation des lésions, c'est vers le gros intestin qu'elle a tendance à se faire; les dernières recherches de Pilliet montrent qu'il s'agit d'une *tuberculose descendante à marche progressive* (voir Th. de Coquet, Paris 1894). Comme on voit, elle se développe dans une région qui est aussi le siège de prédilection du cancer, ce qui explique les confusions qui se sont produites et rend compte du retard apporté à l'étude de cette forme spéciale de tuberculose.

Malgré le grand nombre de cas publiés, depuis que l'attention des chirurgiens a été mise en éveil sur ce sujet, nous pensons aujourd'hui que cette affection est moins fréquente que nous ne l'avions supposé tout d'abord, et que le cancer prédomine dans cette région. Mais ce n'est que plus tard que l'étude des statistiques nous renseignera sur la fréquence relative des deux ordres de lésions. Tenons pour certain, dès aujourd'hui, que beaucoup de tumeurs soi-disant cancéreuses, traitées avec succès par l'extirpation, n'étaient autres que des cæcums tuberculeux.

Etudions maintenant les connexions de la tumeur avec les organes du voisinage. A peine la paroi abdominale incisée et le péritoine ouvert, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences superficielles, ce qui est le cas le plus ordinaire, on découvre la masse formée par le cæcum, ayant le volume du poing, fixée dans la fosse iliaque droite, où elle présente une certaine mobilité si l'affection n'est pas trop avancée. Lorsque la tumeur est plus ancienne, on la trouve adhérente à l'aponévrose iliaque, dont il est difficile de la séparer, et envoyant même des prolongements vers le petit bassin. Plus rarement, elle fait corps avec les anses d'intestin grêle qui l'avoisinent. S'il existe des foyers de suppuration, les rapports normaux sont encore plus modifiés. Dans ce cas, la paroi abdominale adhère à la masse, qui se fusionne profondément avec les organes de la fosse iliaque et du petit bassin par l'intermédiaire de ganglions rougeâtres et caséeux. Des trajets fistuleux peuvent partir de la paroi de l'abdomen, parmi lesquels il est difficile de s'orienter. Tel est l'aspect des lésions macroscopiques dans les cas compliqués. Dans les cas types, si l'on ouvre le cæcum extrait de l'abdomen en suivant son grand axe, on constate que ses parois sont tellement hypertrophiées que l'on croit tenir une tumeur solide percée d'un étroit canal, avec quelques dilatations ampullaires. Ces parois sont calleuses, lardacées. Les bords de la valvule sont racornis, rigides; son orifice admet à peine une plume d'oie. Parfois, elle est complètement détruite, et le cæcum n'est plus représenté que par une ampoule du volume d'une grosse noix, interposée entre les deux intestins. Billroth a trouvé l'appendice isolé fixé à la paroi postérieure et rempli d'une matière gélatineuse. Il est souvent méconnaissable, englobé dans la masse tuberculeuse. Les lésions macroscopiques de la muqueuse sont caractéristiques : celle-ci présente un aspect *villeux* et comme *verruqueux* sur lequel tous les auteurs ont insisté et qui est fort éloigné en apparence de celui de la tuberculose. Elle est pourtant largement ulcérée, et si l'on examine les pièces de près, on voit que l'ulcération découpe la muqueuse en une série de petites languettes papillaires, qui restent groupées en bouquet. On dirait certaines tuberculoses chroniques du larynx. C'est ainsi qne les ulcérations se trouvent masquées par ces plis muqueux qui rayonnent de la valvule dans toutes les directions. Au milieu de ces bourgeons, on trouve des points blancs opaques qui sont des tubercules caséeux du volume d'une tête d'épingle. L'ulcération du cæcum est souvent unique et limitée en haut par un bord muqueux bourgeonnant. Il existe aussi sur l'iléon quelques ulcérations isolées, circulaires, d'autant plus profondes qu'on se rapproche de la valvule.

Histologiquement, Pilliet a décrit un épaississement remarquable du chorion *muqueux*, où se voient des follicules tuberculeux autour desquels commence une infiltration embryonnaire énorme, qui donne au tissu un aspect véritablement *sarcomateux*. Cette infiltration embryonnaire se poursuit dans la *sous-muqueuse* dont elle occupe la place et pénètre dans la couche musculeuse, dont elle dissocie les faisceaux. Les glandes de Lieberkühn sont remplacées par des follicules tuberculeux. Les *ulcérations* se formeraient par la chute de l'épithélium, qui fait complètement défaut, et la soudure des amas lymphoïdes qui occupent la sous-muqueuse. Cette soudure, selon Pilliet, se fait inégalement; il en résulte que certaines portions de muqueuse sont respectées, bourgeonnent et s'enflamment pour former les saillies superficielles caractéristiques que nous avons signalées. La *couche musculeuse* subit un épaississement considérable; elle est traversée par une nappe discontinue de cellules embryonnaires, et il y a prolifération des cellules lisses. On ne trouve pas de follicules tuberculeux dans cette couche. La *couche sous-séreuse* contient seule de véritables tubercules en couche serrée, dont les plus gros ont le volume d'un pois. Ces tubercules, qui présentent les caractères du tubercule massif, se distinguent en ce qu'ils sont à *évolution fibreuse*. Ils contribuent à donner à la paroi sa rigidité toute particulière. Ajoutons qu'il existe des lobules adipeux séparant les tubercules et de larges bandes de *sclérose*. Cet ensemble de caractères ana-

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

| | | | |
|---|---|---|---|
| FRANCE | 3 mois : 8 fr. 50. | 6 mois : 16 fr. | 1 an : 30 fr. |
| UNION POSTALE | 3 mois : 10 fr. .. | 6 mois : 18 fr. | 1 an : 35 fr. |

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 4 avril 1898.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

MM. Galliard et Morély rapportent une curieuse observation d'**arthrite pneumococcique du poignet**. En voici le résumé succinct. Un homme de quarante-quatre ans, alcoolique et absinthique, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 15 janvier 1898 pour une pneumonie lobaire ataxo-adynamique. Le huitième jour, il se plaint d'une douleur vive au poignet droit. La jointure apparaît rouge, tuméfiée; la température s'élève à 38°5, puis à 39 degrés; plus tard, vers le dixième jour, elle monte à 40°2. Le onzième jour, on voit apparaître une tuméfaction assez considérable sur le dos de la main et du poignet, accompagnée d'une fluctuation manifeste. On pratique l'arthrotomie. Peu après, vers le treizième jour, la température s'abaisse à 38°5 pour osciller ensuite autour de 39 degrés. L'articulation incisée s'améliore. Cependant, l'état général reste mauvais. On constate que, du côté gauche (côté de la pneumonie), des signes de pleurésie purulente se manifestent. On pratique une première thoracentèse, suivie d'une injection phéniquée dans la plèvre. Une seconde intervention est nécessaire quelques jours après; malgré tout, l'affaiblissement est extrême, et c'est sans grand espoir qu'on se décide à pratiquer la pleurotomie. Dès ce moment, l'amélioration se fait rapide, et le malade guérit bientôt complètement.

Dans le pus articulaire et dans le pus pleural, on a trouvé le pneumocoque encapsulé de Talamon-Frænkel, à l'exclusion de tout autre micro-organisme.

Les cas de **scarlatine apyrétique** sont relativement assez fréquents; Fissinger, Moizard, en ont rapporté des exemples non douteux et l'on sait, M. Lemoine insiste fort justement sur ce point, que ces cas ont des conséquences particulièrement graves, car, méconnus très souvent, ils aboutissent plus aisément à la néphrite. M. Rénon rapporte un fait typique de cette variété anormale de la scarlatine. Il s'agit d'un enfant chez lequel la température ne s'est jamais élevée au delà de 37°4 pendant la période d'éruption, et, cependant, il s'agissait, à n'en pas douter, d'une scarlatine et non d'un érythème scarlatiniforme toxique ou infectieux. Comme dans les cas analogues, il existait une certaine dissociation entre le pouls et la température. Dans ce cas, la maladie a évolué avec une très grande bénignité sans aucune complication.

M. Le Gendre a observé plusieurs fois, au cours de grippes à formes cliniques variées, le **ténesme vésical et rectal**, accompagné de besoins fréquents d'uriner ou d'aller à la selle, suivis de l'élimination d'une quantité insignifiante d'urine, souvent albumineuse, et de l'évacuation de très peu de matières fécales, liquides, mélangées à des glaires sanguinolentes : en somme, le tableau de la cystite et de la rectite dysentériforme. Les moyens les plus sûrs à employer contre ces manifestations sont les irrigations intestinales très chaudes, les bains de siège et bains prolongés à haute température, les cataplasmes très chauds en permanence, les suppositoires opiacés et belladonés.

MM. Launois et Bensaude présentent un malade porteur de **tumeurs lipomateuses, diffuses et symétriques siégeant au cou, à la face, à la nuque et aux aines**, en tous points comparables à celles qui ont fait l'objet de communications de MM. Bucquoy, Siredey, Hayem et Dalché. Ce qui fait l'intérêt du malade, c'est que, chez lui, l'affection est encore à la première période de son évolution. Au niveau des tuméfactions de l'aine, on sent nettement des ganglions lymphatiques hypertrophiés et noyés dans une atmosphère graisseuse. On constate, en même temps, chez ce malade, une induration de certains troncs lymphatiques et une hypertrophie de la rate. En comparant ce fait à ceux qui ont déjà été publiés, on peut admettre qu'il s'agit d'une affection univoque caractérisée par : 1° le siège des tuméfactions lipomateuses; 2° l'hypertrophie des ganglions et les lésions des troncs lymphatiques; 3° la possibilité de la splénomégalie; 4° la leucocytose légère et la rareté des globules blancs de la première variété de M. Hayem; 5° ce fait que les adénites retentissent souvent sur l'atmosphère graisseuse péri-ganglionnaire en donnant naissance à des productions lipomateuses. En cette conception, les auteurs rejettent comme mécanisme pathogénique une dystrophie liée à une altération thyroïdienne, ou des troubles sécrétoires des glandes sébacées de la peau, ou la théorie classique de la trophonévrose. M. Hayem fait observer que dans la lymphadénie ganglionnaire existe une première période,

qui peut durer fort longtemps, pendant laquelle le sang est à peu près normal; puis la maladie entre dans une deuxième phase où la leucocytose apparaît et devient plus ou moins considérable, sans que les caractères du sang atteignent nécessairement ceux de la leucémie. Il est donc important, chez ces malades, de faire à plusieurs reprises l'examen du sang.

---

## NOTE

### SUR LES ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR LA COEXISTENCE DE DEUX KYSTES OVARIQUES. GANGRÈNE D'UN KYSTE PAR COMPRESSION DUE A UN AUTRE KYSTE

Par le docteur André,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy,
et G. Michel,
Interne des hôpitaux de Nancy.

La plupart des accidents des kystes ovariques sont aujourd'hui bien connus. Parmi les plus fréquents, figurent la rupture du kyste, la torsion et quelquefois la rupture du pédicule. Il est au contraire tout à fait exceptionnel d'observer, comme dans le cas que nous rapportons plus loin, le sphacèle d'un kyste par suite de la compression exercée sur lui par un deuxième kyste.

Cette complication exige en effet pour se produire certaines conditions qu'il est rare de trouver réunies. Tout d'abord la coexistence de deux kystes ovariques d'un certain volume n'est pas très fréquente. On rencontre, il est vrai, très souvent, lorsqu'on pratique l'ovariotomie, des lésions bilatérales, mais presque toujours ces lésions sont très inégalement développées. Avec un kyste volumineux d'un côté, on trouve une altération commençante, de l'autre côté, un ovaire augmenté de volume, scléro-kystique. Mais il est assez rare de rencontrer simultanément deux kystes de fortes dimensions et à peu près également développés. Cette coexistence se voit parfois cependant, soit avec des kystes ovariques ordinaires, soit avec des kystes dermoïdes. Elle n'est pas très rare dans cette dernière variété. La présence simultanée de deux kystes prédispose aux accidents dont ces tumeurs peuvent être le siège. Il est fréquent de voir, dans ces cas, l'un des kystes, le plus petit, se prolaber dans le cul-de-sac de Douglas et s'enclaver dans le petit bassin où son développement est alors cause de phénomènes de compression plus ou moins prononcés sur les organes environnants et, en particulier, de douleurs vives dues à la compression des nerfs. Ces accidents douloureux de compression étaient très prononcés chez une malade du service de M. le professeur Gross, qui était atteinte d'un double kyste dermoïde de l'ovaire. Cette femme ressentait depuis quatre ans de fortes douleurs dans le petit bassin, douleurs aggravées par les moindres efforts et particulièrement intenses du côté gauche. A l'examen de la malade, on constatait dans l'abdomen, du côté droit, une tumeur de consistance assez ferme, de forme irrégulière, n'atteignant pas l'ombilic. Par le toucher, on trouvait une masse dure remplissant le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux, refoulant l'utérus en avant et paraissant faire corps avec lui et avec la tumeur abdominale. La laparotomie montra qu'il s'agissait, non, comme on l'avait pensé, d'un fibrome, mais de kystes dermoïdes des deux ovaires, chaque tumeur du volume de deux poings. L'une, celle de droite, était abdominale et pédiculée. Elle reposait sur l'autre, celle de gauche, qu'elle comprimait assez fortement et empêchait de se développer par en haut. Le deuxième kyste était d'ailleurs en partie intraligamentaire. Donc l'enclavement d'une des tumeurs dans le petit bassin, par suite de la pression exercée sur elle par la deuxième tumeur, est une première complication possible des kystes bilatéraux.

Mais d'autres accidents plus graves se voient quelquefois. C'est, par exemple, la rupture d'un des kystes, favorisée par la pression du deuxième kyste. Cet accident, qui n'est pas rare quand il y a coexistence d'un fibrome utérin volumineux et d'un kyste ovarique ou dans les cas de grossesse compliquée de kyste de l'ovaire, est moins fréquent dans le cas qui nous occupe, en raison de la rareté relative de la présence simultanée de deux kystes. Poupinel (Thèse de Paris, 1886) rapporte une observation de Parish où, chez une femme de cinquante-deux ans, on trouva deux kystes de l'ovaire, dont l'un rompu dans le péritoine. M^me Waite (Thèse de Paris, 1883) en cite deux cas.

Dans le premier (Obs. X, p. 66), le diagnostic avait été difficile. Celui qui avait été porté était « kyste de l'ovaire droit avec petits fibromes nodulaires de la paroi postérieure ». La laparotomie, faite plus tard à cause de phénomènes péritonéaux, montra qu'on avait affaire à deux kystes, dont l'un, le gauche, enclavé dans le petit bassin, était rompu. Le kyste gauche correspondait à la masse dure, que l'on sentait, par le toucher, dans le cul-de-sac postérieur. Le kyste droit pesait sur le kyste gauche.

Dans le deuxième cas (Obs. XV), on avait diagnostiqué une rupture de kyste ovarique. On fait la laparotomie qui montre deux kystes papillomateux rompus, fusionnés ensemble, adhérents à la vessie et à l'utérus.

Lair (Thèse de Lyon, 1892) rapporte une observation où on trouve deux kystes, l'un droit volumineux, l'autre moins considérable. Le kyste droit a un aspect myxoïde, son volume dépasse celui d'une tête d'enfant. Il est rompu.

La *torsion du pédicule*, accident fréquent des kystes de l'ovaire, peut être favorisée par la présence dans l'abdomen d'une deuxième tumeur gênant le développement du kyste. Cette deuxième tumeur est le plus souvent un utérus fibromateux ou gravide, plus rarement un autre kyste.

Dans un cas de Doran (*Ann. de gynécol.*, 1882, p. 58), après avoir enlevé chez une femme de trente-deux ans un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, on trouva, au-dessous, un deuxième kyste siégeant à droite, dont le pédicule assez long était tordu et transformé en tissu fibreux.

La compression exercée par un kyste sur un autre, moins volumineux, peut encore, par suite des changements de rapports dus aux pressions, tractions, amener l'allongement et l'amincissement du pédicule, jusqu'à déterminer sa rupture, sans qu'il y ait aucune torsion de ce pédicule. C'est du moins le mécanisme qu'invoque Heurtaux dans un cas où, après avoir trouvé par la laparotomie un kyste très volumineux, on vit, dès que la grosse masse fut sortie de l'abdomen, apparaître hors du bassin un autre kyste ovarique plus gros que le poing, très tendu, sans connexion avec le ligament large, n'attenant qu'à la partie inférieure du mésentère par une adhérence longue, souple, vasculaire. C'était bien un kyste ovarique, car on retrouvait à sa surface les vestiges du ligament de l'ovaire et la trompe qui lui adhéraient et étaient rompus en un point voisin de l'utérus. La rupture était ancienne. Il n'y avait pas de traces de torsion.

Mais de tous les accidents causés par la coexistence de deux kystes ovariques, le plus rare et aussi le plus grave est

le sphacèle d'un des kystes sous l'influence de la compression exercée par l'autre. A ce titre, l'observation suivante inédite mérite d'être relatée.

Observation. — *Kyste ovarique double; kyste pédiculé à droite, intraligamentaire à gauche; sphacèle du kyste pédiculé; accidents péritonéaux; mort.* — La nommée Louisa C..., trente-cinq ans, femme de chambre, est adressée par M. le professeur Hergott à la clinique de M. le professeur Gross. Bonne santé habituelle. Toujours menstruée régulièrement jusqu'au mois dernier. La malade perdait en petite quantité et seulement pendant deux jours. Les dernières règles ont apparu seize jours plus tôt que d'ordinaire. Jamais de métrorragie. Au dire de la malade, le ventre serait tuméfié depuis l'âge de vingt-trois ans. Mais il y a deux mois seulement, elle a dû arrêter son travail à cause de la fatigue et des douleurs vagues à la région sacrée. Quelques douleurs abdominales, lancinantes, à droite. La malade ne sait dire de quel côté le ventre a commencé à enfler, ni s'il s'est développé de haut en bas ou de bas en haut. Constipation depuis plusieurs mois. Pas d'envies plus fréquentes d'uriner.

*État actuel.* — Le ventre est considérablement tuméfié, les parois sont tendues, luisantes, présentent un développement anormal du réseau veineux superficiel. A la palpation, on trouve toute l'étendue de l'abdomen très rénitente. La tension des parois est telle qu'on ne peut délimiter de tumeur. Tout l'abdomen est mat à la pression, sauf la partie déclive du flanc gauche, où la matité est remplacée par de la submatité. Léger endolorissement. Fluctuation manifeste d'un côté à l'autre, surtout bien perçue à la partie supérieure de l'abdomen. A la mensuration, la circonférence abdominale au niveau de l'ombilic est de 114 centimètres. Au toucher, le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur arrondie, donnant plutôt la sensation d'un empâtement que celle d'une masse dure légèrement douloureuse à la pression. Col utérin refoulé en avant et en haut. L'utérus paraît immobilisé par la tumeur.

État général mauvais. Teint pâle, terreux, léger mouvement fébrile. Température 38°2, le matin; 38°8, le soir. Pouls 120. Inappétence, insomnie. Œdème des membres inférieurs. Urines rares non albumineuses. L'état de la malade ne s'améliorant pas et ne permettant guère une laparotomie, on essaie de soulager la malade en pratiquant une ponction que l'on fait à droite sur le milieu de la ligne iléo-ombilicale. Elle ne donne aucun liquide. Le 18 juillet surviennent des vomissements porracés et les signes manifestes d'une péritonite. Le ventre a encore augmenté de volume. La gêne devient considérable. La malade ne peut conserver que la position demi-assise dans le lit. Le moindre mouvement est très pénible. L'œdème des membres inférieurs est devenu considérable. Température entre 38 et 39 degrés. Pouls 130. On pratique une nouvelle ponction, le 20 juillet. Cette fois du côté gauche de l'abdomen, on retire 10 litres de liquide jaunâtre légèrement rougeâtre, présentant toutes les apparences d'un liquide kystique ovarique. La ponction ne donne que peu de soulagement mais permet de délimiter une tumeur lobulée, étalée en largeur, siégeant surtout à droite, remontant vers le flanc droit et descendant obliquement vers le côté gauche.

L'état général reste toujours grave. La malade a du hoquet, vomit tout ce qu'elle prend, même la glace. Elle urine difficilement. Il faut la sonder. Température aux environs de 38 degrés. Pouls de plus en plus fréquent à 140 et 160. Mort le 25 juillet.

*Autopsie.* — A l'ouverture de l'abdomen écoulement d'une certaine quantité de liquide louche, mais non purulent. Anses intestinales distendues. Dans la partie sous-ombilicale, une tumeur kystique multilobée avec une grande poche vide adhérente à la paroi abdominale antérieure. Au-dessous, masse kystique étalée en largeur et composée d'une poche assez volumineuse à gauche, une moyenne à droite, une plus petite entre les deux. Les tumeurs sont fortement adhérentes de toutes parts et on reconnaît facilement qu'il s'agit de kystes intraligamentaires, entourant l'utérus fortement refoulé à gauche. En enlevant ces tumeurs, on met à découvert une masse verdâtre flasque, remplissant le cul-de-sac de Douglas et que l'on reconnaît être une tumeur kystique sphacelée, laissant échapper un liquide noirâtre puriforme, d'odeur putride par une déchirure située à sa partie tout inférieure. En soulevant la masse, elle se déchire mais se détache assez facilement de la cavité pelvienne où elle était incarcérée, se montre adhérente au ligament large droit par un pédicule assez long. Il est alors facile de reconnaître qu'elle est constituée par un kyste pédiculé de l'ovaire droit qui était prolabé dans le cul-de-sac de Douglas.

En résumé, il s'est agi d'un kyste ovarique pédiculé, droit, prolabé dans le Douglas, et d'une tumeur kystique intraligamentaire gauche qui, par suite de son accroissement, a comprimé et finalement sphacélé le premier, d'où les accidents mortels de septicémie et de péritonite.

---

## DE L'OPÉRATION DU PTOSIS

Par le docteur Péchin.

Il faut croire que les diverses méthodes auxquelles on a recours pour relever la paupière dans les cas de ptosis congénital ou paralytique, ont laissé bien des mécomptes malgré les succès affirmés par leurs auteurs et je n'en veux pour preuve que les nouveaux procédés préconisés récemment. Et, si les procédés peuvent varier indéfiniment, il n'en sera pas de même des méthodes qui, réduites à quatre à l'heure actuelle, ne me semblent pas devoir jamais dépasser ce nombre. Les simplistes, sans grand frais d'imagination et surtout sans soucis de la physiologie, ont enlevé un lambeau de peau de la paupière, ablation cutanée, accompagnée ou non de l'excision de fibres de l'orbiculaire. Cette méthode n'a pas donné de succès; elle est peu encourageante et il est regrettable que le grand nom de de Græfe y soit attaché. Peut-être a-t-elle été suivie de résultats satisfaisants lorsque la chute de la paupière était due à un excès de poids des tissus ou à une action exagérée de l'orbiculaire. Or, cette étiologie du ptosis est rare et par conséquent cette méthode de traitement peu usitée. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, cette méthode est condamnée lorsqu'on songe à la facilité avec laquelle la peau du front descendra et fournira du tissu à la paupière. C'est pour avoir compris cela que d'autres auteurs mieux avisés, plus physiologistes, ont attaqué le squelette de la paupière en le raccourcissant, raccourcissement portant sur le muscle orbito-palpébral (Bowmann, Eversbusch), ou à la fois sur le tendon du releveur et le tarse (Gillet de Grandmont). Dans cette méthode il y a un progrès indéniable et j'ai vu autrefois, en 1891, des malades très heureusement opérés par Gillet de Grandmont d'après cette méthode de résection tarso-musculaire. Vient ensuite en un crescendo scientifique la méthode de substitution de l'action du muscle frontal à l'action du releveur; c'est là la méthode physiologique par excellence, puisqu'il s'agit de substitution d'action musculaire, excellence contre laquelle luttera avantageusement, à moins qu'elle ne se borne à rivaliser avec elle, une autre méthode qui procède également de la notion de suppléance musculaire, je veux dire la méthode de substitution du droit supérieur au rele-

veur de la paupière sur laquelle deux de nos éminents collègues, MM. Parinaud et Motais, viennent tout récemment d'appeler l'attention. Les procédés d'application de cette méthode de substitution du frontal au releveur sont nombreux, car on conçoit facilement qu'il y ait plusieurs moyens d'établir une connexion entre la paupière et le muscle frontal. On doit rendre justice à Hunt (de Manchester) en le déclarant le père de cette méthode si féconde dans ses résultats ; cet auteur disséquait la peau de la paupière d'une commissure à l'autre et formait ainsi un lambeau qu'il ramenait sous le muscle frontal. C'est ce procédé qu'a perfectionné M. le professeur Panas. Cet auteur taille dans la paupière un lambeau en forme de raquette dont le manche assez large passe sous un pont sourcilier pour aller s'anastomoser par trois points de suture avec le frontal. Ce procédé a donné d'excellents résultats entre les mains d'éminents praticiens tant en France qu'à l'étranger et M. Fuchs (de Vienne), dont l'autorité est grande, n'hésite pas à s'en déclarer satisfait : « L'opération de Panas, dit-il, est celle qui m'a donné les meilleurs résultats » (in *Manuel d'ophtalmologie*, Vienne 1891) ; il a donc acquis ses lettres de grande naturalisation. On a reproché à ce procédé d'être d'une technique difficile et de laisser des plis disgracieux ; or, j'estime qu'il y a quelque injustice à se montrer ainsi exigeant envers un procédé qui a su concilier les données de la physiologie avec l'habileté chirurgicale ; c'est pourquoi nous ferons bien de le tenir comme bon en attendant mieux.

Les modifications apportées au procédé de M. Panas sont multiples et plusieurs d'entre elles méritent d'être signalées. M. C. Heiss (de Leipzig) fait une longue incision dans le sourcil, détache la peau du muscle orbiculaire jusqu'au bord palpébral, suspend ce lambeau par trois anses de fil qu'il place au milieu de son bord supérieur et conduit ces fils sous la peau du front à un ou deux centimètres de l'incision, il les fait ensuite sortir pour les lier sur des rouleaux de diachylum. En somme, M. Hess établit une connexion entre la paupière et le muscle frontal par une nappe cicatricielle qui s'étend à toute la paupière. (Société d'opht. de Heidelberg, session de 1893.)

M. J. Oscroft Tansley, de New-York (*in Transact. of the Amer. Ophtalm. Soc.*, 1896, p. 427), a appliqué le procédé de Panas en le modifiant d'une façon qui mérite également d'attirer l'attention. Cet auteur taille un lambeau cutané rectangulaire ayant la hauteur de la paupière et une largeur d'environ cinq millimètres, lambeau qu'il détache de haut en bas jusqu'à quelques millimètres du bord libre. Cela fait, il taille un second lambeau en forme de croissant qu'il circonscrit d'une part avec une incision supérieure à concavité inférieure et parallèle à la limite supérieure du tarse et, d'autre part, avec une autre incision qui longe le bord palpébral. Ce lambeau cutané est enlevé avec les fibres orbiculaires sous-jacentes. Le reste de l'opération se termine comme dans le procédé de Panas, le premier lambeau est introduit sous un pont sourcilier pour être fixé au muscle frontal. On conçoit que l'ablation du second lambeau musculo-cutané aide au relèvement de la paupière en même temps qu'elle empêche la formation de plis cutanés.

A enregistrer aussi la tentative qu'a faite M. Pergens (*Klin. Monatsb. für Augenheil.*, janvier 1894) pour remédier à ces plis que laisse le procédé de Panas. Il pratique une incision de la peau de la paupière supérieure, commençant de part et d'autre à trois millimètres au-dessus du bord libre et longeant le bord inférieur de l'arcade sourcilière, détache du périoste la peau qui porte le sourcil, fixe sous le lambeau sourcilier la partie supérieure du lambeau palpébral attiré en haut par trois anses de fil qui sortent au-dessus du sourcil et enfin pratique une seconde incision de la peau de la paupière ayant les mêmes points de départ que la première incision et, cette fois, étant dirigée parallèlement au bord libre de cette paupière. En d'autres termes, M. Pergens transpose deux lambeaux, il fait descendre un lambeau sourcilier entre le bord libre de la paupière et le bord inférieur du lambeau palpébral qui, lui, remonte pour aller s'unir avec le frontal. M. Pergens assure qu'il a obtenu par cette modification d'heureux résultats tant fonctionnels qu'esthétiques. C'est donc à essayer.

A côté de ceux qui ont pensé à élever la peau par des procédés chirurgicaux pour la porter vers le muscle frontal et l'y fixer, se rangent ceux qui ont également voulu établir la même connexion afin d'établir la substitution du frontal au releveur, mais, qu'on me passe l'expression, en travaillant sous la peau. C'est le procédé des fils établissant des traînées cicatricielles, rétractiles, suspensives. Ce travail de mineur a ses avantages de facilité, mais aussi ses inconvénients d'incertitude, et je ne parle que de l'opération de Dransart et des sutures sous-cutanées de H. Pagenstecher pour passer absolument sous silence les sutures sus-cutanées de ce dernier, sutures qui déforment la paupière, la rendent colobomateuse, boursouflée et paraissant être le siège de gros chalazions. Pareil résultat esthétique paie trop chèrement la guérison du ptosis dont le malade ne se félicitera qu'avec beaucoup de réserve et pas du tout d'enthousiasme. M. Dransart soulève la paupière en tirant avec ses fils sur le tarse ; avec ses sutures sous-cutanées, M. H. Pagenstecher tire sur la peau du bord libre, mais peu importe le point d'attache des sutures, le résultat est le même dans les deux procédés. Dans les *Annales d'oculistique* (T. LXXXVIII, p. 29), M. de Wecker décrit une nouvelle opération du ptosis qui porte son nom. Ce procédé de de Wecker consiste dans deux sutures palpébro-frontales à anse sus-cutanée combinée avec la résection d'un lambeau ovalaire comprenant la peau et le muscle orbiculaire ou bien n'intéressant que le muscle seul. Or, aujourd'hui M. de Wecker s'abstient de faire un lambeau quelconque, il le juge inutile et place seulement deux sutures. Mais alors ce procédé n'est autre que celui de H. Pagenstecher. Y a-t-il dans le placement des sutures un modus faciendi, tel que les deux procédés, basés sur la même méthode, puissent être différenciés? Je ne le pense pas. Et, en effet, M. de Wecker place une anse de fil à 4 millimètres du bord de la paupière, fil dont les deux chefs sont conduits par deux aiguilles différentes jusqu'au-dessus du sourcil. En bas, les points de pénétration sont distants de 5 à 6 millimètres, en haut, les points de sortie conservent la même distance, les fils ont gardé leur parallélisme. Deux sutures pareilles sont placées. M. Pagenstecher introduit son aiguille sous la peau de la paupière au voisinage du bord ciliaire, en la conduisant parallèlement à ce bord et en la faisant ressortir à une distance de 1 ou 2 millimètres. Dans ce point de sortie, il introduit de nouveau la même aiguille qui va conduire le fil jusqu'au-dessus du sourcil. Une autre aiguille qui pénètre par le point d'entrée de la première aiguille conduit l'autre chef du fil également au-dessus du sourcil et ressort par le point de sortie fait précédemment. En serrant progressivement chaque jour, on coupe les tissus et il s'établit un cordon cicatriciel sous-cutané entre le

muscle frontal et la paupière. Dira-t-on que les deux procédés diffèrent parce que les fils sont placés sous une forme rectangulaire dans l'un (de Wecker) et losangique allongée dans l'autre (Pagenstecher)? Nullement. Alors les deux procédés se ressemblent et je ne vois pas pourquoi M. de Wecker a appelé son procédé une *nouvelle* opération.

La critique de ce procédé des sutures sous-cutanées est trop connue pour que je la fasse à nouveau. Incertitude dans le degré d'élévation que pourra atteindre une cicatrice qui se forme à son gré, danger de suppuration, resserrement des fils souvent répété, tout a été dit, néanmoins tout en acceptant le bien fondé de ces critiques, je crois qu'on les a exagérées. Aucune méthode, aucun procédé ne peut se prévaloir de rendre mathématiquement à la paupière le degré voulu d'élévation. La moindre incorrection n'est-elle pas toujours visible et persistante, alors qu'une surcorrection pourra disparaître avec le temps, avec l'élongation due au fonctionnement des tissus? Pas plus là que dans le strabisme on ne peut parler de dosage, et autant que dans le strabisme, il faut compter avec les mouvements physiologiques, avec l'effort naturel de l'organe qui tend constamment à reprendre son jeu. L'asepsie des fils, des aiguilles et de la peau diminuera la suppuration si elle ne la supprime pas. L'ennui du resserrement des fils pourra être facilement évité en remplaçant ces fils par une anse galvanique, ou comme l'a proposé M. Gayet (*Soc. fr. d'opht.*, 1891, p. 84), par des fils de platine passés avec l'aiguille de Marion Sims et rendus incandescents avec une pile. Et encore y a-t-il lieu de se demander si le mode de formation du tissu cicatriciel, son degré de rétractilité et partant le résultat opératoire, seront analogues dans le cas de sutures avec les fils, c'est-à-dire dans le cas d'établissement du tissu cicatriciel en plusieurs temps et dans le cas où ce tissu sera créé en un seul temps.

Ce procédé des sutures sous-cutanées, ainsi allégé des critiques qui pesaient sur lui, ne nous paraît plus autant mériter le discrédit dans lequel on a voulu le faire tomber et il est juste de reconnaître qu'il a donné de bons résultats. J'ai employé ce procédé plusieurs fois et je n'ai eu qu'à m'en louer. Pourtant, j'ai eu dernièrement un insuccès ou mieux un demi-succès chez une malade atteinte de ptosis complet et consécutif à l'ablation de la glande lacrymale orbitaire. J'ajoute en passant que cette dernière opération avait été pratiquée par un de nos collègues les plus justement réputés, ce qui prouve que cette ablation peut se compliquer d'un pareil accident opératoire, si l'on n'y veille avec la plus grande attention. Chez cette malade, je m'étais servi de fil trop fin et je n'avais pas dès le début, serré assez fortement les sutures. Les fils doivent être gros, comme le gros fil de chanvre, et leur striction doit être dès le premier jour très énergique.

Tout récemment M. A. Darier (*Ann. d'ocul.*, août 1897, p. 93) vient de faire connaître un nouveau procédé qui relève de la méthode de substitution du frontal au releveur. Au lieu d'établir la connexion par du tissu cicatriciel en nappe ou en traînées, il a imaginé de se servir du muscle orbiculaire. Pour ce faire, il excise au niveau du bord palpébral un lambeau de peau ayant la longueur de ce bord et une hauteur d'environ trois millimètres; il découpe ensuite deux minces languettes du muscle orbiculaire qu'il laisse tout d'abord adhérer à leur base, puis les redresse en haut pour les faire passer sous un pont de peau qui a pour limite en bas l'incision palpébrale et en haut une seconde incision de deux centimètres pratiquée au niveau du sourcil. Enfin, il détache à leur base ces deux languettes musculaires pour les suturer au cartilage tarse et à la lèvre inférieure de l'incision palpébrale. L'idée de recourir à du muscle de préférence à du tissu cicatriciel pour rétablir le mouvement fonctionnel de la paupière est d'un bon esprit, d'une excellente intention; mais dans le cas actuel je ne trouve pas cette idée rationnelle. La mise en pratique de cette idée a été suivie d'un excellent résultat dans *un* cas. Soit. Ce résultat peut s'expliquer sans légitimer forcément le procédé. M. Darier le dit lui-même, il a pensé *utiliser les propriétés physiologiques du muscle*. Je comprends l'action physiologique du muscle frontal qui supplée le releveur, je comprends l'action physiologique du muscle droit supérieur qui supplée également le releveur dans le procédé Parinaud-Motais dont je parlerai tout à l'heure, mais j'avoue ne pas comprendre du tout l'action physiologique de deux languettes musculaires très minces, très longues et coupées à leurs deux extrémités, doublement coupées chirurgicalement et physiologiquement, car ce n'est certainement pas par ces extrémités suturées que pourront arriver des vaisseaux nourriciers. Ces languettes privées de vaisseaux et de nerfs, bien qu'on puisse admettre la possibilité de la production de nouveaux cylindres-axes à travers le tissu cicatriciel (1), ces deux languettes ne vivront pas et, entre autres preuves, je rappellerai que les hétéroplasties des paupières, faites avec de très larges lambeaux de peau, donnent des résultats déplorables. Et les languettes musculaires de Darier, coupées à leurs extrémités, ne sont plus que des lambeaux hétéroplastiques musculaires, mais comparables aux lambeaux hétéroplastiques cutanés.

Or, ces beaux lambeaux cutanés qui donnent, *dès le début*, de magnifiques succès de restauration de paupières, se sphacèlent ou disparaissent à la longue par intussusception, obligeant l'opérateur à une nouvelle intervention. Mon honorable collègue a obtenu un excellent résultat par son procédé; j'accepte, mais je lui demanderai s'il n'est pas vraisemblable que ce succès soit dû à ce que le pont cutané sous lequel il a attiré ses fibres musculaires a créé une nappe de tissu cicatriciel, qu'il a élevé la paupière avec ses languettes de muscle, comme il l'aurait fait avec des fils, et alors ce procédé, à mon sens, est un procédé à sutures sous-cutanées purement et simplement, avec non seulement des traînées cicatricielles, comme en font les fils seuls (Pagenstecher), mais avec une nappe cicatricielle formée par le décollement de la peau (Dransart, C. Hess) et, en outre, l'ablation d'un lambeau musculo-cutané (de Græfe).

Et je me refuse à admettre une action musculaire physiologique de ces deux languettes qui, une fois séparées du muscle orbiculaire, ont perdu irrémédiablement les fonctions qui leur étaient dévolues et ne peuvent que dégénérer, s'atrophier ou même se sphacéler. Et pour nier leur action physiologique, je me fonde plutôt sur la dégénérescence de ces fibres de l'orbiculaire que sur la différenciation acceptée entre l'innervation de l'orbiculaire et celle du releveur, car, d'après les expériences de Mendel, les fibres du nerf facial, innervant l'orbiculaire, proviendraient des noyaux de l'oculo-moteur commun. Et puisque le résultat est le même dans les deux procédés, je préfère, comme beaucoup plus simple,

(1) Mathias-Duval, Régénération des nerfs sectionnés, in *Précis d'histologie*, Paris 1897, p. 838.

les sutures de Pagenstecher, avec ou non la résection d'un lambeau musculo-cutané.

Une méthode vraiment chirurgicale, vraiment physiologique, est celle que M. Motais nous communiquait à la Société française d'ophtalmologie, dans la session de mai 1897. M. Motais considère que la méthode d'opération du ptosis, qui consiste à substituer le muscle frontal au releveur, ne peut donner de bons résultats que dans les cas assez rares où le muscle frontal est très développé; dans les autres cas, dit-il, les mouvements de relèvement de la paupière restant très limités et peu appréciables. La communauté d'origine, de direction, d'enveloppes aponévrotiques, la même source d'innervation font très bien ressortir la synergie fonctionnelle de ces deux muscles; aussi peut-on admettre théoriquement que les deux élévateurs sont admirablement disposés pour se suppléer réciproquement.

M. Motais, après expériences sur le cadavre, a mis en pratique sa théorie; il a opéré un malade d'après sa méthode et voici comment il termine l'exposé de son opération : « Les résultats de cette première opération sont donc des plus probants. Ils sont absolument conformes aux prévisions assises sur des considérations très précises et nettement formulées d'avance. Ce procédé est issu, en effet, tout entier et de toutes pièces d'études anatomiques et physiologiques sérieusement mûries. » Dans la même session du Congrès d'ophtalmologie, M. Parinaud exposait son procédé qui ne diffère pas sensiblement de celui de M. Motais. Pour la technique de ces procédés, je renvoie le lecteur aux *Bulletins et Mémoires de la Société d'ophtalmologie* (1897) ou aux *Annales d'oculistique* de juillet de la même année.

De cet exposé des diverses méthodes de traitement opératoire du ptosis, que peut-on conclure, sinon que, malgré les résultats satisfaisants revendiqués par chacune d'elles, on n'est pas à l'abri d'échecs et que le plus grand discernement doit être apporté au choix de la méthode à employer, en s'inspirant de l'étiologie du ptosis? Dans les cas d'absence, de faiblesse congénitale, d'amyotrophie ou de paralysie du releveur, le procédé du professeur Panas ou ses dérivés me paraissent indiqués. Dans tous les autres cas, il y a lieu de recourir à l'ablation d'un lambeau tarso-musculaire (Gillet de Grandmont, Bowmann, Eversbuch) ou aux sutures sous-cutanées de Pagenstecher-Dransart. Quant à l'opération de Motais-Parinaud, l'avenir décidera; en tous cas, elle est pleine de promesses.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 18 au 23 avril 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 18 AVRIL 1898**, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Jalaguier, Delbet et Broca.

1er examen (nouveau régime) : MM. Tillaux, Reclus et Sebileau.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Humbert, Rémy et Ricard; — (2e série) : MM. Mathias-Duval, Lejars et Retterer.

3e examen (2e partie) : MM. Potain, Landouzy et Gaucher; — M. Varnier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delens et Walther; — (2e série) : MM. Monod, Segond et Tuffier; — (2e partie) : MM. Hayem, Fournier et Déjerine; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

**MARDI 19 AVRIL**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Polaillon, Richelot et Thiéry.

1er examen (1re série) : MM. Farabeuf, Rémy et Poirier; — (2e série) : MM. Campenon, Quénu et Gley.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Ballet et Ménétrier; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Marfan et Letulle.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Gilbert et André; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Nélaton et Albarran; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Debove et Charrin; — M. Marfan, suppléant.

**MERCREDI 20 AVRIL**, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Lejars et Retterer.

1er examen (1re série) : MM. Monod, Segond et Sebileau; — (2e série) : MM. Rémy, Ricard et Poirier.

3e examen (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gaucher.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Netter; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Jalaguier et Tuffier; — (2e série) : MM. Humbert, Reclus et Walther; — M. Delbet, suppléant.

**JEUDI 21 AVRIL**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Nélaton et Thiéry.

1er examen : MM. Farabeuf, Richelot et Gley.

2e examen (oral, 1re série) : MM. Netter, Polaillon et Gley; — (2e série) : MM. Grancher, Blanchard et Poirier.

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Charrin et Roger.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Thoinot et André; — M. Weiss, suppléant.

**VENDREDI 22 AVRIL**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Rémy et Poirier.

1er examen : MM. Terrier, Retterer et Sebileau.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Netter; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Monod, Jalaguier et Delbet; — (2e série) : MM. Reclus, Humbert et Walther; — (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Déjerine; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire; — M. Lejars, suppléant.

**SAMEDI 23 AVRIL**, à une heure. — 1er examen (1re série) : MM. Farabeuf, Nélaton et Thiéry; — (2e série) : MM. Berger, Quénu et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Richelot, Rémy et Albarran; — (2e série) : MM. Mathias-Duval, Polaillon et Campenon.

3e examen (2e partie) : MM. Chantemesse, Gilbert et Achard; — M. Ménétrier, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar; — M. Chassevant, suppléant.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le médecin de deuxième classe de la marine Parin, aide-major au 6e régiment d'infanterie de marine à Brest, est destiné aux troupes à Madagascar, en remplacement de M. le docteur L. Olivier, qui a terminé la période régimentaire de service colonial, et qui est affecté au 6e régiment à Brest. — M. Parin prendra passage sur le paquebot partant de Marseille le 25 avril 1898.

— MM. Albert Mathieu et Maurice Soupault feront, le vendredi matin, à dix heures, à l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à partir du 29 avril, des conférences cliniques sur les maladies du tube digestif.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE



# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question de la vaccination obligatoire dans les colonies a été résolue par un vote presque unanime de l'Académie, dans le sens proposé par M. le directeur de la vaccine. Après avoir répondu à ses contradicteurs, MM. Vallin et Chauvel, après avoir rappelé qu'il n'a été que l'interprète des sentiments des médecins militaires qui combattent aux colonies le bon combat, M. Hervieux a terminé sa réponse par l'expression du vœu suivant qui a été adopté à l'unanimité moins une voix :

« L'Académie considérant : 1° que la variole règne depuis un temps immémorial dans les colonies françaises ; 2° qu'elle y détermine chaque année une mortalité plus ou moins considérable ; 3° que, devenant ainsi une cause de dépopulation, elle porte une atteinte plus ou moins sérieuse au développement et à la prospérité de nos colonies, mais aussi à l'état de nos garnisons coloniales,

Émet le vœu qu'une circulaire ministérielle rappelle aux autorités administratives qu'elles ont le droit, en vertu de la loi du 5 avril 1884, d'imposer l'obligation vaccinale aux colonies éprouvées par les endémies et épidémies varioliques. »

Le ministre des Colonies a consulté l'Académie sur la question de savoir s'il y avait lieu de rendre obligatoire aux colonies la déclaration de la rougeole, de la lèpre et de la dysenterie épidémique. Sur un rapport de M. Vallin, l'Académie a été d'avis qu'il y avait lieu d'imposer, aux colonies, la déclaration obligatoire de ces maladies.

Il y a quelques semaines, M. Tuffier soumettait à l'Académie un travail reposant sur trente-neuf opérations de gastro-entérostomie pratiquées chez des malades atteints de sténose pylorique non cancéreuse. M. Hayem a fait un rapport sur cette communication, et c'est là un hommage rendu par la médecine à la chirurgie. Toutefois, il y a une question d'indication qui n'est pas toujours facile, et il faut se mettre en garde contre certaines exagérations interventionnistes, comme celle, par exemple, d'un chirurgien qui, sur 61 opérations de gastro-entérostomie, a constaté 46 fois l'absence de toute sténose. On ne peut, avec M. Hayem, que trouver cela regrettable. Mais il n'en reste pas moins acquis, même pour les médecins, que, dans certains cas de sténose pylorique non cancéreuse, la gastro-entérostomie est le traitement et l'opération de choix. Les résultats fournis par M. Tuffier et par d'autres, soit à l'Académie, soit à la Société de chirurgie, le prouvent absolument.

M. Chipault a fait une nouvelle communication intéressante sur le traitement de l'épilepsie par la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique.

Signalons aussi une lecture de M. Galezowski sur la pathogénie du décollement rétinien et son traitement par la ciliotomie et les applications de glace.

M. Barré a présenté un pain destiné à l'alimentation du soldat. Cette communication sera l'objet d'un rapport de M. Chauvel.

Au début de la séance, M. Marey a présenté une note de M. Marage sur la façon dont parlent les sourds-muets.

M. Richet a été élu, à une grande majorité, membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Trasbot sur les candidats au titre de membres associés nationaux.

---

### FRACTURE DU SCAPHOIDE DE LA MAIN
#### AVEC LUXATION D'UN DES FRAGMENTS SUR LA FACE DORSALE

Par le docteur M. AUVRAY, prosecteur de la Faculté.

Voici cette observation intéressante telle qu'elle m'a été communiquée par mon excellent ami, M. le docteur Pelvet, chirurgien de l'hôpital de Vire :

« X..., couvreur, entre à l'Hôtel-Dieu de Vire le 22 janvier. Cet homme est tombé le 11 du même mois d'un toit et est resté pendant dix jours à Flers, où l'accident était arrivé. A son entrée, il présente tous les signes d'une fracture de la base du crâne : coma complet, écoulement de sang par le nez et l'oreille droite, ecchymoses nombreuses de la face, du front, suffusion sanguine des yeux, etc.

A l'avant-bras droit, sur la face antérieure, ecchymoses nombreuses et étendues.

Pas de fractures des os du bras, *ni de l'avant-bras.*

Mêmes particularités à l'avant-bras gauche, où l'on remarque à la partie antérieure, à 3 centimètres au-dessus du poignet, une petite plaie de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

A la partie dorsale du poignet droit, au-dessous de l'interligne articulaire du radius, existe une tumeur de la grosseur d'une noisette faisant saillie sous la peau. Elle est mobile, d'une dureté osseuse, et donne, par le déplacement, une légère crépitation.

Le malade meurt le 24 janvier.

A l'autopsie, fracture de la base du crâne; luxation iliaque de la hanche droite, avec fracture du rebord supérieur de la cavité cotyloïde.

Au poignet droit, on trouve la tumeur formée par une portion du scaphoïde qui est venue se loger directement sous la peau. Cet os s'est brisé au niveau de la gouttière qui le divise et sépare la portion radiale de la portion articulée avec les deux trapèzes.

Les ligaments interosseux sont brisés; les autres ont été respectés, sauf le ligament postéro-externe large et mince, dont les fibres ont été écartées, ainsi que les tendons des extenseurs, pour donner passage à la portion brisée.

Par quel mécanisme cette fracture suivie de luxation s'est-elle produite?

Il semble d'abord que le blessé soit tombé sur les deux mains étendues, eu égard aux ecchymoses et plaie de la partie antérieure des avant-bras.

Ensuite il semble que la main était en extension forcée et que le scaphoïde pris entre le radius et les trapèzes a été écrasé, puis sa portion mobile n'étant plus retenue par des ligaments aussi résistants que ceux de l'autre partie, a écarté les fibres du ligament postérieur moins résistant et a été énucléée en quelque sorte en écartant les tendons extenseurs. »

Ce fait m'a paru intéressant à signaler à cause de son extrême rareté; cette rareté n'a pas lieu, du reste, de nous étonner, étant donné la petitesse des os du carpe, leur nature, leur situation, les nombreuses articulations du carpe qui décomposent les violences extérieures.

Voici les quelques observations de fracture du scaphoïde qu'il m'a été possible de trouver dans la littérature médicale. (Il ne s'agit pas ici, bien entendu, des fractures par écrasement ou consécutives à des plaies par armes à feu, celles-ci en effet sont fréquentes.) Je signalerai tout d'abord le cas observé par de Fortunet (1) sur un individu tombé par la fenêtre sur le poignet gauche et dont l'histoire semble calquée sur l'observation que nous rapportons. Au-dessous de l'apophyse styloïde radiale, on constate une crépitation évidente. En ouvrant l'articulation, on trouve le radius intact, mais le scaphoïde divisé en deux parties égales par un trait antéro-postérieur. Le fragment externe s'était porté en haut et en arrière et faisait saillie sous la peau.

Jarjavay [1846] (2) rapporte une observation de fracture du scaphoïde.

Guibout [1847] (3), sur un individu tombé d'un troisième étage, trouve le scaphoïde séparé vers le milieu de son épaisseur en deux parties à peu près égales, et parallèlement à son grand axe. L'os est coupé en deux dans toute sa longueur. Les surfaces articulaires avec le radius et le trapèze sont saines. Les deux petits fragments résultant de la fracture sont restés en place.

Flower [1883] (4), chez son blessé, constate l'existence d'une fissure qui s'étendait au travers du scaphoïde sur la presque totalité de l'os et s'accompagnait d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Rutterford (1) trouve une fracture transversale du scaphoïde, avec fracture de l'extrémité inférieure du radius compliquée d'arrachement de la styloïde cubitale, chez un homme de trente ans.

Ces cinq observations, jointes à celle de Pelvet, portent à six le nombre des cas de fracture du scaphoïde rapportés par les auteurs. La fracture du scaphoïde n'est cependant pas la seule fracture que l'on puisse rencontrer sur les os du carpe. Je rappelle les deux cas de Cloquet (2) et celui de Letenneur (3), la double fracture du semi-lunaire rapportée par Peste (4), qui s'accompagnait d'une luxation du poignet droit, la fracture transversale du semi-lunaire avec déplacement en arrière du fragment inférieur signalée par Hunt (5). La fracture du col du grand os est observée par Robert (6), dans un cas analogue au précédent par Moty (7), et enfin par Guermonprez (8). Bardenheuer, cité par Rieffel, rapporte une fracture isolée de la tête du grand os. Celui-ci était également atteint dans un cas de Baltus (9) cité par Delbecq. Pannier (10), en 1896, signale dans sa thèse trois cas nouveaux de fracture des os du carpe.

En somme, de ces recherches bibliographiques, nous pouvons conclure que, parmi les très rares fractures des os du carpe, celle du scaphoïde est encore l'une des plus fréquentes. Ces fractures se produisent généralement au cours de traumatismes très violents accompagnés de fractures du crâne, luxation de la hanche, luxation radio-carpienne, etc., ce qui explique qu'elles doivent passer souvent inaperçues. Plusieurs os du carpe peuvent être fracturés simultanément, témoin le cas de Guibout, où le scaphoïde, le grand os, le pyramidal, le pisiforme étaient fracturés.

Les auteurs qui ont envisagé la question du mécanisme ne sont pas d'accord : les uns admettent que les fractures des os du carpe sont des fractures de cause directe, les autres en font des fractures de cause indirecte, certains enfin, et c'est l'opinion à laquelle je me rallierai, pensent que ces deux mécanismes sont possibles, mais qu'il faut distinguer suivant les cas.

Dès 1834, des expériences furent entreprises par Bouchet (11), qui rapporte qu'en exagérant la flexion et l'extension de la main sur le cadavre, il a obtenu entre autres lésions une ou plusieurs fractures des os du carpe.

Delbecq (12) nous a donné dans sa thèse, en 1888, le résultat d'expériences analogues aux précédentes; par un brusque mouvement de flexion de la main sur l'avant-bras, il a pu déterminer également des lésions des os du carpe; mais je ferai remarquer qu'il n'a jamais réussi qu'à détacher de petites parcelles osseuses.

Baltus, dans le cas de fracture du grand os précédemment

(1) De Fortunet. Cité par Rieffel, art. Fractures du *Traité de chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet.

(2) Jarjavay. Th. de Paris, 1846, p. 25.

(3) Guibout. *Bull. de la Soc. anat.*, janv. 1847, t. XXII, p. 27.

(4) Flower. In Holmes et Hulke, *System of Surgery*, 3e édit., London 1883.

(1) Rutterford. *Glasgow Med. Journ.*, 1891, p. 311.

(2) Cloquet. *Dict. de méd. en 30 vol.*, art. Main.

(3) Letenneur. Cité par Malgaigne.

(4) Peste. *Bull. de la Soc. anat.*, août 1843, t. XVIII, p. 170.

(5) Hunt. *Ann. of Anat. and Surg.*, 1881, p. 110.

(6) Robert. *Ann. de thérap. de Rognetta*, 1845, p. 146.

(7) Moty. *Gaz. des hôpit.*, 1890, p. 634.

(8) Guermonprez. *Rev. de chir.*, 1882. p. 181.

(9) Baltus. Cité par Delbecq, Th. de Paris, 1888.

(10) Pannier. Th. de Lille, juillet 1896.

(11) Bouchet. Th. de Paris, juillet 1834.

(12) Delbecq. *Fracture des os du carpe*, Th. de Paris, 1888.

cité, a pu établir que la lésion était consécutive à un subit et violent mouvement de torsion.

Je vais donner ici le résultat des recherches personnelles que j'ai poursuivies sur des sujets à l'École pratique d'anatomie, dans le but d'élucider le mécanisme qui préside à la production de ces fractures. J'envisagerai les fractures des os du carpe en général et tout particulièrement celle du scaphoïde.

Dans une première série d'expériences, j'ai cherché à produire ces fractures par le mécanisme de la flexion forcée soit en avant, soit en arrière, et j'ai réussi à déterminer non seulement des fractures parcellaires comme Delbecq, mais même des fractures complètes. Tantôt ces fractures, partielles ou complètes, s'accompagnaient de fractures de l'extrémité inférieure du radius avec ou sans arrachement de la styloïde cubitale, tantôt le squelette de l'avant-bras restait intact, mais les lésions des os du carpe s'accompagnaient de rupture des ligaments carpo-métacarpiens ou de fractures de l'extrémité supérieure des métacarpiens; enfin, rarement les lésions des os du carpe étaient isolées, sans autre lésion concomitante des parties osseuses voisines. Voici quelques exemples choisis dans nos expériences : dans un mouvement d'extension forcée de la main sur l'avant-bras, mécanisme représentant celui d'une chute sur la paume de la main, nous avons déterminé la fracture classique de l'extrémité inférieure du radius avec l'arrachement de parcelles osseuses du semi-lunaire et du scaphoïde.

Par la flexion forcée de la main sur l'avant-bras, répondant au mécanisme de la chute sur le dos de la main, nous avons, avec ou sans lésion de l'extrémité inférieure du radius, produit des désordres plus étendus des os du carpe. Sur un même sujet, il y avait fracture complète du pyramidal qui le divisait nettement en deux fragments, avec arrachement parcellaire du scaphoïde, du grand os et de l'os crochu, et, de plus, l'arrachement de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien et de l'apophyse styloïde du troisième. Ailleurs, il y avait une fracture étendue du semi-lunaire avec arrachement de fragments osseux du grand os et de l'os crochu, de l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien et de l'apophyse styloïde du troisième.

Tous ces faits s'expliquent aisément, si l'on veut bien se rappeler la description de l'appareil ligamenteux du poignet. L'extrémité inférieure des os de l'avant-bras est unie aux deux rangées des os du squelette carpien par des ligaments très puissants, surtout à la région antérieure de l'article; d'autre part, des ligaments unissent entre elles les deux rangées des os du carpe; enfin, la seconde rangée du carpe est unie à l'extrémité supérieure des métacarpiens par les ligaments carpo-métacarpiens. Que ces ligaments soient soumis à une traction considérable du fait d'un mouvement de flexion ou d'extension forcée, ils s'allongent jusqu'au moment où leur limite d'extensibilité est atteinte, et alors, ou bien ils se rompent, ce qui arrive quelquefois, ou bien ils arrachent le point osseux sur lequel ils s'implantaient, déterminant ainsi une véritable fracture par arrachement. Suivant les cas, l'arrachement portera aux deux extrémités ou à l'une seulement des extrémités de la courbe décrite par les ligaments distendus (radius ou métacarpiens) ou encore sur les points intermédiaires (os du carpe) et y déterminera des effets différents, depuis le simple arrachement parcellaire jusqu'à la division totale de l'os. L'état spongieux des osselets du carpe favorise du reste la production de l'arrachement. On conçoit qu'un mouvement de torsion violent puisse, comme dans le cas de Baltus, déterminer par le même mécanisme l'arrachement parcellaire ou la fracture d'os du carpe.

Je m'empresse d'ajouter que mes expériences ont été nombreuses, que fréquemment j'ai déterminé des fractures de l'extrémité inférieure du radius, mais que les fractures même parcellaires des os du carpe ont toujours été rares, à plus forte raison les fractures complètes qui sont exceptionnelles. Jamais, dans mes expériences, je n'ai déterminé de luxation radio-carpienne.

Dans une deuxième série d'expériences, j'ai tenté de déterminer des fractures des osselets du carpe par *choc direct*, et pour réaliser le mécanisme en question, je me suis servi d'une tige de fer, dont l'extrémité mousse était appuyée sur l'os en expérience; un coup de maillet appliqué sur l'autre extrémité représentait la force vulnérante. Je cherchais de la sorte à réaliser les conditions dans lesquelles se trouve le blessé qui, tombant sur la face palmaire ou le dos du poignet, rencontre un corps anguleux dont la pression vient se localiser en un point limité du carpe.

J'ai pu de cette façon, avec ou sans lésion de la peau dans le point d'application de l'agent vulnérant, déterminer des fractures, en particulier celle du scaphoïde. Ce dernier os était brisé dans son point le plus faible, c'est-à-dire au niveau de son col. Pour que le scaphoïde puisse être atteint expérimentalement ou accidentellement, il faut que l'agent vulnérant localise son action en un point que j'ai nettement déterminé dans mes expériences et qui varie, bien entendu, suivant que le traumatisme agit au niveau de la face antérieure ou de la face dorsale du poignet.

A la face palmaire, il faut, la main étant placée en extension forcée sur l'avant-bras, position qui met à découvert la face antérieure du scaphoïde, que le coup porte immédiatement au-dessus de l'éminence thénar, dans l'espace compris entre le tendon du grand palmaire en dedans, et les tendons accolés du court abducteur et du court extenseur en dehors. Le scaphoïde se trouve pris entre la pression du corps vulnérant et le point d'appui que lui offre le bord postérieur du radius dans un mouvement d'extension forcée de la main. Mais la fracture du scaphoïde, par choc direct sur la face antérieure du poignet, doit être exceptionnelle, comme celle du reste des autres os du carpe, étant donné la couche épaisse de parties molles que le corps vulnérant rencontre avant d'atteindre ces os. Cependant le scaphoïde est peut-être ici l'un des moins protégés.

A la face dorsale, il faut, la main étant en flexion forcée sur l'avant-bras, position qui découvre la face postérieure du scaphoïde, que le coup porte exactement dans l'intervalle compris entre les deux tendons radiaux, et immédiatement au-dessous du bord postérieur du radius. Le scaphoïde, pris entre la puissance traumatisante et le point d'appui que fournit à sa face palmaire le bord antérieur du radius, se rompt au niveau de son col. Le peu de parties molles interposées entre le corps vulnérant et les osselets au niveau de la face dorsale du poignet, explique que de ce côté les os sont plus vulnérables. La fracture n'est pas difficile à produire.

Dans ces expériences, nous sommes donc parvenu à déterminer les fractures des os du carpe, tantôt par des traumatismes directs, tantôt par des traumatismes indirects.

Dans ce dernier cas, elles se sont généralement accompagnées de lésions de l'extrémité inférieure du radius.

Nous devons ajouter que Pelvet et Pannier (dans sa thèse déjà citée) ont invoqué « que la main en extension frapperait le sol de manière que la force verticale, agissant dans l'axe du radius, passât par le centre de gravité du scaphoïde et tendît à l'écraser ». Cette manière de voir ne me paraît pas conforme à la réalité des faits ; en effet, dans le mouvement d'extension forcée qui répond à une chute sur la paume de la main, l'axe du scaphoïde ne se trouve plus dans la continuité de l'axe du radius. Le scaphoïde est dans une direction oblique par rapport au radius, et c'est bien plutôt l'arrachement que l'écrasement qu'il faut invoquer en pareil cas. Pour que l'écrasement ait lieu comme l'indiquent ces auteurs, il faudrait que les os de l'avant-bras, ceux du carpe et du métacarpe ne formant pour ainsi dire qu'une même tige osseuse, le sujet tombât sur le sol en reposant sur l'extrémité digitale des métacarpiens. Or, en plaçant le membre du sujet dans la position que je viens d'indiquer et en frappant violemment sur l'extrémité supérieure préalablement sectionnée des deux os de l'avant-bras, j'ai cherché à déterminer l'écrasement des osselets du carpe sans jamais y réussir.

J'ai cru devoir insister longuement sur le mécanisme des fractures du carpe, qui me paraissait le point le moins étudié de la question ; je serai bref en ce qui concerne le diagnostic et le traitement de ces fractures.

Une douleur intense avec exacerbation localisée par une pression profonde, la crépitation en un point bien déterminé de la région, un gonflement énorme du poignet et une impotence fonctionnelle absolue, tels sont en résumé les symptômes les plus importants des fractures des os du carpe. Celles-ci ont pu dans certains cas se compliquer de lésions inflammatoires des synoviales articulaires et tendineuses.

Les fractures simples seront traitées par l'immobilisation et le massage. Dans le cas de fracture compliquée de synovite tendineuse, on agira par tous les moyens antiphlogistiques qui sont à la disposition du chirurgien, on immobilisera le membre atteint jusqu'à disparition des accidents inflammatoires, enfin on luttera contre la raideur articulaire et l'impotence fonctionnelle, par l'électricité, le massage et l'hydrothérapie.

Les thèses récentes de Delbecq et Pannier renferment au point de vue clinique et thérapeutique des renseignements très complets, qui nous dispenseront d'entrer ici dans de plus amples détails.

## COMMENT PARLENT LES SOURDS-MUETS

Par le docteur Marage.

Les expériences que j'ai faites sur les voyelles et que j'ai communiquées à l'Académie le 23 novembre 1897 m'ont conduit à les diviser en deux classes : les voyelles parlées, dans lesquelles la note laryngienne est accessoire, c'est la vocable formée dans les résonnateurs bucco-naso-pharyngien qui domine ; et les voyelles chantées, dans lesquelles la vocable disparaît presque complètement pour faire place à la note laryngienne.

Les sourds-muets présentent le type de la voix parlée ; la note laryngienne a disparu absolument et il ne reste que la vocable.

Par exemple, chaque syllabe du mot idéal : *Rou ma na*, serait prononcée sur les notes se rapprochant de $si_2$, $si_3$, $si_4$ ; et il est très difficile, pour ne pas dire impossible, dans certains cas, de les faire parler comme tout le monde *recto tono*.

L'explication est facile à donner. Ces malades apprennent à parler par la vue ; ils voient la forme que prend le résonnateur bucco-naso-pharyngien du professeur, et, après avoir donné à leurs résonnateurs naturels une forme identique, ils soufflent comme ils feraient dans une bouteille, sans que les cordes vocales y aient aucune part : ce résonnateur donne sa note, c'est-à-dire la vocable.

En résumé, la voix parlée *type* est donc celle des sourds-muets, elle est formée par la vocable seule : on les comprend.

Dans la voix des orateurs et des chanteurs, hommes, la vocable et la note laryngienne sont fonction l'une de l'autre : on entend et on comprend.

Enfin, dans la voix de beaucoup de chanteuses, la note laryngienne domine, la vocable a disparu, on entend et on ne comprend pas.

## THÉRAPEUTIQUE

### De l'emploi du lycétol dans le traitement de la goutte, la gravelle et les coliques néphrétiques.

Lycétol . . . . . . . . . . . . . 1 gramme.
Eau de Vittel, Evian, etc. . . . 1/2 bouteille.

Répéter deux fois par jour, matin, huit heures ; soir, quatre heures.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### PRÉSENTATIONS

**Comment parlent les sourds-muets.** — M. MAREY présente, au nom de M. Marage, une note sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 380.)

### RAPPORT

M. VALLIN fait un rapport sur la question suivante adressée par M. le ministre des Colonies : Y a-t-il lieu de rendre obligatoire aux colonies la déclaration de la rougeole, de la lèpre et de la dysenterie épidémique ?

Le rapporteur fait remarquer que, si la faible vitalité du germe rubéolique, la précocité et la caducité rapide de la virulence de la rougeole dans notre climat, avaient fait écarter cette affection de la liste des maladies dont la déclaration a été reconnue obligatoire par l'Académie de médecine en 1893, il ne saurait en être de même dans nos colonies. L'on sait, en effet, quels ravages la rougeole peut faire dans des populations neuves qui n'en ont encore jamais subi les atteintes, témoin l'importation, par les Anglais, en Polynésie, de la rougeole qui, sur 150000 habitants, en tua 40000. Nos colonies de Madagascar, du Tonkin, de la Cochinchine ont besoin d'être protégées contre le danger d'importation de cette maladie.

Il en est de même pour la lèpre ; jusqu'ici aucun cas de cette maladie, imputable à la contagion, n'a été observé dans notre pays, mais nous assistons à la pénétration lente et successive de cette maladie à la Nouvelle-Calédonie, au Tonkin, à Taïti ; nous devons protéger contre cet envahissement non seulement les indigènes mais aussi les Européens.

A propos de la dysenterie épidémique, l'Académie a déjà demandé la suppression du mot « épidémique » parce que

la distinction est le plus souvent impossible entre un cas de dysenterie sporadique et la dysenterie épidémique. Ce sont d'ailleurs les premiers cas, ceux qui sont isolés ou sporadiques, qu'il importe le plus de surveiller. Pour que les médecins des colonies ne rangent pas sous la dénomination de dysenterie les diarrhées banales ou les rectites de cause locale, et n'ayant aucun caractère infectieux, on pourrait remplacer le mot « épidémique » par celui de « confirmée ».

A la suite de ce rapport, l'Académie émet l'avis qu'il y a lieu d'ajouter la rougeole, la lèpre et la dysenterie, sur la liste des maladies transmissibles dont la déclaration sera désormais obligatoire dans les colonies françaises.

### FIN DE LA DISCUSSION SUR LA VACCINE OBLIGATOIRE DANS LES COLONIES

M. HERVIEUX répond à MM. Vallin et Chauvel et propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant. (Voir au Premier Paris.)

### ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33 : au premier tour, M. Richet obtient 46 suffrages, M. Reynier 12, M. Gréhant 5 et 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. Richet est proclamé élu.

### RAPPORT

**De la gastro-entérostomie dans les sténoses pyloriques non cancéreuses.** — M. HAYEM fait un rapport sur un travail de M. Tuffier relatif à cette question.

Il est un certain nombre de maladies dites médicales qui sont aujourd'hui justiciables d'une intervention chirurgicale. Plusieurs maladies de l'estomac sont de cet ordre. M. Tuffier a fait un certain nombre de gastro-entérostomies pour remédier à des sténoses pyloriques non cancéreuses. M. Hayem déclare qu'il ne lui appartient pas de juger la valeur opératoire de cette intervention. Il se bornera à chercher à en bien poser les indications et les contre-indications. Cela lui paraît d'autant plus nécessaire que quelques chirurgiens ont singulièrement abusé de la gastro-entérostomie.

M. Tuffier a opéré 39 cas de sténose pylorique non cancéreuse. Dans la majorité des cas il s'agit d'ulcères gastriques. La gastro-entérostomie, dans ces cas, donne de très bons résultats, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une opération très grave; on ne doit donc pas la pratiquer à la légère. Elle ne saurait être indiquée dans les cas de sténose légère ou peu gênante. Elle ne l'est qu'en cas de sténose un peu serrée ou tout au moins d'intensité moyenne, non suffisamment modifiable à l'aide du traitement médical, qui est celui de l'ulcère chronique.

L'indication d'agir se présente plus souvent à l'hôpital qu'en ville, les malades des hôpitaux ayant besoin, pour exercer leur métier et pour supporter leur alimentation plus grossière, d'être débarrassés d'une incommodité qui exige du repos et un régime sévère.

Quand on voit un chirurgien annoncer que, sur 61 opérations de gastro-entérostomie, il a constaté 46 fois l'absence de toute sténose intrinsèque ou extrinsèque, on ne peut s'empêcher de dire que cela est regrettable.

Chez les malades opérés on eût pu craindre que l'établissement d'une communication directe entre l'estomac et l'intestin grêle eût pour conséquence la suppression presque complète de la digestion gastrique. Il n'en est rien. Parfois même il persiste un léger degré de rétention et, par suite, de dilatation. Cela tient à ce que la bouche n'est pas placée dans le point le plus déclive de l'estomac et surtout à ce fait que les bords de l'orifice de communication forment une sorte de sphincter, ou mieux de valvule ayant une certaine analogie avec la valvule iléo-cæcale. Il arrive même parfois, qu'en raison de cette disposition, le reflux bilieux du contenu intestinal dans l'estomac se produit avec trop de facilité.

Quand, après l'opération, l'évacuation gastrique, sans être très précipitée, se fait aisément, l'hyperchlorhydrie qui existait avant l'opération ne tarde pas à disparaître, ce qui montre bien que cet état était dû à la rétention. Lorsque la bouche est un peu insuffisante ou bien lorsqu'elle fonctionne trop à la façon d'une valvule, la dilatation persiste, les digestions restent longues. On peut voir alors persister un certain degré d'hyperchlorhydrie.

Si, d'une façon générale, le reflux de la bile dans l'estomac en proportion modérée ne nuit ni à la digestion gastrique, ni à la nutrition générale, il n'en est pas moins vrai que la bile entretient une certaine excitation glandulaire, et par suite, dans quelques cas, un certain état de malaise et des digestions pénibles.

### LECTURES

**Nouvelles remarques sur le traitement de l'épilepsie par la résection complète des ganglions supérieurs du sympathique.** — M. CHIPAULT fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

**Pathogénie du décollement rétinien. Son traitement par la ciliotomie et la glace.** — M. GALEZOWSKI lit une note dont voici les conclusions :

« 1° Le décollement de la rétine des yeux myopes est provoqué par la rupture de quelques festons de la zonule de Zinn, qui se décollent les uns des autres. C'est là le phénomène initial du décollement rétinien;

2° Cette rupture se fait dans le segment externe du globe; elle entraîne une filtration de l'humeur aqueuse en arrière vers le canal godronné. De là l'humeur aqueuse se porte sous la zone de la rétine et la décolle;

3° Le liquide sous-rétinien n'est pas autre chose que l'humeur aqueuse filtrant, à travers la zonule de Zinn déchirée, vers l'espace sous-rétinien.

Par un procédé spécial de ciliotomie, je facilite l'écoulement du liquide sous-rétinien et je provoque une cicatrice dans les attaches déchirées de la zonule de Zinn.

Une autre condition de la guérison du décollement est l'abaissement de la température du globe de l'œil pendant toute la durée du traitement.

J'obtiens ce résultat en appliquant sur l'œil malade de petits sacs de caoutchouc remplis de glace. »

L'Académie se forme en comité secret.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 22 AVRIL 1898)

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 20 AVRIL**, à une heure. — M. FOIX. Des paralysies post-typhiques; — M. BROUSSE. Les palpitations du cœur chez le jeune soldat (MM. Potain, président; Tillaux, Gilles de La Tourette et Broca). — M. POIRIER. Contribution à l'étude des traumatismes du crâne chez l'enfant; — M. CAYET. Myosite aiguë (MM. Tillaux, président; Potain, Gilles de La Tourette et Broca).

**JEUDI 21 AVRIL**, à une heure. — M. JOUIN. Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire (MM. Guyon, président; Berger, Bar et Albarran). — M. BARBET. De quelques cas anormaux d'appendicite (MM. Berger, président; Guyon, Bar et Albarran). — M. SANZ DE SANTA-MARIA. Grenouillette sanguine ou angiomes profonds du plancher de la bouche; — M. AMICE. Aphasie traumatique (MM. Lannelongue, président; Pouchet,

Marfan et Gilbert). — M. Cuissard. Le pain scientifique (MM. Pouchet, président ; Lannelongue, Marfan et Gilbert). — M. Quentin. Contribution à l'étude du signe palmo-plantaire dans la fièvre typhoïde (MM. Debove, président; Chantemesse, Marie et Achard). — M. Ramond. La fièvre typhoïde expérimentale (MM. Chantemesse, président; Debove, Marie et Achard). — M. Jairson. Les psychoses puerpérales (MM. Debove, président; Chantemesse, Marie et Achard).

**Vendredi 22 avril**, à une heure. — M. Chalmette. Considérations cliniques sur quelques observations d'ostéo-tuberculose; — M. Trinité. Les sinusites aiguës et leur traitement ; — M. Bourlet. Déambulation dans le traitement des pseudarthroses de la jambe ; — M. Guilloux. Contribution à l'étude du poignet et de son traitement (MM. Tillaux, président; Delens, Ricard et Broca).

## VARIÉTÉS

### Banquet des hôpitaux de Rouen.

La *Normandie médicale* nous donne une relation charmante du dernier banquet des hôpitaux de Rouen et signale à notre attention un jeune chansonnier qui s'est révélé parmi les étudiants de Rouen. On ne lira pas sans intérêt ces petits vers qui nous reposeront un instant de nos graves préoccupations.

CONFESSION D'UN MEMBRE DU CONGRÈS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE PAR LE TRAVAIL

Foulant aux pieds ma modestie,
J'avou' que j'suis, en vérité,
— Ça va m'gagner votr'sympathie —
Un bienfaiteur d'l'humanité;
Je sens qu'j'e d'viens illustrissime,
Je ne tiens plus dans mon faux-col,
Et j'ai grandi... dans mon estime,
Bien que n'étant pas Espagnol.

*Refrain.*

J'suis l'congressiste,
Joyeux fumiste,
Qui visite les p'tits locaux,
Les asil's et les hôpitaux;
Tout' la journée,
L'allur' vannée,
J'ai l'air de m'occuper beaucoup,
Mais dans l'fond je n'fais rien du tout,
Oui, rien du tout!

Ah! si, pardon, j'fais quelque chose :
Je travaill' ma décoration,
Fleur que je voudrais voir éclose
A la boutonnièr' d'mon veston.
Je serr' la pince du ministre;
Je flatte quelques vanités;
Je trouve un cœur loyal au cuistre;
Et j'tap' sur l'ventr' des députés!

*Au refrain.*

J'suis l'congressiste,
Joyeux fumiste,
Etc., etc.

Ah! si, pardon, j'fais quelque chose :
Chez les miséreux j'cri' très fort :
— Vraiment l'existenc' n'est pas rose
Pour ces pauvres victim's du sort! —
J'm'extasi' d'vant les dispensaires;
A Quatre-Mares j'plains les fous;
J'trouv' les hôpitaux nécessaires;
Et pourtant d'tout ça c'que j'm'en fous!

*Au refrain.*

J'suis l'congressiste,
Joyeux fumiste,
Etc., etc.

Ah! si, pardon, j'fais quelque chose :
Étant un philanthrop' dans l'ton,
Qui sait c'que le devoir impose,
Je ne rat' pas un seul gueul'ton.
On dév'loppe une théorie,
A table plus commodément,
Et dans l'intérêt d'la patrie,
On d'vrait... gueul'tonner plus souvent!

*Au refrain.*

J'suis l'congressiste,
Joyeux fumiste,
Etc., etc.

Ah! pardon, j'ai fait quelque chose :
Et c'est là mon plus beau fleuron,
Si bien que l'av'nir, je suppose,
Gardera l'souv'nir de mon nom.
J'ai, Messieurs, émis c'vœu, qui j'pense,
Reçut un chaleureux accueil,
Qu'au prochain Congrès d'assistance,
Tous les banquets seraient à l'œil!

*Au refrain.*

J'suis l'congressiste,
Joyeux fumiste,
Etc., etc.

A. THIBAULT.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sont admis à prendre part à la deuxième épreuve du concours de médecins des hôpitaux de Paris : MM. Gallois, Parmentier, Boulloche, Méry, Laffitte, Gouget, Enriquez, Bruhl, Souques, Triboulet, Belin, Legry, Plicque, Dupré, Renault, Aviragnet, Tissier, Hudelo, Macaigne, Lamy, Letienne, de Grandmaison, Thiroloix, Soupault, Teissier, Du Pasquier, Besançon et Lyon.

— Le IV[e] Congrès pour l'étude de la tuberculose aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 27 juillet au 2 août 1898, sous la présidence de M. le professeur Nocard (d'Alfort); vice-président, M. le docteur Hérard.

*Questions à l'ordre du jour* : 1° Des sanatoriums comme moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose ; rapporteurs : MM. Le Gendre, Netter et Thoinot;

2° Des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose, rapp. : MM. les professeurs Landouzy et Maragliano ;

3° Des rayons X (radioscopie et radiographie dans le diagnostic de la tuberculose), rapp. : MM. Béclère, Claude et Teissier ;

3° (*bis*) Des rayons X dans le traitement de la tuberculose, rapp. : MM. les professeurs Bergonié (de Bordeaux) et Lortet (de Lyon);

4° La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie, rapp. : M. le professeur Bang (de Copenhague);

5° La lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux habités par les tuberculeux, rapp. : M. A.-J. Martin;

6° De la propagation de la tuberculose dans l'armée et de sa prophylaxie, rapp. : M. le professeur Vallin ;

7° Questions diverses au choix des membres du Congrès.



Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 42. — SAMEDI 9 AVRIL 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 9 AVRIL 1898. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.



## REVUE GÉNÉRALE

### Tuberculose iléo-cæcale chronique; son traitement chirurgical (1).

Par Auguste BENOIT, ancien interne des hôpitaux.

VI

DIAGNOSTIC. — Après l'exposé des symptômes, que nous venons de faire, nous n'aurons à nous occuper que du diagnostic différentiel. Trois cas sont à considérer au point de vue clinique :

1° Il y a tumeur.
2° Il n'y a pas tumeur, mais empâtement diffus.
3° Il existe une ou plusieurs fistules dans la fosse iliaque droite.

A. La fréquence toute spéciale des *amas stercoraux ou calculeux* dans cette région nous fait un devoir, *même si la constipation fait défaut*, d'administrer des purgatifs pour éliminer une cause d'erreur asssi grossière que commune. En outre, Senn conseille, ce qui nous semble d'ailleurs superflu, d'injecter par l'anus une certaine quantité d'hydrogène, destiné à amener à la surface une tumeur située profondément. En présence d'une tumeur de la F.I.D., c'est au cancer que le chirurgien est le plus naturellement amené à songer et, de fait, ce diagnostic, au début, paraît fort vraisemblable si le sujet a passé la quarantaine et paraît indemne de toute autre manifestation tuberculeuse. Ne trouvons-nous pas, accompagnant le néoplasme, des troubles gastro-intestinaux, des douleurs profondes, térébrantes, des alternatives de constipation et de débâcles, du sang noirâtre dans les selles, et parfois même de l'engorgement inguinal? La forme de la tumeur, arrondie ou allongée dans le sens vertical, ne nous fournit pas les éléments d'une sûre distinction. Bien plus, Billroth a montré à la Société des médecins de Vienne, un cas où il était impossible, pièces en main, de se prononcer. C'est donc principalement sur des nuances que doit être édifié ce diagnostic, et nous ferons observer qu'une erreur à cette période ne serait pas préjudiciable aux malades, en ce qu'elle permettrait d'enlever certains cancers en temps opportun. C'est surtout en vue du *pronostic*, dont l'importance est capitale, que l'on doit s'attacher à reconnaître la véritable nature du mal, au lieu de se contenter de poser un diagnostic opératoire. Dans la tuberculose, les vomissements sont alimentaires ou muqueux, rarement fécaloïdes. Les vomissements cancéreux laissent au contraire un goût prononcé de matières fécales dans la bouche (Després). L'élément *douleur* doit être pris en grande considération ; les crises douloureuses sont plus fréquentes chez les tuberculeux ; elles suivent de près le repas et reviennent par accès. Le cancer évolue d'une façon plus latente ; si l'on voit quelques sujets souffrir localement, il est bien plus fréquent que la tumeur suive une marche insidieuse et qu'elle apparaisse un jour, sans avoir occasionné jusque-là des douleurs bien vives. Quand il s'est écoulé un assez long temps, depuis l'origine des troubles ou l'apparition de la tumeur, les probabilités en faveur de la tuberculose augmentent.

Le cancer du cæcum, on le sait, ne dépasse guère douze à quatorze mois. Ces considérations, tirées de la *durée* de la maladie, sont de premier ordre ; mais la *marche* n'est pas moins importante à suivre. En effet, si nous observons des rémissions plus ou moins durables, nous pouvons être certains qu'il ne s'agit pas de cancer. L'*hérédité* doit être interrogée avec soin ; elle nous montrera souvent le cancer ou la tuberculose dans les ascendants et viendra fortifier des présomptions. La *fièvre*, ainsi que nous l'avons dit, fait souvent défaut chez ces tuberculeux, même à la période ultime. Mais si l'on constate des oscillations thermiques quotidiennes accusées, dans les débuts, c'est là un bon signe dont il faut savoir profiter. En toute circonstance, il faut procéder à un examen minutieux du malade et rechercher s'il n'existe pas d'autres tuberculoses localisées, sans parler des lésions pulmonaires dont la constatation, fussent-elles peu accusées, plaiderait en faveur de la tuberculose. On a indiqué la *pleurésie droite* comme un bon signe diagnostique. Nous y joindrons l'*hypertrophie* des ganglions sus-claviculaires, où se font souvent des embolies cancéreuses, et celle du *groupe axillaire*, qui témoigne d'une lymphangite pleurale tuberculeuse. Les traces de la tuberculose seront recherchées dans les testicules et la prostate, ainsi que sur toute la surface

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 357.

cutanée, où l'on découvrira souvent des cicatrices d'abcès froids anciens. Si, malgré tout le soin apporté à cet examen, il arrivait que l'on intervînt pour une tumeur diagnostiquée tuberculeuse et que l'on se trouvât en présence d'un cancer au début, le malade y aurait encore gagné d'être opéré dans les meilleures conditions possibles, ce qui est exceptionnel. Nous passerons rapidement sur les autres points du diagnostic, qui sont loin d'avoir la même importance.

Le *lymphadénome* intestinal est rarement unique ; on l'observe chez les jeunes sujets, il est vrai. Mais il ne tarde pas à être suivi de généralisation. Le sang présente des altérations spéciales que l'on ne manquera pas de rechercher. L'*adénite iliaque* évolue chroniquement et peut former une tumeur dans la fosse iliaque. Mais celle-ci est très adhérente et les signes de rétrécissement de l'intestin font défaut. Elle est d'ailleurs généralement sous la dépendance d'une lésion du membre inférieur facile à constater. Le *rein mobile* douloureux peut être déplacé dans tous les sens ; il a une forme nettement différente et on peut le réduire dans la fosse lombaire à volonté. L'*hydronéphrose* se révèle par une tumeur unilatérale qui s'écarte peu de la ligne médiane ; sa surface est lisse, élastique, parfois fluctuante et elle diminue rapidement de volume à la suite de l'émission d'urines abondantes, pour se développer de nouveau. On a signalé un cas (1) où les deux affections coexistaient ; on conçoit qu'il est difficile, dans ces conditions, de poser un diagnostic exact. Les tumeurs du foie, en particulier celles de la *vésicule biliaire*, s'abaissent parfois au point de saillir dans la région iléo-cæcale. On sait de quels troubles fonctionnels s'accompagnent les altérations de ce genre ; aussi la confusion ne saurait-elle être de longue durée.

B. *La tumeur fait défaut.* — Le ventre est météorisé ; dans la fosse iliaque droite, siège un empâtement diffus. Les douleurs sont vives. Pour peu qu'il y ait de la fièvre, chez les jeunes sujets, on songe à une attaque d'appendicite, d'autant que le point douloureux de Mac Burney accompagne d'ordinaire toutes les inflammations de siège iléo-cæcal. Il est fort délicat de se prononcer dans ces circonstances et, si l'examen du malade, au point de vue des antécédents tuberculeux, est négatif, le plus sage est d'attendre que les phénomènes aigus se soient apaisés. Souvent le passage à la chronicité de ces accidents peut mettre sur la voie du diagnostic, car on les voit procéder, non par crises aiguës, comme dans l'appendicite, mais par poussées successives qui n'ont pas la même violence. Il y a alors une réelle utilité à rechercher, *à diverses reprises*, le bacille de Koch dans les selles (parties glaireuses ou puriformes). On pensera enfin à la transformation tuberculeuse de la typhlite simple, s'il y a des récidives fréquentes chez les sujets présentant un terrain favorable.

Lorsqu'on voit les malades pendant une crise douloureuse, accompagnée de vomissements et survenue après le repas, on pourrait, à la rigueur, songer à la *colique hépatique*. Mais, outre que le *point cystique* est notablement plus élevé que celui de Mac Burney, cet accident est apyrétique et donne lieu à une tuméfaction appréciable dans l'hypocondre droit. Au bout de quelques heures se produit un soulagement brusque et complet, ce qui n'existe pas dans la typhlite tuberculeuse.

(1) W. Sachs. *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1890, p. 737.

C. *Il existe une ou plusieurs fistules purulentes ou pyostercorales.* — Le premier soin du chirurgien doit être alors d'examiner s'il n'y a aucune déformation vertébrale, aucun point douloureux à la pression, afin d'éliminer les *abcès par congestion* qui viennent habituellement s'ouvrir dans ces régions. Ces collections fournissent un pus abondant qui n'est jamais mêlé de matières fécales.

La *psoïte* suppurée se distingue par des troubles fonctionnels tellement caractéristiques que l'on ne saurait s'y méprendre. On a pu croire au développement d'un *ostéome iliaque*, à des foyers d'*ostéite* divers. Nous avons observé un malade chez lequel l'aspect local, avec une fosse iliaque plutôt aplatie et rétractée, était celui des fistules osseuses. Dans toutes ces circonstances, les troubles gastro-intestinaux que nous avons décrits manquent totalement. Les fistules ostéopathiques d'origine iliaque s'ouvrent d'ailleurs en général plus bas ; c'est vers la hanche et l'ischion que vient se faire jour le pus osseux caractéristique. Pourtant, il peut se faire que ces abcès s'ouvrent dans la fosse iliaque ou aux environs de l'arcade crurale, de même que l'on voit exceptionnellement des fistules iléo-cæcales s'ouvrir au pourtour de l'anus. Aussi l'exploration de ces trajets s'impose-t-elle ; il faudra la pratiquer avec prudence. Le stylet s'engage dans la direction de la crête iliaque, lorsqu'il s'agit de lésions osseuses, et ne tarde pas à venir buter contre des parties dénudées. Les trajets qui conduisent dans la cavité intestinale ou dans un foyer péri-cæcal se dirigent en dedans en décrivant des sinuosités qui arrêtent souvent l'instrument.

Lorsque les orifices fistuleux sont multiples, la peau ulcérée et que des fongus se développent, on croit avoir affaire à un *sarcome* ulcéré. L'erreur serait grave, si l'on n'avait un précieux moyen de diagnostic dans l'*examen* bactériologique du pus. Les bacilles abondent en effet dans les sécrétions fistuleuses ; il est rare qu'on n'en découvre pas, en répétant l'examen un certain nombre de fois. Cette précaution est tout particulièrement indiquée lorsque, à la suite de pérityphlites répétées, les fistules s'éternisent et deviennent intarissables. L'inoculation expérimentale viendra contrôler les premiers résultats obtenus.

Il est une dernière affection dont il peut être longtemps difficile de séparer la typhlite tuberculeuse, c'est l'*actinomycose iléo-cæcale* (Terrier). Primitivement ou secondairement, les parois du cæcum peuvent être envahies par l'actinomyces qui provoque la formation d'une tumeur, d'une *dureté ligneuse* (1), remarquablement fixe. Au début, en dehors des anamnestiques (contact avec les animaux malades), il faudra se guider sur l'absence de douleurs presque absolue, qui est particulière à l'actinomycose, dans laquelle, en outre, les ganglions lymphatiques ne sont pas engorgés et qui n'occasionne pas de fièvre, s'il n'y a pas d'association microbienne. Plus tard, l'actinomycose ayant une marche extensive assez rapide, la peau devient d'un *bleu ardoisé*, dégradé du centre à la périphérie, s'ulcère, et des fistules multiples s'établissent, comparées au travail souterrain de la taupe, pour le nombre et la disposition ; par ces orifices, s'écoule un pus séreux, charriant des grains jaune soufre, que l'on est obligé parfois d'exprimer en pressant. Ces grains logent les parasites, dont la forme en pinceau divergeant est bien caractéristique.

(1) M. Inglais. Th. de Lyon, 1897.

VII

TRAITEMENT. — Si l'affection est reconnue de bonne heure, on doit tout d'abord soumettre les malades au *traitement médical*. Celui-ci est local et général. Quels sont les meilleurs moyens à employer pour agir directement sur l'intestin malade? M. Broca s'est trouvé bien de l'emploi du naphtol β joint au salicylate de bismuth (2 cachets de 1 gramme parties égales).

Nous avons également conseillé les lavements de créosote. On peut utiliser la formule suivante de Bouchard :

| | |
|---|---|
| Créosote. . . . . . . . 1, 2 ou | 3 grammes. |
| Huile d'olive. . . . . . . . . | 25 — |
| Jaune d'œuf . . . . . . . . . | n° 1. |
| Eau. . . . . . . . . . . . . | 250 grammes. |

Le malade prendra ces lavements placé dans la position horizontale, le siège élevé et on l'engagera à se coucher ensuite sur le côté droit. Les révulsifs pourront être employés concurremment. Lorsque le traitement médical n'aura pas amené une amélioration notable, on ne doit pas s'attarder outre mesure et l'on n'attendra pas pour agir que, les lésions progressant sans cesse, le malade devienne inopérable.

Le traitement chirurgical comprend la *résection*, partielle ou totale, qui est l'opération de choix, l'*isolement de l'intestin*, l'*entéro-anastomose*. Lorsqu'il existe des fistules d'origine manifestement intestinale, on est tenté d'en chercher l'occlusion en employant tous les moyens classiques connus, tels que les injections modificatrices, le grattage ou le curetage, la suture. Ces moyens sont malheureusement insuffisants, puisqu'ils demeurent sans action sur le véritable foyer du mal. Péan, Czerny déclarent qu'ils n'ont pu obtenir ainsi un seul cas de guérison. S'il n'y a qu'une fistule ou un petit nombre de fistules aboutissant au même point, si l'on a acquis par le palper la certitude que les lésions ne sont pas très étendues, on peut s'en tenir à la *résection partielle*, de beaucoup la moins grave, puisqu'elle n'a entraîné la mort dans aucun cas et qu'elle a donné de beaux succès à Péan et à Richelot. Le cæcum, par ses larges dimensions, se prête à l'excision d'un foyer tuberculeux pariétal, sans que l'on ait à redouter un rétrécissement.

Néanmoins, au cas où les lésions dépassent le tiers de sa circonférence, il faut opter pour la résection totale, et c'est pour cela que nous conseillons l'incision iliaque externe, parallèle à la crête iliaque, qui permet d'aborder le cæcum par sa face externe.

Après l'excision partielle de la paroi, il faut faire un nettoyage de la muqueuse avec des éponges montées et un attouchement avec le naphtol camphré ou le sublimé en solution faible. On ferme ensuite la plaie en suturant une à une les tuniques incisées avec de la soie fine et on emploie l'épiploon et les tissus voisins pour fortifier la ligne de sutures. On peut ainsi se passer de drainage et faire la réunion par première intention.

La résection partielle a donc des indications très nettes; nous l'avons vue suivie de guérison, dans plusieurs cas cités dans notre mémoire (1893). Ces observations avaient en outre l'avantage de prouver que la maladie tuberculeuse du cæcum ne produit pas toujours l'hypertrophie néoplasique de ses parois, comme l'ont écrit les premiers auteurs qui ont traité ce sujet, mais qu'elle peut marcher de bonne heure vers la perforation, bientôt suivie d'abcès stercoraux, bien rarement de péritonite aiguë. C'est là la raison de la deuxième forme que nous avons cherché à créer, la forme typhlitique, plus exactement la typhlite tuberculeuse chronique.

Lorsque la tuberculose a envahi l'angle iléo-cæcal en totalité et qu'il s'est formé une tumeur abdominale sensible à travers la paroi intacte, la *résection totale* est le seul traitement radical à lui opposer et nous allons maintenant examiner dans quels cas il faut la faire et lorsqu'on doit s'en abstenir, ou pratiquer seulement une opération palliative.

L'indication dominante doit être tirée des *signes de rétrécissement progressif*. Nous avons vu quel degré extrême ce dernier peut atteindre. Il est fort important de ne pas attendre que des accidents d'occlusion aiguë viennent à éclater, car une opération délicate, telle que la résection, ne saurait être conseillée dans ces conditions défavorables. Il ne resterait au chirurgien d'autre ressource que d'ouvrir un anus artificiel, qu'il placerait de préférence dans la fosse iliaque gauche, afin de laisser la voie libre à une intervention ultérieure sur le cæcum. On se guidera donc sur les signes de l'obstruction chronique et la présence d'une tumeur circonscrite présentant les caractères que nous avons décrits. L'indépendance de cette tumeur constitue par elle-même un bon signe pronostique et une importante indication opératoire. En effet, si l'on hésite à cette période, on peut être assuré que les choses iront en s'aggravant et que le patient succombera à l'inanition progressive ou bien à la généralisation tuberculeuse. Il faut considérer comme un devoir aujourd'hui de supprimer le segment intestinal dégénéré. On le doit d'autant plus que la résection totale pour ce genre de lésions, même à une période avancée, a fourni les résultats les plus brillants, grâce au perfectionnement moderne de la technique opératoire.

Mais il est certaines contre-indications dont nous allons maintenant parler et qui dépendent, les unes de l'état général, les autres de l'état local du sujet. L'existence de lésions pulmonaires est-elle une contre-indication à la résection? Tout dépend assurément du degré qu'elles ont atteint et de l'état de la nutrition du sujet. Si l'on découvre de simples épines tuberculeuses ou des foyers peu étendus, localisés aux sommets, chez des tuberculeux non héréditaires, la résection conserve de grandes chances de succès. Par contre, elle doit être proscrite si les malades sont atteints de tuberculose pulmonaire à forme fébrile, avec sueurs et amaigrissement prononcé. De tels sujets, il est à peine besoin de le dire, sont incapables d'offrir la résistance nécessaire. Il est également sage de ne pas opérer ceux qui ont un *catarrhe intestinal* rebelle à tout traitement, ce qui indique presque à coup sûr l'extension des lésions à une grande étendue de la muqueuse intestinale.

L'abstention est aussi de règle chez les sujets épuisés par de longues suppurations locales, car la diffusion des lésions diminuerait considérablement les chances de succès, si elle ne mettait obstacle à l'ablation totale pratiquée suivant les règles. Enfin la résection ne doit pas être tentée lorsque le néoplasme tuberculeux est partout adhérent, l'infiltration s'étendant au loin sous forme de chaînes ganglionnaires palpables; nous rappelons à ce sujet que la prise des ganglions de l'aine indique une grande extension des lésions et commande, sinon l'abstention, du moins un examen approfondi avant d'opérer.

Sous les réserves qui précèdent, la *résection totale* de l'angle iléo-cæcal agit en supprimant le foyer morbide, à la

façon d'une tumeur quelconque. Nous nous dispenserions donc de parler de la technique opératoire de cette intervention, si l'ablation du cæcum n'était fort différente des autres entérectomies. De l'avis de tous les chirurgiens, c'est là une opération toujours difficile et qui a ses règles particulières. Aussi, sans entrer dans trop de détails, en ce qui concerne les sutures (Voir *Traité de chirurgie intestinale* de Chaput), nous ferons la description des divers temps qui la composent.

Au préalable, le malade doit avoir été purgé plusieurs fois et mis au lait dans les jours qui précèdent; cette précaution est de la plus haute importance, si l'on veut trouver l'intestin vide et éviter ainsi de grosses difficultés.

La laparotomie *médiane* et la laparotomie *latérale* ont chacune leurs partisans. Elles ont cependant, à notre sens, des indications très différentes. S'agit-il d'une tumeur mobile et bien circonscrite, facile à déplacer? L'incision médiane, utilisée par Bouilly, permettra de l'attirer au dehors et d'en faire l'ablation en quelque sorte extrapéritonéale, grâce aux éponges et aux compresses aseptiques qui la cerneront de toutes parts. On obtiendra ainsi une cicatrice médiane offrant toutes les conditions de solidité désirables. Mais si la tumeur est fixée dans la fosse iliaque droite, recouverte par l'épiploon adhérent et souvent par des anses voisines, l'opérateur se trouverait fort gêné dans ses manœuvres, s'il employait ce mode d'ouverture. Il faut donc ici donner la préférence à l'incision *latérale*, qui a du reste été adoptée par la majorité des chirurgiens. Mais tandis que les uns la font le long du bord externe du muscle droit, en commençant à trois ou quatre travers de doigt de l'ombilic et descendant verticalement vers l'arcade crurale, d'autres tracent l'incision usitée pour découvrir l'artère iliaque primitive, ou suivent le grand axe de la tumeur. Péan incisait parallèlement à la crête iliaque, en se dirigeant vers l'arcade crurale, traçant une incision curviligne qui permet d'aborder la tumeur par son côté externe. Roux (de Lausanne) reporte son incision le plus en dehors possible pour se mettre « à l'abri d'une sorte de désinsertion musculaire ». Selon Tuffier, l'incision verticale qui passe à deux doigts en dedans de l'épine iliaque A. S. et se dirige vers l'arcade crurale découvre le cæcum. Julliard (de Genève) fait une première incision longitudinale à deux travers de doigt *en dedans* du bord interne de la tumeur et dépassant d'autant celle-ci en haut et en bas et une deuxième incision transversale partant du milieu de la première et allant jusqu'à la crête iliaque. La première de ces incisions s'écarte peu de celle qui suit le bord externe du muscle droit; elle a été adoptée par de nombreux opérateurs, auxquels elle a permis l'extraction de tumeurs très étendues et très adhérentes. Nous ne voyons donc pas de raison, à moins de gêne insurmontable, pour y joindre une incision transversale, la pire de toutes, car la rétraction des fibres musculaires rend très difficile une suture exacte des divers plans, et des éventrations consécutives sont à craindre, sans parler des douleurs que les tiraillements des fils imposent aux malades. En résumé, toute incision faite en dedans de la tumeur et parallèlement à son grand axe est la plus favorable, puisqu'il ne faut pas craindre d'ouvrir largement le péritoine, et l'on aura recours de préférence à l'*incision externe* de Péan et de Roux, lorsqu'il y aura des foyers de pérityphlite suppurée. A cet égard, s'il y a des fistules, on peut se guider sur le trajet qu'elles parcourent, pour atteindre le cæcum, en attaquant toutefois ces trajets fistuleux très en dehors et circulairement, après les avoir obturés avec de la gaze iodoformée, de façon à les enlever avec la tumeur.

La tumeur est mise à nu. Si elle est mobile, on cherchera toujours à l'attirer en dehors, en protégeant la cavité péritonéale au moyen de compresses disposées autour d'elle. Dans le cas contraire, on commencera par détacher les adhérences, réséquer et lier l'épiploon, s'il y a lieu, et après avoir refoulé les anses voisines avec de larges éponges, on attaquera la tumeur *en dessous*. Choisissant une portion saine de l'iléon, à une distance suffisante de la portion dégénérée, pour n'avoir pas à craindre les inoculations secondaires, on place deux pinces-clamps ou des pinces à pression élastique sur cet intestin, de façon à laisser ainsi un pont de quelques centimètres entre chacune d'elles. On fait de même à la partie inférieure de la tumeur, c'est-à-dire sur le côlon ascendant ou transverse, suivant les cas. On a ainsi réalisé la coprostase et l'hémostase, aussi bien dans les bouts à réunir après section, que dans le segment dégénéré. L'usage des pinces garnies, soit de caoutchouc, soit de gaze iodoformée, nous paraît supérieur aux ligatures temporaires diverses qui ont été employées dans ce but, ligature élastique (Czerny), bandes de gaze modérément serrées (Billroth), fil de soie (Bouilly), car ces dernières exigent une perforation du mésentère en un point où il doit être soigneusement respecté, pour la vitalité des bouts réunis. La section de l'iléon est donc accomplie la première, entre les deux pinces supérieures. Les surfaces de section sont aussitôt nettoyées avec des compresses de sublimé. S'il arrive que la pression des pinces soit insuffisante, on pince séparément sur la tranche les artérioles qui saignent. On commence alors la dissection de la tumeur de bas en haut, et c'est ici que la difficulté est fort variable, puisque dans certains cas, elle jouit de la mobilité la plus absolue, tandis qu'ailleurs on aura à la séparer laborieusement de tous les organes de la fosse iliaque. Lorsque la tumeur est libre, en la soulevant, on fait saillir un repli qui n'est autre que le méso-cæcum. Suivant les cas, on appliquera une ou plusieurs fortes pinces sur la partie du méso qui correspond à la tumeur, avant de l'enlever, en ayant bien soin de les placer en deçà des points où doit porter la section du gros intestin. Pour les tumeurs de peu d'étendue, la résection du mésentère n'est pas nécessaire, car il ne fait pas obstacle au rapprochement des deux bouts. Lorsque l'étendue longitudinale de la tumeur est plus considérable, ce repli péritonéal viendrait former un paquet fort gênant pour l'application des sutures; aussi faut-il enlever un coin mésentérique proportionné à l'étendue de la résection intestinale. On y parvient avec des pinces convenablement disposées, que l'on remplace ensuite par des ligatures en boutonnière ou par un surjet. Il importe de bien examiner le mésentère vers l'angle iléo-cæcal, car il contient toujours des ganglions du volume d'un haricot ou d'une noisette, qui sont parfois simplement hypertrophiés, mais qui ont été trouvés caséeux dans bien des cas. On les enlèvera isolément ou avec le mésentère, quand ils y sont compris. En procédant méthodiquement et disséquant de bas en haut, on arrive à détacher les tumeurs les plus adhérentes. Le pincement par étages de Péan peut rendre ici les plus grands services; à mesure que la tumeur est dégagée, des pinces sont mises sur les attaches mésentériques et permettent de progresser, sans avoir à craindre d'hémorragie. Ce temps de l'opération, dans les cas compliqués seulement, est des plus délicats, car on peut avoir à mettre à nu l'ar-

tère iliaque primitive, le nerf crural, l'uretère adhérent (qui fut sectionné une fois par Czerny). Parvenu aux limites inférieures du tuberculome, il ne reste plus qu'à sectionner le gros intestin, comme on l'a fait de l'intestin grêle, et à enlever la tumeur du champ opératoire.

Pour rétablir la continuité du tube digestif, il faut faire une entérorraphie des deux bouts. Celle-ci était primitivement accomplie avec des sutures à points séparés; on a voulu la pratiquer avec les boutons anastomotiques en métal. Nous ne nous étendrons pas sur les avantages comparés des deux méthodes. Mais nous nous prononcerons, avec la majorité des chirurgiens, du moins en ce qui concerne cette opération, pour la suture, ou *entérorraphie circulaire à points séparés*. Elle seule permet de réaliser un abouchement large et l'emploi du point de Lembert-Czerny, ou suture à deux étages, suffit pour obtenir une réunion parfaitement étanche, d'une rapidité d'exécution suffisante, dans les circonstances où l'on opère. Les points ne doivent cependant pas être par trop rapprochés, pour éviter la mortification des tissus. Il y a toujours avantage, lorsqu'on le peut, à appliquer l'épiploon sur la ligne de suture par quelques points supplémentaires. Pendant qu'on procède aux sutures, il est bon de remplacer les pinces à pression mises sur l'intestin, qui sont parfois gênantes, par les doigts d'un aide chargé d'exercer une *compression digitale* exacte. Le bouton de Murphy doit être, selon nous, réservé aux cas d'urgence et à ceux où il y a une grande inégalité de calibre.

Dans beaucoup de cas, il n'y a pas lieu de tenir compte de ce dernier élément, car l'intestin grêle dilaté atteint le calibre du gros intestin rétréci. Mais, lorsque cette inégalité existe, de nombreux moyens ont été imaginés pour vaincre la difficulté qui se présente. Les uns diminuent simplement, par la suture, le calibre du gros intestin; d'autres augmentent celle du petit intestin par une section circulaire oblique, ou en pratiquant sur son bord libre une fente longitudinale qu'on suture transversalement (Chaput).

La conduite suivante nous paraît plus recommandable, elle a donné, d'ailleurs, de très beaux succès, en particulier à Julliard [de Genève (1)] : on ferme l'extrémité du gros intestin par deux étages de Lembert, muqueuse contre muqueuse et séreuse contre séreuse; puis l'on fait l'abouchement latéral ou *iléo-colostomie*, à 3 ou 4 centimètres de l'extrémité de ce nouveau cæcum. Cet abouchement comprendra un premier plan réunissant les muqueuses, et un deuxième séro-séreux; on emploiera pour plus de sûreté le point de Lembert-Czerny pour le premier plan. Nous trouvons dans cette manière de faire l'avantage de reproduire, sinon le cæcum, avec ses glandes de son appareil valvulaire, du moins une disposition naturelle, qui peut jouer un rôle favorable dans la circulation des matières.

Disons enfin qu'on pourra être amené, dans certains cas où le malade aura été soumis à de longues manœuvres, à fixer les deux bouts à la peau après l'ablation de la tumeur, créant ainsi un anus artificiel dont on pourra faire ultérieurement la cure.

Lorsque la suture est achevée, il faut fermer le péritoine postérieur par un surjet au catgut, afin de fermer la cavité péritonéale. On exécute ensuite la suture du péritoine antérieur, à la soie, et celle des muscles au catgut, ce dernier étant mieux toléré par les tissus que la soie. La suture superficielle au crin de Florence, sans drainage, termine l'opération. Celle-ci est toujours longue. Sa durée varie de trois quarts d'heure à deux heures et demie et plus. Nous voyons de fort beaux succès enregistrés par des chirurgiens qui ont mis jusqu'à près de trois heures pour enlever le segment iléo-cæcal (Billroth, Julliard). Dans ce genre d'intervention, il est évident que l'habitude et l'expérience de l'opérateur sont un des premiers éléments du succès.

*Résultats de la résection totale.* — Si l'on interroge les statistiques, on n'a pas de peine à se convaincre que cette opération mérite de prendre place parmi les meilleures de la chirurgie abdominale. Sur 22 cas que nous avons réunis, on trouve 18 succès durables, soit 81 p. 100 de guérisons. Cette proportion pourrait paraître excessive, si l'on ne songeait que les chirurgiens n'ont pas eu à traverser, en ce qui concerne cette intervention, la période de tâtonnements qui a marqué les premières étapes de la chirurgie intestinale. Les statistiques particulières les plus importantes sont celles de Billroth et de Czerny. Le premier a publié 4 résections totales avec 1 décès. Il s'agissait, dans ce dernier cas, d'une tumeur compliquée d'hypertrophie ganglionnaire très étendue, c'est-à-dire d'une de celles où le choix d'une autre méthode que la résection eût été préférable. Czerny a publié récemment une statistique qui comprend 8 résections typiques; sur ce nombre, il n'a perdu qu'un seul malade, âgé de cinquante-quatre ans, qui succomba à la péritonite. Il est à remarquer, d'ailleurs, que presque tous les insuccès relèvent de cette cause, l'infection par insuffisance des sutures, ce qui fait ressortir l'importance de la technique opératoire, et tout particulièrement des sutures intestinales. Sur 4 opérés qu'il a pu suivre, ce dernier auteur a constaté le maintien de la guérison depuis six mois, quatorze mois, deux ans et cinq ans.

En présence des cas compliqués, où la résection totale est contre-indiquée, le chirurgien ne se trouve pas désarmé. Il lui reste une indication pressante à remplir, celle d'assurer le cours des matières, interrompu au niveau de la tumeur. Telle est aussi la conduite qu'il faut suivre lorsque après ouverture du ventre, on juge l'extirpation impossible. La résection doit alors céder le pas à l'*entéro-anastomose*. Celle-ci consistera à aboucher la partie terminale de l'iléon avec l'S iliaque. Il faut avoir soin de s'assurer qu'on tient bien la *partie inférieure* de l'intestin grêle, afin d'éviter l'évacuation liquide des matières. On a conseillé de choisir, d'autre part, l'S iliaque, à cause de la marche extensive des lésions vers le bas. L'abouchement peut être aussi *large* que possible. L'emploi du large bouton de Murphy ou de Chaput peut ici être conseillé avec avantage.

L'entéro-anastomose peut avoir, en outre, une action réellement curative, car elle permet aux malades de reprendre des forces et la dérivation des matières favorise la cicatrisation des lésions tuberculeuses.

Si l'on compare l'entéro-anastomose à la résection totale, on voit que la première donne une proportion de succès certainement supérieure; aussi peut-on s'en tenir, sans regrets, à cette intervention dans tous les cas douteux, surtout chez les sujets dont la résistance est incertaine. Car on aura fait, avec un traumatisme moindre, une opération réellement utile au malade.

Dans ces derniers temps, on a proposé une opération palliative qui convient à merveille à la maladie qui nous occupe. Moins grave peut-être que la résection, elle donne des résultats plus complets que l'entéro-anastomose et permet un traitement chirurgical ultérieur, si la guérison spontanée

(1) Julliard. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 mai 1897.

ne survient pas. C'est l'*exclusion intestinale* ou opération de Hochenegg (de Vienne), dans laquelle l'anse intestinale, dont l'extraction est impossible, est séparée, par un de ses bouts ou par les deux, du reste de l'intestin. Pour faire l'exclusion *unilatérale* ou *partielle*, on sectionne l'iléon en amont de la tumeur et on l'implante sur le côlon transverse ou sur un point situé plus bas, suivant l'extension des lésions. Quant à l'extrémité de l'iléon qui tient au cæcum, on la ferme en cul-de-sac, laissant la partie dégénérée en libre communication avec l'intestin par l'autre extrémité. Il n'y aurait pas à craindre l'entassement des matières dans cette anse; car elles ressortent sous l'influence des mouvements péristaltiques et, d'ailleurs, toute anse qui cesse d'être active s'atrophie avec rapidité, au point de ne plus représenter que la moitié ou le tiers de son volume.

Hochenegg a préconisé la séparation complète de l'anse dégénérée, avec abouchement latéral de l'iléon dans le côlon transverse préalablement fermé. C'est l'*exclusion bilatérale ou totale*. Quant aux deux bouts de l'anse ainsi séparée du reste de l'intestin, quelques auteurs ont conseillé de les suturer ensemble et d'abandonner l'anse ainsi fermée dans l'abdomen. Plus nombreux sont ceux qui la fixent à la peau par un de ses bouts, ou par les deux (Hochenegg). De la sorte, il est facile de la surveiller et d'y faire des injections quotidiennes. Plus tard, lorsqu'elle revient sur elle-même et devient mobilisable, si l'état général du malade le permet, on peut en faire l'ablation dans un deuxième temps. Chacune de ces opérations trouve ses indications, suivant la gravité des cas et surtout suivant l'état des adhérences intestinales. La section complète de l'iléon et son abouchement, soit au côlon transverse, soit en un point placé plus bas, nous paraît réaliser un progrès sur l'entéro-anastomose, en ce qu'elle assure une dérivation plus complète des matières, et par suite favorise la nutrition générale.

---

*Note.*— Au chapitre qui traite de la pathogénie, nous faisions entrevoir la possibilité d'expliquer la marche chronique de l'affection par des associations microbiennes encore mal définies. Nous recueillons, au moment de mettre sous presse, un précieux renseignement qui nous est communiqué par notre distingué confrère Caussade. Il s'agit d'un cas observé dans la clinique du professeur Dieulafoy à l'Hôtel-Dieu et étudié dans son laboratoire. Ce cas rentrait dans la « forme néoplasique » et le diagnostic fut facilité par la tuberculose concomitante des deux poumons, sans que l'on pût se prononcer d'une manière précise sur l'ordre chronologique des accidents. Les lésions pulmonaires avaient contre-indiqué une intervention qui eût été facile. En effet, on trouva à l'autopsie des lésions nettement limitées à la région cæcale, la partie voisine de l'intestin grêle et le côlon ascendant étant entièrement sains et de calibre normal. Nous laissons à ces auteurs le soin de décrire en détail les lésions macroscopiques et histologiques, qui rentrent d'ailleurs dans la description précédente, aujourd'hui classique, et nous ne retiendrons qu'un fait nouveau, de nature à prouver qu'il s'agit bien là de tuberculose associée. Comme il fallait s'y attendre, c'est le *coli-bacille* qui vient disputer au bacille de Koch ce terrain pathologique et voici en quels termes M. Caussade décrit les rapports qu'ils affectent entre eux : « Il était facile de constater, après coloration par les procédés ordinaires, une infiltration bacillaire (bacilles de Koch) qui part de la muqueuse en suivant les espaces interglandulaires, pénètre dans la sous-muqueuse (où les bacilles se réunissent en amas au centre de nodules tuberculeux abondants) et gagner finalement la couche sous-séreuse. Là, la pullulation microbienne est moins abondante que dans la tunique précédente.

Enfin, de gros leucocytes chargés de coli-bacilles suivent l'infiltration des bacilles tuberculeux et cheminent à côté de ces derniers. Cette association bactérienne vient-elle à l'appui de l'opinion d'Hartmann, et, dans le cæcum, le colibacille doit-il compter dans l'atténuation de virulence des bacilles tuberculeux, pour réaliser cette tuberculose torpide, à marche essentiellement chronique et ayant, dans la plupart des cas, si peu de tendance à se généraliser, à tel point que la tuberculose iléo-cæcale est un type de tuberculose locale? »

---

## LES TUMEURS PARANÉPHRÉTIQUES

Par le docteur Et. Cestan,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

A côté des néoplasmes rénaux vrais et des néoformations épithéliales nées aux dépens de noyaux rénaux ou surrénaux aberrants, dont Albarran a donné l'an passé une si remarquable étude, il est des tumeurs de nature conjonctive qui se développent aux abords du rein et prennent leur origine soit dans les capsules fibreuse ou adipeuse, soit dans les organes divers, tissus connectifs et groupes ganglionnaires situés dans l'espace rétro-péritonéal. Ce sont elles que l'on a désignées sous le nom de tumeurs paranéphrétiques, dénomination généralement acceptée malgré son insuffisance, mais à laquelle il faut attacher seulement une valeur anatomique, une pure signification de siège. C'est d'ailleurs ce siège même et la physionomie clinique générale qu'il leur imprime qui permettent d'essayer le rapprochement en un chapitre commun de néoplasmes très variables dans leur essence. Aussi bien cette courte étude sera-t-elle pour nous un prétexte à insister sur le diagnostic des tumeurs de la région rénale envisagées dans leurs caractères physiques, à compléter ce que nous avons pu en dire ailleurs, enfin à mettre en lumière un moyen d'investigation récent et d'une efficacité réelle, la phonendoscopie.

Les tumeurs paranéphrétiques sont encore mal connues. Elles ont été rarement l'objet d'études spéciales et nos traités classiques les mentionnent à peine ou leur accordent seulement un court paragraphe. Rayer, dans son livre magistral, signale brièvement l'existence possible de néoplasies ganglionnaires rétro-péritonéales enveloppant le rein sans l'envahir. Des observations éparses avaient été publiées, dont quelques-unes anciennes. La thèse de Mankiewicz soutenue à Strasbourg en 1887, un mémoire de Heyder paru en 1890, un autre de Wollstein en 1893, et la thèse de Galimir qui date de 1895, constituent les premiers et à peu près les seuls travaux d'ensemble faits sur le sujet. Nous avons pu, à notre tour, rassembler une quarantaine de cas nettement catalogués, avec lesquels nous allons reprendre brièvement l'histoire de cette question. Ce chiffre paraît bien faible à côté du nombre si considérable des tumeurs rénales vraies; peut-être devait-il s'augmenter de quelques-unes de ces dernières, car la confusion est facile et a dû se produire des néoplasmes rénaux et pararénaux; la lecture des thèses spéciales a pu nous en convaincre. La distinction

a cependant plus qu'un intérêt théorique, car en certains cas trop rares d'ailleurs on a pu reconnaître, isoler, conserver le rein correspondant et pratiquer pourtant l'extirpation complète de la masse néoformée.

*Anatomiquement*, ces tumeurs appartiennent à la série conjonctive : sarcomes, myxomes, fibromyomes, lipomes, souvent tumeurs mixtes, exceptionnellement kystes séreux ou sanguins mal définis, comme Pawlik et Routier en ont cité deux cas.

Le myxome pur est rare; Lotheissen en a rapporté un cas en 1896; la masse, indépendante du rein, siégeait entre celui-ci et la capsule surrénale. Plus souvent il s'agit de myxo-sarcome (Gould).

Les lipomes ou fibrolipomes sont déjà plus fréquents; Thiriar, Spencer Wells, Laurenhaus, Monod, Eiselsberg en ont cité plusieurs cas. Ils naissent dans la capsule adipeuse, ordinairement unilatéraux; Spencer Wells en a vu un double. D'abord indépendants du rein qu'ils refoulent simplement en certains cas, ils peuvent par la suite l'englober ou lui adhérer légèrement; ils peuvent même s'infiltrer dans le rein et se substituer au parenchyme rénal (Monod); on les a vus aussi se fixer à l'intestin (Eiselsberg). Leur volume est parfois énorme, tête d'enfant ou d'adulte, et leur poids considérable, 4 kilogs (Eiselsberg), 7 kilogs (Laurenhaus), 11 kilogs (Thiriar); ils peuvent ainsi arriver à remplir l'abdomen, et comme ils sont ordinairement fluctuants, légèrement lobulés, on comprend qu'ils aient été bien souvent confondus avec des productions ovariques.

Les fibromes, plus exactement fibromyomes, sont relativement communs; ils naissent de la capsule propre qui contient normalement des fibres musculaires lisses (Eberth), exceptionnellement du ligament large. Leur volume est essentiellement variable. Laurent a rapporté en 1876, à la Société anatomique, une curieuse observation où existaient seulement quelques noyaux lenticulaires dans la capsule fibreuse. Héré, en 1882, a vu un fibrome du volume d'une grosse noix, rattaché par un pédicule au bord externe du rein. Mais, bien plus souvent, le développement est excessif; 2500 grammes dans un fait de Jeannel, 18 kilogs dans un cas de Buschmann, 48 livres même dans celui de Reverdin. Le rein est presque toujours intact, refoulé en bas ou en avant. La tumeur, exceptionnellement vasculaire comme dans l'observation de Buschmann où une ponction fut suivie d'hémorragie sérieuse, présente parfois la forme même du rein, toujours l'aspect extérieur, la consistance et la structure des fibromyomes utérins; elle peut offrir aussi des géodes et des foyers de dégénérescence kystique.

Les sarcomes se rencontrent aussi souvent que les fibromes, tantôt purs, tantôt combinés au myxome (Gould) ou au fibrome. Ils naissent très fréquemment de la capsule propre du rein, dans plus des deux tiers des cas, mais peuvent tirer leur origine des tissus prévertébraux proprement dits (Elliott) ou des ganglions avoisinants. Ils acquièrent un volume énorme (tête d'adulte et davantage), et on en a vu peser 15, 18 et 35 livres (Gouraud). Ils affectent avec le rein des rapports beaucoup plus étroits que les tumeurs précédentes, et si Hildebrand, Galimir, Cohn, Gould, Gouraud, Jeanne les ont vus respecter cet organe qu'ils refoulaient ou englobaient seulement, aussi souvent le rein s'est trouvé pris (Thornton, Elliott, Paquet, etc.), en même temps que des adhérences fusionnaient la masse néoplasique avec les plans musculaires postérieurs, carré des lombes et psoas, avec l'aorte, la veine cave, les uretères et aussi les intestins. Leur forme est alors fort irrégulière et l'on ne saurait lui fixer de caractères à peu près définis. Ils peuvent être très vasculaires; Jeanné a rapporté l'an passé un cas de sarcome télangiectasique de la région rénale apparu huit mois après l'extirpation d'une tumeur du testicule.

A côté des sarcomes et des fibromyomes proprement dits, une place doit être faite aux tumeurs mixtes dont Martha Wollstein, en 1893, et O. Hildebrand, en 1895, ont cité plusieurs exemples. Ce sont surtout des rhabdomyo-sarcomes, parfois des fibromyo-ostéo-sarcomes (Hildebrand). Elles se rencontrent de préférence chez l'enfant.

J'ai dit enfin que Pawlick avait signalé un cas de kyste séreux rétro-péritonéal pris d'abord pour une hydronéphrose gauche fermée, allant de la coupole diaphragmatique jusqu'à la fosse iliaque correspondante, faisant une forte saillie à la région lombaire et portant sur son bord interne une série de voussures et d'encoches, sur sa face antérieure des cordons durs comme les cloisons d'un kyste ovarique multiloculaire. Le liquide de ce kyste ne contenait ni crochets, ni hydatides et la nature exacte en reste douteuse. Routier a rapporté, en 1894, un fait de kyste hématique central de la capsule surrénale gauche, assez volumineux pour contenir 1.600 grammes de liquide; Deroubaix, Letulle, Reclus ont vu des kystes pareils, sur lesquels nous ne saurions insister car leur étude reste encore à parfaire.

Au résumé, les tumeurs pararénales naissent le plus souvent de la capsule propre ou de l'enveloppe adipeuse du rein; elles peuvent acquérir un énorme volume, mais le fait important, sur lequel il faut insister, c'est que le rein est rarement envahi, plus souvent refoulé ou englobé sans être directement atteint.

Les conditions étiologiques sont de faible importance. Les sarcomes et tumeurs mixtes se rencontrent peut-être un peu plus souvent chez les jeunes, les fibromyomes et les lipomes chez les adultes. Le sexe jouerait un rôle plus marqué que l'âge, si l'on en croit Mankiewicz et Galimir, lesquels relèvent seulement 6 hommes sur 22 cas.

La pathogénie, peu discutée en ce qui concerne les types purs que l'on fait naître naturellement des tissus conjonctifs divers de la région, a été plus réservée en ce qui touche les tumeurs mixtes; pour ces dernières, les uns avec Ribbert ont invoqué une véritable métaplasie des parties molles correspondantes, d'autres avec Conheim les ont attribués au développement de germes mésodermiques dus à une inclusion fœtale.

*L'aspect clinique* varie en d'assez larges mesures avec le volume et la nature de la néoplasie. Leur début est d'autant plus insidieux que les douleurs sont rares. Seules les tumeurs qui ont acquis déjà certaines dimensions, occasionnent par leur masse une gêne mécanique et l'on comprend que, dans le cas inverse, leur évolution reste silencieuse, leur existence ignorée; nombre d'entre elles ne sont que des découvertes d'autopsie. Ailleurs, parce que la tumeur est grosse, mal placée ou adhérente aux organes voisins, veine cave, nerfs, uretères, des signes peuvent apparaître qui donnent l'éveil : œdème des membres inférieurs; — douleurs sourdes, pongitives, lombaires, avec irradiations dans les cuisses et les organes génitaux externes par compression des nerfs lombo-sacrés; moins souvent anesthésie dans leur territoire; — très rarement varicocèle symptomatique, comme dans les néoplasmes rénaux proprement dits, et cela ne saurait nous étonner depuis que

nous savons avec Legueu rapporter ce varicocèle à la présence de ganglions dégénérés, lesquels peuvent assez peu se rencontrer ici; — parfois ascite, circulation veineuse complémentaire, compression du rectum avec constipation ou diarrhée. Au cours de ces incidents, et ceci est important, les urines restent normales, mais lorsque l'uretère et même la vessie sont comprimés, on peut voir apparaître les signes de la rétention rénale avec ou sans infection, avec ou sans urémie.

Cependant le ventre augmente progressivement de volume et lorsqu'on l'examine, on le voit plus ou moins régulièrement soulevé sur l'un des côtés. On le palpe et on trouve une tumeur parfois très volumineuse, de forme et de consistance variables, ici lisse, arrondie, sans saillies ni dépressions, là bosselée, multilobée, rameuse; ailleurs semblable à un énorme rein; tantôt ferme, tantôt peu homogène, plus souvent mollasse, presque fluctuante et de fait, ces néoplasies ont été bien souvent confondues avec des kystes multiloculaires de l'ovaire. Elles occupent au début la loge rénale, la fosse lombaire ou ses abords, mais ne tardent pas à la déborder en tous sens, refoulent le foie et le diaphragme en haut, la rate en dehors et en avant, le gros intestin en haut ou du côté opposé. Elles peuvent remplir tout le flanc, descendre dans la fosse iliaque et l'on comprend combien en pareil cas il est difficile de fixer leur origine exacte. Elles sont parfois assez mobiles, le sarcome excepté; les fibromyomes pédiculés et peu volumineux peuvent même simuler le rein flottant; habituellement, surtout s'il s'agit de sarcomes, cette mobilité est relative, bridée par des adhérences. L'on peut observer le signe du ballottement, très logique d'ailleurs puisque ces tumeurs occupent parfois la fosse réno-lombaire. Enfin, d'après Galimir, quelques lipomes donneraient une sensation spéciale de crépitation, lorsqu'on essaye de les mobiliser et de les faire glisser sur les plans voisins.

Après que la masse a acquis un certain volume et nous avons vu combien celui-ci peut devenir considérable, apparaissent des troubles de compression variés et l'état général, même dans les fibro-lipomes ou myomes, en ressent l'atteinte. Les malades maigrissent, s'alimentent mal; des troubles digestifs se montrent : vomissements réflexes, diarrhée ou constipation; les douleurs s'accentuent; des complications rénales peuvent surgir, et tous les éléments doivent compter dans le pronostic.

*Le diagnostic* ne laisse pas de présenter le plus souvent de réelles difficultés. La tumeur peut être confondue avec un néoplasme parti des viscères voisins : foie, rate, mésentère, ovaire, utérus; ou bien la tumeur est prise pour une affection du rein proprement dit. Il faut donc : d'abord la localiser dans la région rénale, puis la différencier du rein lui-même.

Les tumeurs de la paroi sont rares, souvent adhérentes à la peau, n'obéissant nullement aux grands mouvements inspiratoires. Celles du mésentère, peu fréquentes aussi, se reconnaissent au contraire à leur extrême mobilité, surtout dans le sens transversal, à leur apparition au niveau de l'ombilic et particulièrement à droite, à leur manque de contact lombaire. Les tumeurs de l'ovaire, des ligaments larges et les fibromes utérins anormaux sont beaucoup plus malaisés à reconnaître; l'erreur fréquente consiste à prendre une tumeur pararénale pour un kyste ovarique, lorsque cette tumeur est mollasse ou même fluctuante comme il arrive dans les lipomes ou les kystes rétro-péritonéaux.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'absence de tout signe urinaire contribue encore à obscurcir le problème. C'est par le palper bimanuel soigneux, par l'examen serré de l'utérus et des annexes, dont il faudra chercher l'indépendance, qu'on pourra l'élucider; c'est aussi par l'usage du phonendoscope, dont nous parlerons plus bas et qui semble destiné à rendre ici de très importants services.

Les tumeurs du foie et de la vésicule à droite, de la rate à gauche, peuvent prêter au moins autant à la confusion. Les premières se reconnaîtront à leur continuité avec la glande hépatique, à l'absence de sonorité antérieure, au défaut habituel du ballottement, aux signes fonctionnels spéciaux qui les accompagnent. Mais il ne faut pas oublier que ces caractères peuvent manquer, que l'on a vu un néoplasme hépatique ou une vésicule biliaire donner du ballottement, que certains lobes flottants du foie, tels que Riedel, Terrier et Baudouin, Tscherning, Pichevin, Von Hacker en ont signalé des exemples, simulent à s'y méprendre une tumeur ayant l'aspect et les connexions du rein. Nous avons, à l'École pratique, trouvé sur le foie d'un sujet un véritable lobe rénal qui recouvrait le rein et donnait un ballottement réel dans l'angle costo-vertébral lui-même. La rate, en ses états pathologiques, offre des caractères assez tranchés, sur lesquels notre maître, M. Guyon, est revenu maintes fois et que nous avons eu l'occasion de vérifier à plusieurs reprises. M. Guyon enseigne que les grosses rates sont assez régulièrement ovoïdes, offrent parfois un bord crénelé caractéristique et surtout se déplacent non pas verticalement, mais en bas et en dedans, dans la direction de l'ombilic. Gaucher, dans sa thèse de 1882, avait déjà signalé ce dernier fait que Picou a confirmé dans plusieurs publications. Nous l'avons retrouvé chez trois malades manifestement splénomégaliques; chez l'un d'eux, la rate offrait même une direction presque horizontale et transversale; ce fait ne serait pas très rare pour Picou. Cependant, s'il faut en croire l'article que Trinkler a publié dans la *Revue de chirurgie* de février 1894, ces caractères seraient inconstants et se rencontreraient surtout dans les rates leucémiques, tandis que les rates atteintes d'échinocoques seraient fort irrégulières et les rates malariques affecteraient volontiers une direction verticale, une forme allongée et des bords latéraux parallèles comme les tumeurs du rein elles-mêmes. Lefas a, d'autre part, publié, dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1896, un bel exemple de « rate réniforme », dont le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie.

Les faits avancés par M. Guyon n'en restent pas moins bien vrais dans la très grande majorité des cas : la rate est ovoïde, sans bords parallèles, son axe s'incline vers l'ombilic, en bas et en dedans; elle n'a pas de véritable contact lombaire et n'offre qu'un faux ballottement, lequel disparaît si on le cherche à sa vraie place, dans l'angle costo-vertébral, et ce dernier point doit toujours être vérifié.

Mais alors que pour ces tumeurs diverses feront défaut les signes distinctifs que nous venons d'ébaucher, il reste un moyen nouveau, d'une efficacité réelle, la phonendoscopie. Nous l'avons vu appliquer à la clinique de Necker avec d'excellents résultats que nous devons dire à cette place. Avec elle, il sera facile de délimiter exactement les contours et les dimensions des viscères abdominaux, de rapporter à chacun d'eux ce qui lui revient et de localiser très exactement le siège et les connexions du néoplasme. Nous ne saurions rapporter ici des faits précis concernant le diagnostic phonendoscopique des tumeurs

pararénales, lesquelles ne sont pas d'observation courante ; mais nous avons vu la méthode rendre trop de services dans l'exploration courante du rein pour ne pas signaler son utilité certaine dans les cas qui nous occupent.

Elle aidera aussi à élucider le deuxième point du diagnostic : la tumeur de la région rénale appartient-elle au rein lui-même ou à son voisinage immédiat? Nous avons dit que certains fibromyomes avaient été pris pour des reins flottants et l'on conçoit que la palpation seule se montre souvent impuissante à faire la distinction, lorsqu'on est en présence d'une masse plus volumineuse qui refoule le rein par en haut ou l'enveloppe partiellement. Mieux que l'exploration manuelle, le phonendoscope pourra quelquefois montrer la présence du rein à côté de la masse néoplasique. Mais ce sera, il faut bien le dire, la très grande exception. L'absence de signes urinaires proprement dits, vérifiée s'il en est besoin par le cathétérisme des uretères, le développement très considérable opposé à une cachexie peu marquée ou absente, la marche lente seront trop souvent les seuls moyens de soupçonner la réalité des faits. Le diagnostic précis reste donc l'exception, mais il n'est pas impossible ; Bardenhauer et Jeannel l'ont montré.

*Sur le traitement*, nous serons brefs. Aussi bien la plupart de ces tumeurs pararénales, reconnues seulement au cours ou à la suite de l'intervention, ont-elles été attaquées soit comme des kystes ovariques, soit comme des néoplasies rénales franches. Aussi bien encore le rein s'est-il trop souvent trouvé pris dans la masse pour que son ablation ait été nécessaire. Ce sacrifice sera presque toujours indispensable dans le sarcome où il faut tailler largement et, de fait, la néphrectomie a été presque toujours pratiquée. Mais ailleurs, comme l'étude des conditions anatomiques nous l'a montré, il peut être permis et même légitime d'agir autrement. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur bénigne assez indépendante du rein pour que celui-ci puisse être facilement isolé, il importe de le conserver. Dans une très belle observation publiée par Bauby et Daunic, le professeur Jeannel put, par la voie transpéritonéale, enlever un très volumineux myome pararénal en laissant le rein intact. Cette conduite ne saurait être trop recommandée lorsqu'elle est possible ; elle exige seulement un jour et un accès que la voie abdominale paraît plus susceptible de fournir aisément. Enfin lorsque le rein est adhérent à la masse par un de ses pôles, sans que l'uretère et les vaisseaux soient envahis, le fait s'est rencontré, on pourrait songer à pratiquer une néphrectomie partielle ; on sait aujourd'hui la valeur exacte de cette intervention.

Nous dirons donc pour finir : dans les tumeurs pararénales, la néphrectomie, opération de nécessité, sera très souvent commandée par les circonstances ; peut-être, en certains cas, pourra-t-on recourir économiquement à une néphrectomie partielle ; l'extirpation de la masse néoplasique avec conservation du rein, opération de choix en présence d'une tumeur bénigne et limitée, devra être tentée toutes les fois qu'elle paraîtra possible et suffisante.

BIBLIOGRAPHIE. — MANKIEWICZ. Thèse de Strasbourg, 1887. — HEYDER. *Arch. f. Gynæk.*, 1890, p. 301. — M. WOLLSTEIN. *New-York Pathol. Soc.*, 28 décembre 1892. — BAUBY et DAUNIC. *Midi méd.*, 1893. — ROUTIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 813. — COHN. *Berl. klin. Woch.*, 1894, p. 266. — BROCK. *Arch. f. path. An.*, 1895, t. CXL, p. 493. — GALIMIR. Thèse de Paris, 1895, nº 24. — LOTHEISSEN. *Arch. f. klin. Chir.*, 1896, t. LII, p. 721. — PAWLIK. *Arch. f. klin. Chir.*, t. LIII, Hft. 3. — SCHMIDT, in *Handbuch der spec. Ther. inn. Krankh.*, p. 376. — JEANNE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1897.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 avril 1898. — Présidence de M. BERGER.

### DISCUSSION SUR LES FIBROMES SPHACÉLÉS

M. TUFFIER, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Lejars, fait observer qu'il faut distinguer deux variétés : celle des fibromes sphacélés et celle des fibromes infectés. Ces derniers présentent une gravité toute particulière. M. Tuffier rapporte à ce sujet l'observation d'une malade qui était atteinte d'un fibrome avec accidents septiques. Ce fibrome était volumineux. M. Tuffier chercha à désinfecter de son mieux l'utérus, mais les accidents septiques persistaient. Il se décida alors à pratiquer, chez cette malade, une hystérectomie abdominale totale pour la débarrasser. Mais, trois ou quatre jours après, cette malade succombait aux accidents septicémiques qui avaient continué malgré l'opération. M. Tuffier cite un autre cas analogue dans lequel il s'agissait également d'un fibrome infecté et, dans ce cas, la malade succomba aux accidents septicémiques, sans qu'il y ait eu aucune intervention.

Quant aux fibromes sphacélés intra-utérins, M. Tuffier en possède plusieurs exemples qu'il a opérés et guéris. Les accidents sont plus graves quand il s'agit de fibromes sphacélés interstitiels ou de fibromes sphacélés sous-péritonéaux. M. Tuffier cite un cas dans lequel le fibrome était tellement ramolli que plusieurs chirurgiens avaient porté le diagnostic de cancer du corps de l'intestin. Il fit l'hystérectomie vaginale, et la malade a bien guéri.

Enfin, M. Tuffier cite un exemple de fibrome sphacélé sous-péritonéal : il s'agissait d'une femme de soixante-dix-huit ans qui fut prise d'accidents d'occlusion intestinale. On sentait une tumeur dans le flanc droit. Cette femme était mourante. Cependant, d'accord avec M. Chauffard, M. Tuffier fit la laparotomie ; il trouva un fibrome sphacélé, noir, de la corne droite de l'utérus. Il l'enleva et, contre toute attente, cette malade guérit.

M. POTHERAT dit que les polypes des lèvres du col de l'utérus ne sont pas très fréquents. Généralement, les malades qui en sont atteintes se font opérer de bonne heure. Parfois, cependant, soit par négligence, soit par pusillanimité, elles laissent grossir ces polypes qui peuvent atteindre alors un volume considérable. Le plus souvent, les polypes sphacélés sont ceux d'origine intra-utérine. La gangrène peut se produire, dans ces cas, soit par inflammation, soit par ischémie. Celle-ci est le résultat de l'étranglement de la tumeur par l'utérus se contractant sur elle. L'emploi de certains médicaments peut aussi favoriser cette gangrène, tels l'ergot de seigle, l'électrisation, certaines manœuvres. M. Potherat a vu ainsi plusieurs polypes utérins sphacélés accouchés dans le vagin donner des phénomènes de septicémie avec 40 degrés de température. Il en a ainsi opéré plusieurs par morcellement.

Quant au traitement, tout le monde est d'accord aujourd'hui pour abandonner le serre-nœud qu'a employé M. Buffet dans son cas. Le serre-nœud est aveugle, et par cela même dangereux. L'emploi du forceps, tel que celui auquel a eu recours M. Lejars, n'est pas non plus sans inconvénients. M. Potherat préfère le morcellement pratiqué à l'aide du bistouri et des ciseaux courbes. Cela ne saigne pas, comme on l'a craint pendant trop longtemps, et ces polypes doivent être attaqués directement et morcelés.

M. QUÉNU rappelle qu'on a dit que la gangrène des fibromes dépendait de l'ischémie ou de l'infection. Ce

sont pas là, pour M. Quénu, deux choses différentes. Les deux processus se succèdent. Le sphacèle des fibromes interstitiels est très rare. Dans ces cas, c'est une véritable nécrobiose. Le sphacèle du polype se fait par torsion du pédicule. Il faut tenir compte, dans ces cas, de l'élément fourni par la thrombose vasculaire. En résumé, la gangrène des polypes résulte de l'addition de ces deux processus, ischémie et infection. L'ischémie est la conséquence de la torsion du pédicule et l'infection est le résultat de l'apport des germes.

M. POZZI croit qu'il est un élément important dont il faut tenir compte, c'est l'élongation exagérée du pédicule beaucoup plus encore que sa torsion. Mais c'est surtout des indications opératoires que veut parler M. Pozzi. On sait que les énormes polypes finissent par former bouchon et l'infection se fait alors par les sécrétions utérines, qui ne trouvent plus d'issue, le col étant bouché par le polype. Au point de vue du traitement, M. Pozzi repousse l'emploi du serre-nœud et de l'écraseur. L'évidement à l'aide du bistouri et des ciseaux courbes est ici la seule conduite à tenir. M. Pozzi prend la précaution de sectionner le pédicule en le tordant. S'il y a une hémorragie, on place une pince. A la suite de cette opération, M. Pozzi recommande de pratiquer une désinfection complète de la cavité utérine à l'aide d'un curetage soigné et d'un tamponnement à la gaze iodoformée.

M. RICARD rappelle que M. Tuffier a parlé des fibromes gangrenés donnant lieu à de la septicémie. Or cette septicémie est elle-même une formelle indication opératoire. Sans doute, en pareil cas l'opération est toujours très grave; mais quand il devient impossible d'obtenir la désinfection du foyer pathologique, cette opération s'impose. M. Ricard rappelle, à ce sujet, l'observation qu'il a récemment présentée à la Société. Il a aussi opéré, il y a quatre ou cinq ans, une femme qui était atteinte de fibrome et de septicémie grave. Il l'a débarrassée à la fois de son fibrome et de sa septicémie par l'hystérectomie abdominale totale. Cette malade avait dans l'intérieur de l'utérus un fibrome sphacélé. M. Ricard insiste donc sur ce point que, dans ces cas, la septicémie est une indication formelle de l'intervention, si grave que soit cette intervention.

M. LEJARS fait observer que la question s'est déplacée ou tout au moins étendue. Il n'avait en vue, dans son rapport, que le traitement des fibromes sphacélés. M. Lejars répond à M. Potherat qu'il ne s'est jamais servi du serre-nœud et qu'il a même reproché à M. Buffet de s'en être servi. S'il a eu recours à une manœuvre obstétricale, c'est parce que le polype était très gros. Mais il n'y attache pas autrement d'importance et ne préconise pas l'emploi systématique du forceps. S'il y a eu recours, c'était pour aller plus vite.

M. Lejars a observé un cas analogue à celui qu'a rapporté M. Routier. Il s'agissait d'une femme qu'il avait opérée d'un polype par la section au ras du pédicule. Six mois après, cette femme se présenta de nouveau à M. Lejars avec un second polype. En opérant ce polype, il arrive à ramener les annexes. C'était un utérus inversé. Il dut faire l'hystérectomie vaginale. Cet utérus contenait de petits fibromes multiples.

M. BOUILLY dit que tout le monde est d'accord aujourd'hui sur la nécessité d'enlever ces polypes par déchirure, par morcellement, par excision. L'important est de n'en pas laisser. Dans un certain nombre de cas, il y a des complications de périmétrite, de salpingite suppurées. Dans ces cas, il faut aller d'emblée jusqu'à l'hystérectomie vaginale. Ces cas sont assez fréquents. M. Bouilly insiste également sur d'autres cas dans lesquels la conduite à tenir est difficile par suite du volume excessif et de la disposition des fibromes. Il y a des polypes utéro-vaginaux dont la masse intra-utérine n'est pas sphacélée, mais dont la masse vaginale est sphacélée. Il y a souvent de la septicémie dans ces cas, et la conduite à tenir en pareil cas est fort délicate; en effet, l'intervention abdominale peut être rendue dangereuse par le contact possible de la partie sphacélée du polype avec la grande cavité péritonéale et par l'infection qui en résulte. M. Bouilly a observé deux cas de cet ordre : dans un de ces cas, il s'agissait d'un énorme polype en forme de brioche renversée, avec une partie intra-abdominale, une partie vaginale et une portion rétrécie au niveau du col. Cette malade fut opérée en pleine septicémie, par les deux voies combinées, la voie vaginale et la voie abdominale. M. Bouilly commença d'abord par la voie vaginale, pour enlever la portion vaginale. Le sphacèle remontait bien au delà de la cavité du col. M. Bouilly se décida alors à agir aussi par l'abdomen, et enleva la tumeur par morcellement. Malgré ces deux opérations, les accidents septiques continuèrent.

Dans un autre cas, M. Bouilly a commencé par le ventre pour finir par le vagin. Il a fait une incision médiane sur le fond de l'utérus, a pratiqué le morcellement, puis a terminé l'opération par l'hystérectomie vaginale. Ce fut une opération difficile, laborieuse, mais M. Bouilly en vint à bout et la malade a bien guéri. Il faut, dans ces cas, savoir combiner les deux voies, la voie vaginale et la voie abdominale, pour enlever en totalité ces fibromes sans infecter le péritoine.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté; le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ARTICLE PREMIER. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est autorisé à acquérir un immeuble situé rue Bonaparte, n° 16, et à y faire procéder aux travaux de réinstallation de l'Académie de médecine, conformément aux dispositions générales de l'avant-projet évalué à un million cinq cent mille francs (1 500 000 francs) qui restera annexé à la présente loi.

ART. 2. — La dépense sera imputée sur les crédits à ouvrir au budget du ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts au titre de deux chapitres spéciaux, inscrits : l'un à la première section (Instruction publique) sous le libellé : « Réinstallation de l'Académie de médecine; acquisition d'un immeuble; » et l'autre à la deuxième section (Beaux-Arts) et intitulé : « Réinstallation de l'Académie de médecine; travaux. »

ART. 3. — Il est pris acte de l'engagement souscrit par l'Académie de médecine de verser à l'État, pour sa part contributive dans la dépense, un subside de cinq cent quarante mille francs (540 000 francs).

Le montant de ce subside sera versé au Trésor par acomptes successifs, au fur et à mesure des besoins. L'importance de chaque versement partiel et l'époque à laquelle il devra être effectué seront déterminées par le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Worms, membre de l'Académie de médecine, médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer du Nord, etc.; et Victor Martin-Durr, ancien interne des hôpitaux et ancien chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine, décédé dans sa trente-deuxième année.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Thibault, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie médicale.

— La Société de géographie vient de décerner le prix Angrand à M. le docteur Hamy (de l'Institut).

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 43. — MARDI 12 ET JEUDI 14 AVRIL 1898. 71e ANNÉE. MARDI 12 ET JEUDI 14 AVRIL 1898. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'annonce par M. le président de la mort de M. Worms, l'élection de M. Baillet comme membre associé national, la lecture par M. Cadet de Gassicourt d'un travail de M. Mossé, membre correspondant, sur le traitement du goitre chez les nouveau-nés par l'alimentation thyroïdienne administrée à la mère, la présentation par M. Landouzy du recueil de ses *Leçons sur la sérothérapie*, un travail de M. Loir sur la vaccination en Tunisie, tel est le bilan de cette séance qui, ouverte à trois heures, a été levée à quatre, pas un seul des orateurs inscrits n'ayant répondu à l'appel de son nom. Si le vieux bâtiment de la rue des Saints-Pères était si désert hier, en attendant qu'il soit complètement délaissé pour le palais de la rue Bonaparte, ce qui, nous assure-t-on, ne tardera pas, cela tient à ce que beaucoup des habitués de l'Académie se trouvent en ce moment à Madrid ou à Montpellier.

C'est hier, en effet, que s'est ouvert à Montpellier la quatrième session du Congrès français de médecine, sous la présidence du professeur Bernheim (de Nancy). Quant au Congrès d'hygiène qui se tient à Madrid, entre autres communications fort intéressantes, s'en trouve une de M. Chantemesse sur le sérum antitoxique de la fièvre typhoïde, qui mérite toute l'attention des praticiens. Voilà encore un pas de plus fait dans cette voie si importante de la sérothérapie, dont M. Landouzy disait avec raison hier, à l'Académie, que c'était là une méthode d'origine toute française, née dans les laboratoires mêmes de la Faculté de Paris avec les premières recherches de MM. Richet et Héricourt. La sensationnelle communication de M. Chantemesse au Congrès de Madrid est un fleuron de plus à ajouter à cette belle couronne.

Nos lecteurs trouveront ci-après cette importante communication.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Chantemesse.

#### Toxine typhoïde soluble et sérum antitoxique de la fièvre typhoïde

(Communication au Congrès d'hygiène de Madrid.)

Il est facile de vacciner des animaux de laboratoire contre des doses de plus en plus grandes de bacilles typhiques vivants ou morts et d'obtenir un sérum qui jouit de propriétés anti-infectieuses, c'est-à-dire qu'injecté préventivement à des animaux sains, il les protège contre une dose mortelle de microbes, inoculée quelques heures après.

Ce sérum préventif possède-t-il des propriétés curatrices pour l'homme atteint de fièvre typhoïde? Mes premières recherches faites, en 1892, avec M. Widal nous ont montré que ce sérum est dépourvu de toute action vraiment efficace contre la fièvre typhoïde. Cette maladie est, en effet, le résultat d'une infection et d'une intoxication réalisées; pour la combattre sur le terrain pathogénique, il faut une substance qui agisse à la fois et contre le microbe et contre la toxine qu'il sécrète.

L'observation des typhiques montre que le poison de la dothiénentérie est sécrété rapidement dans le corps de l'homme. D'un jour à l'autre la dose de poison et les symptômes qui la traduisent peuvent varier. Cependant, si on cherche la présence de cette toxine dans les milieux ordinaires où a vécu le bacille typhique, on ne la trouve pas. Le liquide de culture privé de microbes par la filtration n'est pas toxique, ou ne l'est que d'une manière insignifiante; il ne renferme pas le poison que les microbes forment dans le corps des typhiques; on ne peut compter sur lui pour obtenir l'antitoxine.

J'ai cherché pendant longtemps à saisir cette toxine typhoïde soluble, qui était la première étape vers la production d'un sérum antitoxique. En janvier 1897, j'ai fait connaître les moyens de l'avoir en quantité suffisante, et j'ai indiqué quelques-unes de ses propriétés caractéristiques.

Je me sers maintenant d'une solution de peptone de rate que je prépare en faisant digérer cet organe dans de l'eau acidulée par la pepsine d'un estomac de porc suivant la méthode de M. Louis Martin, puis je neutralise avant la stérilisation. Dans chaque vase de culture, le liquide est largement exposé au contact de l'air. L'alcalinité légère du début ne disparaît jamais. Elle s'accentue, au contraire. Le milieu doit être ensemencé avec un bacille typhique très virulent qui sorte du corps d'un animal, ou mieux, qui n'ait été laissé

que vingt-quatre heures dans un sac de collodion enfoui dans le péritoine. Au bout de quarante-huit heures, la culture est très abondante et ne répand aucune odeur. Après cinq à six jours, la sécrétion de toxine est au maximum et va peu à peu en diminuant.

I

Toxine typhoïde soluble. — Pour abréger je désignerai sous le nom de toxine le bouillon filtré qui contiendra cette toxine soluble. J'ai recherché avec la collaboration de M. Pion les modifications que la culture a fait subir au bouillon après cinq jours d'étuve. Ni le bouillon, ni la toxine n'intervertissent la saccharose et ne digèrent l'albumine. Ils n'ont pas, à ce point de vue, des réactions de diastase. La réaction légèrement alcaline du début est devenue très fortement alcaline. La densité (méthode du flacon) qui était de 0,998 est devenue 1,011. L'extrait sec à 100 degrés qui était pour 2 centimètres cubes de 76 milligrammes est maintenant de 90 milligrammes. Le poids des cendres qui donnait pour 1 centimètre cube 15 milligrammes est tombé à 10 milligrammes.

*Action des agents chimiques.* — Dans l'un et l'autre bouillon, le traitement par le chlorure de sodium, le sulfate de magnésie et le sulfate d'ammoniaque en solution saturée n'ont fourni jusqu'ici que des résultats à peu près négatifs.

Le liquide de culture est traité par l'alcool absolu qui, évaporé, laisse un résidu. Avec une partie de ce résidu nous produisons, par la méthode ordinaire de formation des chloro-platinates, un précipité ; celui-ci ne disparaît pas par l'addition de potasse et ne dégage pas d'odeur. On ne peut donc attribuer son apparition à un chloro-platinate d'ammoniaque. Peut-être est-il dû à un alcaloïde? La seconde partie du résidu a été épuisée par l'éther anhydre. Par l'évaporation de ce dissolvant, il se dépose un second résidu d'une odeur désagréable, d'une réaction très acide, alors que nous n'avons opéré jusqu'ici qu'en liqueur neutre ou alcaline et que le dissolvant lui-même était neutre. La neutralisation par la soude de ce produit acide donne naissance à une liqueur d'odeur agréable. La partie du résidu insoluble dans l'éther se présente sous la forme d'un liquide oléagineux, alcalin, soluble dans l'eau. Avec ce dernier produit on obtient la formation d'une cristallisation de chloroplatinate, tandis que la partie soluble dans l'éther ne la donne pas.

Le bouillon primitif soumis aux mêmes manipulations chimiques n'a fourni aucune des constatations signalées plus haut.

Le précipité que l'on fait naître dans le bouillon cultivé, par l'addition de chlorure de calcium, est séparé aussi complètement que possible par le filtre et injecté à l'état humide dans le péritoine. Il se montre très toxique et fait périr des animaux avec les lésions de la toxine brute. Desséché au contact de l'air, à l'étuve à 37 degrés, il perd au bout de vingt-quatre heures à peu près toute action. Le précipité calcique entraîne donc dans sa formation une bonne partie de la toxine. Si on le traite à l'état humide par l'alcool absolu, il lui cède une ou plusieurs substances qui donnent les réactions que les traitements par l'alcool et l'éther de la toxine brute nous ont montrées plus haut.

*Action des agents physiques.* — Une dose mortelle pour le lapin enfermée dans une ampoule de verre et conservée pendant un jour à la lumière diffuse ne perd pas sa toxicité. Laissée le même temps dans un grand récipient au contact de l'air, elle se dépouille à peu près de toute action à la lumière diffuse, mais non dans l'obscurité. La lumière augmente donc l'action de l'oxygène atmosphérique. La lumière seule, à l'abri de l'air, est beaucoup moins active. L'insolation de la toxine en vase clos pendant quatre heures n'affaiblit pas sensiblement sa toxicité.

Le chauffage à 58 degrés pendant une heure d'une dose de toxine mortelle pour le lapin lui laisse son activité. Un chauffage de 100 degrés pendant un instant diminue son pouvoir vénéneux sans le faire disparaître entièrement. Il suffit d'acidifier avec l'acide tartrique une dose mortelle pour lui enlever la majeure partie de sa puissance ; celle-ci reparaît si on redonne au milieu par l'addition de soude sa réaction primitive alcaline. Ce poison est retenu très énergiquement dans le noir animal par lequel on le filtre.

*Action de la toxine sur les animaux.* — La poule et le pigeon se sont montrés très résistants à la toxine typhique. La grenouille, la souris, le cobaye, le lapin, le mouton, le chien et surtout le cheval subissent ses effets avec une violence variable suivant les espèces. Le cheval, eu égard à son poids, présente une sensibilité très vive.

Une dose de toxine mesurée à raison de 1 centimètre cube par 80 grammes de poids de cobaye, injectée dans le péritoine de l'animal, le fait périr entre douze et vingt-quatre heures. Si la dose a été moindre, ou si le cobaye a reçu une faible quantité de sérum pour l'immuniser, il peut survivre trois jours. Lorsque la mort a été rapide, on constate à l'autopsie une rougeur vive du péritoine et de l'intestin, de la congestion du foie, de la rate et des capsules surrénales. Quand la mort a été plus lente, la rougeur péritonéale est plus marquée. La cavité du péritoine et celle des plèvres renferment une petite quantité de sérosité citrine et parfois un peu de fibrine. Les poumons sont hyperémiés ; les capsules surrénales sont franchement rouges. L'urine contient de l'albumine.

Les premiers effets de l'injection intrapéritonéale ou sous-cutanée au cobaye se manifestent par un abaissement de température qui tombe au-dessous de 35 degrés. Le poil se hérisse ; l'animal devient somnolent et son corps est agité de petites secousses brusques. Il n'a pas de diarrhée. Si la mort n'est survenue qu'au bout de deux et trois jours, les dernières heures de la vie sont marquées par des crises de convulsions toniques portant sur les membres et sur le rachis.

Le lapin à poids égal est trois ou quatre fois plus sensible que le cobaye. L'inoculation d'une faible dose amène un accès de fièvre. L'injection d'une dose mortelle en deux ou trois heures — 3 centimètres cubes injectés dans la veine de l'oreille d'un lapin de 1000 à 1200 grammes — provoque un abaissement de température et une diarrhée jaune, ocreuse, très abondante. Une demi-heure avant la mort, l'animal gît sur le flanc comme paralysé, le pouls est très rapide et la respiration très accélérée. Il meurt sans convulsions.

Le gros et le petit intestin sont rouges, remplis de diarrhée. La congestion est si forte qu'il y a parfois de véritables hémorragies dans les tuniques intestinales ou dans les feuillets du mésentère. Le foie est très congestionné et les cellules du parenchyme présentent de la dégénérescence

granuleuse. Le rein montre aussi une forte hyperémie, en même temps que des lésions des cellules des tubes contournés, et principalement des glomérules. Ceux-ci présentent un exsudat intraglomérulaire. Les endothéliums de la capsule de Bowmann sont très tuméfiés. La rate est plus ou moins gonflée. Les poumons sont pâles. Chez le lapin, comme chez le cobaye, le cœur est arrêté en diastole.

Ingérée par la bouche, une dose de toxine, mortelle par inoculation sous-cutanée, se montre inoffensive.

L'injection de 6 à 7 centimètres cubes de toxine dans la veine du chien amène au bout de dix à quinze minutes des modifications profondes dans l'état de la circulation et de la respiration. Le cœur précipite ses battements; le pouls devient rapide et n'est pas influencé par les mouvements respiratoires. La pression s'abaisse peu à peu jusqu'à 4 ou 5 centimètres de mercure. La respiration devient plus rapide, moins ample; elle peut doubler et même tripler de fréquence.

Ces phénomènes ne sont pas dus à l'hyperthermie; car ils surviennent bien avant que la température ne s'élève. Ils débutent pendant la première heure, et augmentent pendant la seconde heure. C'est à ce moment que la température commence à s'élever. Pendant cette augmentation on voit la pression s'élever graduellement et monter de plusieurs centimètres de mercure; mais elle n'atteint pas la hauteur primitive. Pendant cette élévation thermique, le pouls reste toujours fréquent et petit, et la respiration n'augmente pas d'étendue et ne diminue pas de fréquence.

Les vomissements surviennent habituellement pendant la première heure; ils peuvent se répéter plusieurs fois durant le cours de l'expérience. Ces vomissements paraissent très pénibles et sont précédés d'agitation de l'animal en expérience : la respiration devient irrégulière et le cœur se ralentit. Le tracé de la pression présente alors de grandes oscillations.

II

Préparation du sérum antitoxique. — J'ai pu injecter des chevaux et les immuniser contre la toxine typhique, grâce à la libéralité de l'Institut Pasteur qui a mis à ma disposition des animaux pour ces longues et coûteuses expériences. Le cheval est très sensible à cette toxine et son accoutumance est très lente et très pénible, entremêlée de périodes où la santé de l'animal décline et nécessite l'arrêt du traitement. J'ai injecté des chevaux pendant deux et trois ans consécutifs, une fois par huitaine, sans obtenir un degré d'immunisation solide. A chaque nouvelle injection, l'animal réagit violemment et on ne peut que très lentement augmenter les doses.

Cette toxine persiste longtemps dans le sang du cheval avant d'être modifiée. Deux mois après la dernière injection intra-veineuse, le sang du cheval est encore légèrement toxique; il faut attendre davantage pour le voir dépouillé entièrement de toxicité et ne renfermant que l'antitoxine.

L'antitoxine avec laquelle j'ai fait les expériences que je vais rapporter provient d'un cheval qui a été immunisé pendant deux ans et qui a reçu dans ce laps de temps, sous la peau et dans les veines, plus de 6 litres de toxine. Son sérum possède des propriétés préventives et des propriétés thérapeutiques, contre l'infection et contre l'intoxication typhique.

*Propriétés préventives.* — Si on injecte à des cobayes, qui ont reçu la veille sous la peau 1/200e, 1/100e, 1/50e de centimètre cube de sérum antitoxique, la dose de toxine qui tue les cobayes témoins en cinq ou six heures, les animaux qui ont reçu un cinquantième de centimètre cube résistent, ceux à qui on a donné un deux-centième de centimètre cube vivent vingt-quatre heures, ceux qui ont reçu un centième de centimètre cube survivent environ quarante-huit heures.

Si on injecte préventivement à des lapins de 1000 à 1200 grammes une dose de sérum égale à un vingtième ou un trentième de centimètre cube, ils supportent une quantité de toxine qui tue les animaux témoins.

Dans toutes ces expériences on remarque que les animaux qui ont, avant l'inoculation toxique, une tare organique quelconque, pseudo-tuberculose, psorospermie du lapin, ou simplement grossesse du cobaye, sont beaucoup moins résistants à la toxine; il faut, pour les partager, une dose de sérum beaucoup plus grande que celle qui immunise les animaux sains.

*Propriétés antitoxiques.* — La valeur antitoxique pourra être jugée chez les animaux qui, ayant reçu une dose de toxine sûrement mortelle en un temps donné, recevront en outre un traitement par le sérum, à des périodes qui s'éloigneront de plus en plus du moment de l'introduction du poison, c'est-à-dire qui se rapprocheront de plus en plus du terme où la mort doit survenir.

Il est facile de faire cette expérience sur un bon nombre d'animaux témoins et d'animaux soumis à la sérothérapie. Injectons à quatre cobayes une dose de toxine mortelle en vingt à vingt-quatre heures. Prenons un autre lot de cobayes du même poids. Les témoins reçoivent un centimètre cube de toxine par 50 grammes de leur poids; les cobayes qui seront traités reçoivent une dose de toxine plus forte, soit 1 gramme pour 40 grammes de leur poids. Et puis, d'heure en heure, injectons respectivement à chaque groupe une dose de sérum antitoxique qui va d'un quart à un, deux, trois, quatre centimètres cubes de sérum. Les témoins succombent en vingt heures. Les cobayes qui ont reçu une dose, même minime, de sérum, injectée plusieurs heures après l'introduction de la toxine, survivent.

Plus on s'éloigne du moment de la pénétration du poison, plus la dose du sérum doit être grande pour être curative.

Quatre et même cinq heures après le début de l'intoxication mortelle en vingt heures, une dose de sérum antitoxique de un quart de centimètre cube donnée à des cobayes les fait résister à la toxine. Ceux des animaux qui ne résistent pas, malgré le traitement tardif par un quart de centimètre cube de sérum antitoxique, ont une survie qui atteint deux et trois jours. Le sérum a donc un pouvoir antitoxique.

Armé de ces expériences, j'ai pu injecter à l'homme atteint de la fièvre typhoïde du sérum antitoxique. La valeur de ce nouveau mode de traitement ne peut se juger que par l'étude de statistiques et d'observations nombreuses. Je puis dire cependant que le sérum agit bien chez l'homme atteint de fièvre typhoïde à la façon d'un antitoxique, diminuant et supprimant les phénomènes nerveux, abaissant la température, activant la guérison.

## RÉPARATION D'UN MUSCLE PAR DES FILS MÉTALLIQUES

FIXÉS PAR UN AUTRE FIL MÉTALLIQUE PLACÉ PERPENDICULAIREMENT DANS LE CORPS DU MUSCLE

Par M. CHAMPIONNIÈRE, chirurgien des hôpitaux.

L'observation ci-dessous montre l'application d'un principe tout nouveau en chirurgie, principe appelé à jouer un rôle important dans la réparation des muscles.

Ce principe est le suivant. Il est possible de loger dans la substance d'un muscle et de *laisser* en permanence un groupe de fils métalliques formant barrière et pouvant *servir de point d'appui* à des fils perpendiculaires aux premiers.

Les fils métalliques auxquels on donne un point d'appui *sur les os* et un point d'appui intramusculaire peuvent constituer sans transition une réparation du muscle dont la tonicité et la nutrition se sont ainsi rétablies *immédiatement et complètement*.

Au-dessous de ces fils, tous les groupes musculaires peuvent se réparer complètement et les fils métalliques enfouis dans les tissus s'associent à la réparation et assurent les fonctions du membre.

Le fait est le suivant : un homme s'est rompu le tendon du triceps au-dessus de la rotule. Tendon et muscle sont si rétractés qu'il est impossible de songer à rapprocher les parties pour les réunir directement.

Une première opération de suture directe sur le muscle n'a donné qu'un résultat incomplet, et l'échec a été dû probablement à ce que l'on n'a pu faire sur les parties, sans point d'appui solide du côté du muscle, de traction suffisante.

M. Championnière place dans le triceps, au-dessus de la rupture, un gros fil d'argent double faufilé dans le muscle au-dessus du tendon et perpendiculairement aux fibres musculaires. Cela constitue une sorte de barrière fixe intramusculaire.

Deux gros fils d'argent parallèles sont passés dans la rotule et vont tourner, dans le muscle, autour de cette barrière.

Puis ces deux fils sont bien serrés et tendus d'un point fixe osseux, la rotule, au point fixe musculaire (*la barrière d'argent*).

Dans l'intervalle des fils métalliques tous les débris tendineux et musculaires sont réunis entre eux par des catguts placés avec soin. Ces parties ne subissent point de traction. L'opéré est placé dans une gouttière *sans appareil d'immobilisation*. Le quatrième jour au premier pansement le membre est mobilisé. Ce sujet a quitté l'hôpital au bout d'un mois.

Il est revu et soumis à la radiographie au bout de sept mois passés.

La réparation musculaire est parfaite. Il marche sans boiterie sur un membre parfaitement puissant; et tous les mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse s'accomplissent aussi complètement qu'on puisse le souhaiter.

La radiographie nous apprend que la réparation musculaire a été bien complète et que la fonction de résistance qui, au début, a appartenu aux fils d'argent ne leur appartient plus. Les fils ont bien séjourné dans les tissus sans inconvénient aucun. Mais ces fils présentent l'un *deux* et l'autre *trois* ruptures.

Ces ruptures sont probablement de date assez récente. Elles ne résultent pas de l'effet des tractions, sans cela une seule rupture se serait produite. Elles résultent probablement du séjour prolongé du fil d'argent dans les tissus et de leur altération par les liquides de l'économie.

Cette observation montre que les fils ont persisté pendant une période parfaitement suffisante pour assurer la réparation des muscles. Mais si on voulait assurer la permanence des fils, il ne suffirait pas d'employer, comme M. Championnière l'a toujours fait, des fils d'argent très gros, il faudrait employer des fils de résistance plus grande, comme les fils de platine. Dans le cas actuel, du reste, le fil de platine avait été préparé et aurait dû être passé.

Le fait n'en est pas moins curieux et probant.

Il montre la tolérance des tissus pour un fil métallique subissant dans un muscle des tractions constantes et très énergiques. En nombre de circonstances, on trouvera là les éléments d'une *réparation à distance* qui, jusqu'ici, a été assez vainement recherchée par les chirurgiens. Le fil de platine indestructible s'associera dans la substance des tissus aux faisceaux musculaires, comme le fait le fil d'argent, pour un temps, et comme il a paru le faire définitivement chez beaucoup de sujets.

L'observation actuelle n'est que la suite de nombreuses opérations de réparations tendineuses et musculaires que M. Championnière a accomplies avec le gros fil d'argent :

Charnières métalliques établies entre deux fragments rotuliens impossibles à rapprocher et fonctionnant pendant des années;

Tendon sous-rotulien remplacé par deux fils métalliques parallèles et permettant, depuis plusieurs années, au sujet de faire un travail des plus pénibles;

Réunion directe des tendons tricipitaux au-dessus des deux genoux, chez un sujet qui marche admirablement depuis quatre années;

Enfin, placement d'un tendon rotulien temporaire chez un jeune sujet pour permettre la réunion du tendon rotulien arraché en totalité sur l'os.

Ces opérations, jointes à une centaine de cas de suture osseuse perdue avaient assez montré la tolérance des tissus pour le fil métallique; la restitution immédiate des fonctions des muscles réunis par les fils métalliques avait montré le parti que l'on en peut tirer pour la mobilisation immédiate des membres, sans laquelle le retour des fonctions musculaires et articulaires reste toujours problématique.

Les fils placés dans un muscle et tirant sur un point d'appui métallique pris dans le muscle constituent une opération nouvelle.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 avril 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### COMMUNICATIONS

**La vaccination en Tunisie.** — M. HERVIEUX donne lecture d'un travail de M. Loir, chef du service de la vaccine à Tunis, sur la nécessité d'appliquer l'obligation vaccinale aux colonies françaises. Dans ce travail, M. Loir montre les ravages que fait la variole dans la Tunisie. Non seulement elle est endémique dans la population indigène, mais les Européens eux-mêmes sont fortement frappés par le fait des contagions et de leur négligence à se faire revacciner. L'épidémie de variole, qui sévit depuis le mois d'octobre 1897, a causé à Tunis, en quatre mois, plus de 800 décès.

Pour que les Arabes consentent à se laisser vacciner, il faudrait d'abord qu'on obtînt des autorités religieuses

tunisiennes une déclaration affirmant que la vaccination n'est pas défendue par le Coran ; on arriverait facilement à obtenir cette déclaration. Il faudrait ensuite que le refus de vaccination fût puni de peines effectives, telles qu'une amende, et pour que ces peines ne soient pas illusoires, il importerait de rendre le village ou la tribu responsable des amendes encourues par chacun de ses membres. Grâce à ces mesures, on pourrait espérer voir diminuer, dans une grande proportion, la mortalité par variole, actuellement considérable en Tunisie.

M. LAVERAN signale une thèse soutenue à Bordeaux par un médecin arabe, le docteur Béchir-Dinguizli, dans laquelle il établit que la loi religieuse mahométane était loin de défendre la pratique de la vaccination. Notre confrère ne s'est pas contenté de ses recherches personnelles dans le Coran ; il a soumis la question aux marabouts de la grande mosquée de Tunis, tenue en grand honneur par les mahométans, et la réponse a été confirmative. C'est un fait de grande importance au point de vue de la généralisation de la vaccination en pays mahométan.

**Traitement du goitre chez les nouveau-nés par l'administration de l'alimentation thyroïdienne à la mère.** — M. CADET DE GASSICOURT donne lecture d'un travail de M. Mossé sur ce sujet. Il s'agissait d'une goitreuse de vingt-deux ans, de santé florissante, avec débilité intellectuelle marquée. Chez elle, il n'y avait pas de myxœdème. Le goitre formait une tumeur volumineuse.

L'enfant, âgé de trois mois, nourri au sein, portait un gros goitre.

Cet enfant, très chétif, malingre, cachectisé, ne présentait pas trace de myxœdème.

La mère fut soumise à l'absorption quotidienne d'extrait thyroïdien correspondant à 1gr50 de corps thyroïde.

Après un mois et demi, le goitre avait diminué chez la mère; mais c'était surtout chez l'enfant que la diminution était considérable. L'état général était redevenu très bon. Une seconde période de traitement un peu moins longue permit de faire complètement disparaître le goitre chez l'enfant, qui était devenu un bel enfant potelé au lieu d'être le petit avorton souffreteux d'avant le traitement. Le goitre de la mère avait encore diminué également.

D'après l'auteur, ce serait là le premier exemple de la transmission de la mère à l'enfant, au moyen de l'allaitement, de l'influence médicamenteuse thyroïdienne.

#### ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national (troisième division). M. Baillet a été élu à l'unanimité.

La séance est levée.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 avril 1898 (*fin*). — Présidence de M. BERGER.

#### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PSYCHOSES CHIRURGICALES

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle qu'on a dit et écrit que l'ablation de l'utérus et des annexes pouvait amener la folie. Kiew (d'Édimbourg) avait écrit qu'un tiers des ovariectomisées devenaient folles. Il est vrai que, peu de temps après, il préconisait le traitement des fibromes par l'électrisation. La vérité est que, si l'on examine attentivement les faits de folie postopératoire, on voit qu'il y a toujours eu chez ces malades des antécédents d'aliénation mentale.

M. Championnière relate plusieurs observations : c'est d'abord une jeune femme à laquelle il enlève les deux ovaires pour ovarite double suppurée. Elle guérit très bien. Trois mois après, elle est prise d'hallucinations, elle manifeste le désir d'assassiner les gens qui se sont occupés de son opération. Renseignements pris, on apprend que cette malade avait été enfermée pendant deux ans dans une maison d'aliénés, bien avant son opération.

La seconde observation a trait à une femme de trente ans qui avait subi une ovariectomie double. Pendant sa convalescence, elle fut prise de manie aiguë. Elle a dû être internée pendant six semaines. Cette femme était une déséquilibrée, une bizarre.

Le troisième fait se rapporte à une femme opérée, à Saint-Louis, en 1893, d'une tumeur très volumineuse. L'opération fut faite par le vagin. Elle fut longue, laborieuse et incomplète. Six semaines après, cette malade fut prise de manie aiguë avec des accidents cérébraux graves. Ces accidents durèrent du mois de septembre au mois d'avril. M. Lucas-Championnière n'avait pu enlever ni l'utérus, ni les annexes. Elle guérit de sa manie aiguë. Il put alors l'opérer complètement et depuis elle n'a plus jamais été folle. Cette malade avait une sœur enfermée dans un asile d'aliénés. Il est certain qu'il est des malades chez lesquels un traumatisme quelconque peut être l'occasion du retour de troubles mentaux. Il s'agit toujours, dans ces cas, de sujets prédisposés. On n'a pas encore vu d'exemples de femmes bien saines d'esprit, bien équilibrées, devenir folles à la suite d'une opération sur les organes génitaux. On a vu, au contraire, des femmes très agitées, presque folles au moment de leurs règles, devenir calmes et se trouver très améliorées après l'ablation des annexes. Il est parfaitement certain pour M. Lucas-Championnière que la folie hystérique peut se trouver très atténuée après l'ablation des ovaires.

#### COMMUNICATIONS

**De la pancréatite suppurée.** — M. GUINARD fait une communication sur ce sujet.

M. TUFFIER se demande s'il s'agit bien, dans les faits de M. Guinard, de pancréatite. Rien ne prouve, en effet, que ce soit le pancréas qui soit le point de départ des accidents.

#### PRÉSENTATIONS

**Ganglion de Gasser.** — M. GUINARD présente un malade auquel il a enlevé le ganglion de Gasser.

**Ostéotomie sous-trochantérienne.** — M. SCHWARTZ présente un malade qui était atteint de coxalgie avec luxation pathologique de la hanche, auquel il a fait une ostéotomie sous-trochantérienne. Le résultat obtenu est très satisfaisant. Les soins consécutifs qui ont consisté dans la traction continue, à l'aide de l'appareil de M. Hennequin, ont été pour beaucoup dans ce résultat.

M. MICHAUX dit avoir obtenu de bons résultats dans deux cas analogues par l'ostéotomie sous-trochantérienne.

M. KIRMISSON insiste sur la mobilisation de la néarthrose dans ces cas. On ne s'attendrait pas à obtenir une pareille mobilisation.

**Varices.** — M. SCHWARTZ présente un malade qui était atteint de varices, auquel il a enlevé la saphène du haut en bas.

M. PICQUÉ a pratiqué la même opération sur une jeune fille et a obtenu un excellent résultat.

**Lymphangiome.** — M. LEJARS présente un lymphangiome kystique de l'aisselle droite.

La séance est levée.

## CORRESPONDANCE

Paris, le 8 avril 1898.

Monsieur le directeur de la *Gazette des hôpitaux*,

Les internes en médecine de la Pitié vous seraient très reconnaissants de bien vouloir insérer la petite note suivante qui n'est, comme vous pourrez le voir, dictée que par un juste sentiment d'indignation. Nous n'en finirons jamais avec l'Assistance publique.

Mardi dernier mourait à la Pitié, dans un affreux recoin aménagé à la hâte en chambrette, un malheureux garçon qui avait été interne des hôpitaux de Paris. M. X..., ancien interne, ancien chef de clinique, n'était point de ceux cependant à qui l'internat avait ouvert la porte de la fortune et des honneurs.

Tout autre qu'un fonctionnaire trouverait à s'apitoyer sur le sort de ce courageux et de ce savant, à qui toute une jeunesse de dévouement et de labeur n'a pu assurer un autre asile pour y mourir.

L'Association des anciens internes, les salles de garde de Paris, celle en particulier de la Pitié, où il est mort, la Faculté de médecine où il continuait, malade, ses fonctions de préparateur d'histologie, les Sociétés savantes auxquelles il appartenait, se sont fait un devoir d'assurer à M. X..., non les funérailles qu'il méritait, mais au moins les égards que commandait une aussi douloureuse fin.

Tel n'a pas été l'avis de l'administration de l'Assistance publique, à laquelle il avait consacré, pendant ses quatre années d'internat, un dévouement qui avait achevé de ruiner sa frêle santé.

Après avoir reçu son refus de participer dans aucune mesure aux obsèques d'un ancien interne, ses collègues se sont vus refuser par M. Jolly, directeur de la Pitié, et M. Voirin, l'économe, la paire de draps nécessaires à ensevelir leur mort.

Nous ne doutons pas que le bien des pauvres, dont on parle avec tant d'emphase, soit inaliénable et sacré; mais nous pensons que l'interne qui fut plus que tout autre le médecin des misérables a quelque droit, s'il meurt pauvre, à en prendre sa part sous forme d'un linceul.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de notre considération distinguée.

LES INTERNES DE LA PITIÉ.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 avril 1898, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur M. Abbatucci, médecin de deuxième classe de la marine; sept ans de services, dont un an huit mois aux colonies; une campagne de guerre. Faits de guerre au Soudan. S'est particulièrement distingué à l'affaire de Diagourou (Soudan), non seulement en soignant les blessés sous le feu au milieu d'une section de tirailleurs pour les encourager par son exemple, mais encore en s'improvisant ensuite canonnier servant pour aider l'officier d'artillerie à bout de forces.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er avril 1898, est approuvée la délibération du 28 mars 1898 suivante du conseil de l'Université de Paris :

« Le diplôme de docteur de l'Université de Paris est délivré, dans les formes prévues par le décret du 21 juillet 1897, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études et de subir leurs examens à la Faculté de médecine de Paris, avec dispense du grade de bachelier.

L'article 15 du décret du 21 juillet 1897 est ainsi conçu : « En dehors des grades établis par l'État, les universités peuvent instituer des titres d'ordre exclusivement scientifique. — Ces titres ne confèrent aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements, et ne peuvent en aucun cas être déclarés équivalents aux grades. — Les études et les examens qui en déterminent la collation sont l'objet d'un règlement délibéré par le conseil de l'Université et soumis à la section permanente du conseil supérieur de l'Instruction publique. — Les diplômes sont délivrés, au nom de l'Université, par le Président du conseil, en des formes différentes des formes adoptées pour les diplômes délivrés par le gouvernement. »

— M. le médecin de première classe Castellan (H.-L.), médecin-major au 2e régiment d'artillerie de marine à Cherbourg, est destiné aux troupes à Madagascar, en remplacement de M. le docteur Guilloteau, qui a terminé la période réglementaire de séjour colonial et qui est affecté au 2e régiment d'artillerie à Cherbourg.

— *Agrégation des Facultés de médecine.* — Sont admis à prendre part au concours d'agrégation qui doit s'ouvrir à Paris, le 16 mai 1898, pour six places d'agrégés des facultés de médecine (section des sciences physiques et chimiques et de pharmacie) :

ACADÉMIE D'ALGER. — M. Sambuc (Camille-Victor-Théophile), né le 28 mai 1859, docteur de la Faculté de Montpellier (Lyon et subsidiairement les autres facultés, chimie).

ACADÉMIE DE LYON. — MM. Bordier (Léonard-Henry), né le 9 février 1863, à Blanzac (Charente), docteur de la Faculté de Bordeaux (Lyon, physique). — Martz (Jacques-François-Frédéric), né le 27 août 1871, à Chalon-sur-Saône, docteur de la Faculté de Lyon (Lyon, chimie).

ACADÉMIE DE MONTPELLIER. — M. Bertin-Sans (Henri-Jules), né le 30 mars 1862, à Montpellier, docteur de la Faculté de Montpellier, physique).

ACADÉMIE DE NANCY. — M. Leroy (Claude-Jules-Arthur), né à Épinal, le 26 janvier 1851, docteur de la Faculté de Paris (Lyon, physique).

ACADÉMIE DE PARIS. — MM. Broca (Élie-André), né le 2 novembre 1863, à Paris, docteur de la Faculté de Paris (Paris, physique). — Desgrez (Alexandre), né le 15 juillet 1863, à Bannes (Haute-Marne), docteur de la Faculté de Paris (Paris, chimie). — Fiquet (Edmond-Raoul), né le 23 juillet 1864, à Forges-les-Eaux, docteur de la Faculté de Paris (Paris et subsidiairement Lyon, chimie). — Mergier (Guillaume), né le 20 juin 1862, à Mauzens-et-Miramont, docteur de la Faculté de Paris (Paris et Lyon, physique). — Pottevin (Jean-Henri-Marie), né le 7 mai 1865, aux Cabannes (Tarn), docteur de la Faculté de Paris (Paris et subsidiairement Lyon, chimie). — Régnier (Raoul-Louis-Auguste), né le 10 décembre 1861, à Paris, docteur de la Faculté de Paris (Paris, physique). — Schmitt (Léon-Charles), né le 18 septembre 1872, à Strasbourg (Paris, Lyon, chimie). — M. Schmitt est inscrit sous la réserve qu'il produira le diplôme de docteur en médecine le jour de l'ouverture du concours.

ACADÉMIE DE TOULOUSE. — M. Gérard (Ernest-Hippolyte), né le 23 février 1863, à Mouy (Oise), docteur de la Faculté de Toulouse (Toulouse, pharmacie).

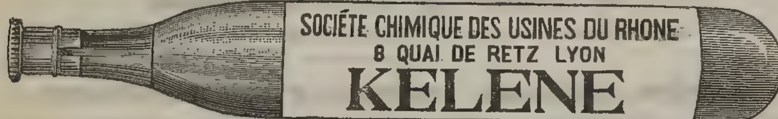
Le jury de ce concours est actuellement composé de : MM. Gautier, président; Gariel, Pouchet, Bouchardat (de Paris), Imbert (de Montpellier), Hugounencq (de Lyon), Bergonié (de Bordeaux), juges titulaires; Riche, Weiss, Hanriot et André (de Paris), juges suppléants.

— L'École dentaire française (25, boulevard Saint-Martin) reprendra ses cours théoriques et pratiques, pour le semestre d'été, le 18 avril 1898.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE


SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8 QUAI DE RETZ LYON
KELENE

N° 44. — SAMEDI 16 AVRIL 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 16 AVRIL 1898. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SUR UN CAS D'OSTÉOMYÉLITE ATTÉNUÉE DU PUBIS

QUELQUES MOTS SUR LES OSTÉOMYÉLITES DE CETTE PORTION DU SQUELETTE DU BASSIN,

Par A. DEMOULIN, chirurgien des hôpitaux de Paris.

J'ai observé, au mois de décembre de l'année 1895, chez un jeune garçon de treize ans, une ostéomyélite atténuée du pubis droit. Le diagnostic put être établi, grâce aux commémoratifs que je vais rapporter et aux symptômes locaux, sur lesquels j'insisterai. Mes recherches ne m'ont pas permis de trouver des cas analogues dans la littérature médicale; c'est donc une forme d'ostéomyélite du pubis à ajouter à celles déjà connues et qui ont été bien étudiées dans un mémoire de Secheyron, publié dans les *Archives générales de médecine* de 1888, mémoire intitulé : « De l'ostéomyélite du pubis, » et aussi dans la thèse de Gouilloud (Lyon, 1883).

Voici, succinctement rédigée, l'observation de mon malade :

L... (Henri), treize ans, élève au collège Rollin, d'une bonne constitution, un peu trop chargé de graisse pour son âge, issu d'un père arthritique qui a cependant eu de proches parents ayant succombé à la diathèse tuberculeuse (méningite, coxalgie), et d'une mère bien portante, a été pris, au mois de juin de l'année 1895, sans cause appréciable, de douleurs vagues dans les membres (zones juxta-épiphysaires) et surtout dans la région du pubis, douleurs qui ont nécessité quelques jours de repos. Au mois d'août de la même année, pendant les vacances scolaires, l'enfant, après s'être livré à de longues courses et à des exercices physiques assez violents, fut pris, nous dit son père, de légers accidents fébriles, coïncidant avec une augmentation très rapide de la taille. Il y eut, en un mot, *fièvre de croissance*. Vers le 10 septembre, les douleurs pubiennes se montrèrent de nouveau, avec plus d'intensité cette fois, et le malade, incapable de marcher, dut prendre le lit pendant une dizaine de jours; après quoi, il put marcher de nouveau et rentra au collège le 1er octobre. Quelques jours après, les douleurs pubiennes revinrent pour la troisième fois, plus violentes que jamais, à la suite d'un coup porté sur la région, et le malade dut reprendre le lit. Deux chirurgiens furent appelés : l'un semble, d'après les prescriptions qu'il laisse par écrit, craindre une tumeur blanche de la symphyse pubienne; l'autre pense à une ostéomyélite et redoute la suppuration. Tous deux prescrivent le repos au lit; et le médecin traitant applique des pointes de feu au-devant du pubis. Malgré tout, l'enfant, qui ne souffre point lorsqu'il est couché, refuse, un mois encore après le début du traitement, de se tenir debout et de faire un pas.

Je suis appelé le 5 novembre 1895, et je me trouve en présence d'un malade fort et vigoureux, sans fièvre, se plaignant d'une douleur vague au niveau des pubis. Il est couché sur le dos, les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin; quand on cherche à les étendre, on détermine une douleur assez vive au niveau du pubis droit, et le malade refuse absolument de s'asseoir dans son lit, parce qu'alors la douleur pubienne se montre encore, comme quand on met les cuisses, la droite principalement, dans l'extension. La situation debout est très pénible, le malade se courbe en avant quand il est levé, appuyant ses mains sur le pubis; la marche est absolument impossible.

A l'inspection, on ne découvre rien d'anormal dans la région pubienne. Le palper de sa face antérieure amène une douleur peu accusée au niveau de la symphyse, mais assez vive au niveau du corps du pubis droit et de sa branche descendante. L'embonpoint de notre jeune malade ne permet pas de saisir une différence entre le volume du pubis droit et celui du côté gauche.

Le toucher rectal est fort instructif; il permet de reconnaître : 1° une douleur très vive à la pression, sur la face postérieure du corps du pubis droit et de sa branche descendante; 2° aux mêmes points, une tuméfaction dure, très appréciable, si on explore comparativement le pubis gauche.

Quand on exerce une pression transversale sur le bassin, on détermine de la douleur pubienne, mais elle se manifeste surtout au niveau de la symphyse.

Notre malade a des *envies fréquentes d'uriner* et se plaint d'une sensation de brûlure à l'extrémité du gland, une fois la miction accomplie; il n'y a ni phimosis, ni balanite, capables d'expliquer ces symptômes, et il est rationnel de les rapporter à l'inflammation pubienne. Les urines sont d'ailleurs en quantité normale, l'analyse n'y révèle aucun élément pathologique.

En présence du tableau symptomatique devant lequel je me trouvais et que je résume rapidement :

Croissance rapide, — douleurs pubiennes spontanées, persistantes, accrues par la pression au niveau du pubis droit, — constatation très nette, par le toucher rectal, d'une tuméfaction dure, certainement de nature osseuse, au niveau de la face postérieure du corps du pubis droit et de sa branche descendante, — le diagnostic d'*ostéomyélite atténuée du pubis, chronique d'emblée dans sa marche*, me parut s'imposer.

Je prescrivis le repos au lit, comme mes confrères, et surveillai le malade pendant un mois; il ne présenta pas de fièvre, la tuméfaction pubienne ne changea pas de caractère; au bout de ce temps, la station debout et la marche restaient impossibles, alors la douleur pubienne se montrait, surtout au niveau de la symphyse qui, très probablement, devait être impressionnée par l'inflammation du pubis droit.

Je résolus alors d'immobiliser le bassin par un appareil silicaté. Dès le lendemain de son application, le malade pouvait se tenir debout sans douleurs, faire quelques pas avec des béquilles, bientôt remplacées par des cannes. Au bout d'un mois, l'appareil fut levé, le malade pouvait se tenir debout sans souffrances, mais accusait encore quelques douleurs quand il marchait; application pendant trois semaines d'un nouvel appareil, plus léger que le premier, puis substitution à ce second silicaté, d'une ceinture élastique avec sous-cuisses, embrassant bien le bassin. A la fin d'avril, suppression de tout appareil, le malade marchait normalement.

La palpation du pubis droit, de la symphyse, était indolore; le toucher rectal montrait une hyperostose fort appréciable de la face postérieure de l'os et de sa branche descendante. J'ai revu le malade en janvier 1897, il est resté guéri, et l'hyperostose du pubis m'a paru très faible, à peine appréciable, ce qui, soit dit en passant, n'est point la règle dans l'évolution des ostéomyélites.

A côté de cette forme atténuée d'ostéomyélite du pubis, il en existe deux autres qui ressortent des rares observations publiées : 1° une forme suraiguë, dans laquelle on ne fait pas de diagnostic, les symptômes généraux prédominent, et l'infection emporte le malade avant que les manifestations locales aient eu le temps de se montrer; 2° une forme aiguë, où l'infection générale est moins sévère, laisse aux abcès le temps de se former et où les symptômes locaux permettent de faire le diagnostic.

Je résumerai très rapidement les notions acquises sur les ostéomyélites primitives du pubis, c'est-à-dire sur les inflammations de cette portion du squelette, indépendantes de toute lésion de voisinage.

Les os plats et les os courts sont, comparativement aux os longs, très rarement atteints d'ostéomyélite. L'os iliaque est, d'après le professeur Lannelongue et son élève Fleury (1), celui de tous les os plats qui est le plus rarement intéressé; encore est-il que, dans ce cas particulier, les différentes portions constituantes de l'os iliaque sont très inégalement affectées : « Dans vingt observations que nous avons recueillies, nous n'avons trouvé que *trois fois le pubis* atteint, deux fois seulement l'ischion; toutes nos autres observations attribuent la lésion à l'ilium » (Fleury).

Chacun sait que l'ossification du pubis, seul en cause dans ce travail, se fait par un point primitif, qui apparaît vers la fin du quatrième mois de la vie intra-utérine, après ceux de l'ilium et de l'ischion, et que ce point, se bifurquant pour ainsi dire, forme les branches pubiennes : branche descendante, qui se réunira plus tard, vers l'âge de douze à quatorze ans (Sappey), à la branche ascendante de l'ischion, branche horizontale qui se dirige vers le cotyle, dont elle forme la partie inférieure et interne. Là, dans la cavité cotyloïde, le point pubien et le point ischiatique se soudent vers l'âge de douze à treize ans. Mais le point pubien reste séparé du point iliaque, au niveau de l'arrière-fond du cotyle, par un point d'ossification complémentaire, qui, pendant une période assez longue, reste indépendant. Ce point décrit par Albinus, c'est le *quatrième os coxal*, l'*os acétabulaire* ou *cotyloïdien*, de Rambaud et Renault. « Bien développé chez les mammifères, l'os cotyloïdien apparaît vers l'âge de douze ans, sous forme d'un prisme allongé; il se confond avec les os voisins vers l'âge de dix-huit ans. Sa persistance a été observée chez l'adulte » (Poirier). Il y a donc, jusqu'à la puberté et même au delà, pour le pubis, des zones non ossifiées, encore voisines des cartilages de conjugaison, analogues au bulbe des os longs, et qui sont capables de s'enflammer comme lui, jusqu'au moment de la soudure du pubis avec les os voisins. Aussi, conçoit-on que les ostéomyélites pubiennes se montrent surtout avant la puberté, d'où une première classe d'*ostéomyélite pubienne pré-pubertique* [Gouilloud (1), Ollier (2)]. [Les ostéomyélites prépubertiques sont surtout péri-cotyloïdiennes et intra-cotyloïdiennes, Ollier.]

Mais le pubis achève son développement par des points complémentaires, l'un pour l'épine qui se montre à dix-huit ans et se soude très rapidement; l'autre pour l'angle, qui apparaît de dix-neuf à vingt ans et se soude de vingt et un à vingt-deux ans; enfin, il y a encore un point complémentaire formant l'épiphyse marginale du bord inférieur de l'os; ce point, né de l'ischion, remonte progressivement sur les branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis, et ne se soude au reste de l'os que de vingt à vingt-quatre ans. Il y a donc une deuxième période d'ossification du pubis, période post-pubertique, dans laquelle s'achève le développement de cette portion de l'os iliaque, et où des symptômes d'inflammation osseuse primitive peuvent encore s'observer; il s'agit d'*ostéomyélites post-pubertiques*.

Ces dernières sont beaucoup moins fréquentes que les ostéomyélites pré-pubertiques ou pubertiques. Sur 9 cas dont nous avons les observations sous les yeux (elles sont empruntées au mémoire de Secheyron), et où les lésions ont été constatées, soit par l'intervention, soit à l'autopsie, on voit que les malades avaient, lors de la première atteinte du mal : l'un neuf jours, un autre neuf ans, deux dix ans, un autre encore douze ans, un dernier treize ans. Pour ceux qui avaient dépassé l'âge de la puberté nous relevons : vingt ans, vingt-deux ans, vingt-huit ans; mais ce dernier se présentait à l'observation du chirurgien pour des fistules du pli génito-crural. Il s'agissait d'une *ostéomyélite prolongée*, ainsi que l'intervention l'a montré : malheureusement l'observation est muette sur l'âge auquel la maladie a débuté. Il n'y a donc rien, ici, qui soit en désaccord avec les données, rapportées plus haut, sur l'ossification du pubis.

Les *causes* de l'ostéomyélite pubienne ne sont pas mieux connues que celles de l'ostéomyélite des os longs, le surmenage physique se trouve noté dans quelques cas.

Les *lésions* observées sont celles de toute ostéomyélite, nous n'avons pas à les décrire. Ici, c'est le pubis tout entier, corps et branches, qui est intéressé; là, seulement la branche descendante; dans un autre cas, la face postérieure de l'os est seule malade : on y trouve, à une période éloignée du début de l'affection, des séquestres mobiles. Quelquefois, la symphyse pubienne est envahie par le pus; d'autres fois, il y a un abcès dans l'articulation coxo-fémorale; et,

(1) FLEURY. *De l'ostéomyélite de l'os iliaque*, Th. de Paris, 1885-1886.

(1) GOUILLOUD. *Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement*, Th. de Lyon, 1883.

(2) OLLIER. *Traité des résections*, t. III, p. 921.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



---

Paris, le 18 avril 1898.

A l'unanimité les membres de la deuxième section du Conseil supérieur de l'Assistance publique se sont élevés contre l'admission des malades aisés dans les hôpitaux.

Une addition à la note de l'article 26 du projet de règlement intérieur des hôpitaux ou hospices, a été formulée de la façon suivante :

« Les hôpitaux peuvent recevoir dans les locaux *spéciaux* et moyennant un prix suffisamment rémunérateur pour que le bien des pauvres ne puisse pas être compromis :

1° Des malades atteints de maladies contagieuses soit étrangers à la commune, soit appartenant à la commune; mais logés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent être soignés à domicile utilement pour eux-mêmes et sans péril pour autrui ;

2° Des malades étrangers de passage, atteints de maladies soit chirurgicales, soit médicales, *lorsqu'il n'existe pas dans la commune de maison de santé.* »

Aujourd'hui où la lutte pour la vie devient de plus en plus dure pour la corporation médicale, la suppression de ces abus devient une nécessité. A maintes reprises, nous avons ici discuté cette question. Le Conseil supérieur de l'Assistance publique vient de reconnaître la justesse de notre réclamation; mais le mal est encore plus grand qu'il ne se l'imagine, car le bien des pauvres est gaspillé au profit de malades, qui peuvent et rémunérer leur médecin et ne pas vivre aux dépens de l'Assistance publique. Une réforme des plus urgentes s'impose donc. Les syndicats médicaux ont plusieurs fois déjà protesté contre ces criants abus. Nous les aiderons dans la juste campagne qu'ils ont entreprise, en montrant combien le principe de l'hôpital aux seuls indigents est constamment violé aux dépens des droits sacrés des nécessiteux et au détriment du corps médical tout entier.

---

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Richardière communique à la Société la **statistique de la diphtérie à l'hôpital Trousseau**, celle qui porte sur le premier semestre et sur les deux derniers mois de l'année; elle comprend 696 malades, avec une mortalité de 125, soit une mortalité totale de 17,9 p. 100. Si on retranche 31 cas de mort survenus moins de vingt-quatre heures après l'entrée à l'hôpital, le chiffre de la mortalité tend à s'abaisser et tombe à 13,5 p. 100. On peut catégoriser ainsi qu'il suit, les cas de diphtérie suivant le traitement employé :

1° 433 cas de diphtéries non opérées donnent 4,1 p. 100;

2° 172 tubés : 47 morts, soit 27,2 p. 100;

3° 11 cas trachéotomisés primitivement : 5 morts, soit 45,4 p. 100;

4° 56 cas de trachéotomie secondaire après tubage : 11 enfants ont seulement survécu.

La cause de la mort des enfants opérés a presque toujours été la broncho-pneumonie.

Après les interventions opératoires, le traitement a consisté à peu près exclusivement dans les injections de sérum antitoxique. Au-dessus de deux ans, les enfants ont reçu des injections de 20 centimètres cubes. Entre un an et deux ans, la dose a varié de 10 à 15 centimètres cubes. Au-dessous de un an, elle a été de 10 centimètres cubes. Comme traitement local, on a utilisé de grands lavages à l'eau bouillie de la gorge et du nez. Dans les cas graves, les lavages ont été faits avec des solutions de permanganate de chaux à 1 p. 4000.

M. Richardière rapporte qu'il a observé 19 cas de paralysies diphtériques; ce furent les complications les plus fréquentes. Enfin, les examens bactériologiques ont montré que presque toujours les bacilles de Lœffler étaient accompagnés d'autres espèces microbiennes : streptocoques, staphylocoques, cocci divers, tétragènes...

MM. Bezançon et Griffon attirent l'attention sur un fait intéressant à savoir, la **présence constante du pneumocoque à la surface de l'amygdale**. Nous reproduisons *in extenso* cette communication. (Voir plus loin, p. 414.)

M. Hayem désire attirer l'attention sur les **effets produits par l'usage prolongé ou très fréquemment renouvelé des alcalins**; il a vu que l'emploi à doses élevées et longtemps prolongé du bicarbonate de soude déterminait chez certains

sujets la plus forte hyperchlorhydrie qui se puisse observer. Ce qui revient à dire que : *les alcalins et notamment les bicarbonates de soude paraissent être les agents provocateurs les plus puissants de l'hyperchlorhydrie typique.* Il convient d'ajouter que les alcalins agissant plus par absorption que par effet topique, les eaux minérales sont peut-être encore plus nocives que le bicarbonate de soude en nature, bien que la dose de celui-ci prise par les malades soit généralement très supérieure à celle que renferme les eaux minérales, même lorsqu'elles sont employées avec abus.

En résumé : 1° l'hyperchlorhydrie paraît être la conséquence plutôt de l'élimination du sel alcalin que de son effet direct sur l'appareil glandulaire ; 2° les alcalins tendent toujours à exagérer le type chimique primitif.

L'insuffisance glycolytique, trouble de la nutrition qui consiste dans l'impossibilité, pour les tissus, de fixer et d'utiliser la glucose, et qui se reconnaît au moyen de l'épreuve de la glycosurie par injection sous-cutanée, ne caractérise aucune maladie d'une façon exclusive. MM. Achard et Weil l'ont rencontrée cinq fois dans la cachexie tuberculeuse, deux fois dans la cachexie cancéreuse, une fois chez un asystolique, une fois, et très nettement, chez un hystérique, une fois chez un myopathique, dans un cas de myxœdème, et chez un sujet atteint de paralysie infantile très étendue. Ce trouble de la nutrition existe donc dans des maladies multiples.

---

## PRÉSENCE CONSTANTE DU PNEUMOCOQUE

### A LA SURFACE DE L'AMYGDALE

Par MM. F. Bezançon et V. Griffon.

(*Travail du laboratoire de M. le professeur Landouzy à l'hôpital Laennec, et du laboratoire de M. le professeur Cornil à la Faculté.*)

Il est de notion courante que le pneumocoque peut être rencontré dans la gorge en dehors de tout état pathologique, en qualité de simple saprophyte. N'est-ce pas chez un enfant indemne de toute lésion pneumonique que Pasteur a découvert le microbe à auréole de la septicémie salivaire, qui devait être plus tard identifié avec le pneumocoque?

Frænkel, Wolf, Fatichi, Biondi (1) ont signalé la présence, relativement fréquente, du pneumocoque dans la salive de sujets normaux ; si l'on analyse leurs 85 observations d'inoculations à la souris de salive de personnes saines ou de malades non atteints de pneumonie aiguë, on ne trouve qu'un total de 13 infections expérimentales, soit une moyenne de 15 p. 100.

Les recherches de M. Netter (2) nous ont conduits à cette conception, aujourd'hui classique, que l'inoculation de la salive de 20 p. 100 des individus non pneumoniques détermine une septicémie pneumococcique expérimentale. La fréquence du pneumocoque dans la bouche est encore plus grande s'il s'agit d'anciens pneumoniques, et M. Netter a trouvé, dans ces conditions, la salive virulente 4 fois sur 5 inoculations.

En substituant à la pratique de l'inoculation massive de salive la méthode de la culture du mucus amygdalien dans un milieu électif pour le pneumocoque, nous sommes arrivés à cette conclusion que la notion classique de *fréquence* doit être remplacée par la notion de la *constance* du pneumocoque dans la gorge normale ou pathologique.

Le milieu de culture qui nous a permis de déceler le pneumocoque dans toutes les gorges que nous avons analysées est le *sérum de lapin jeune*, milieu d'élection que nous avons récemment préconisé pour le diagnostic du pneumocoque (1). Nous insistons sur ce point que le lapin fournisseur du sérum était toujours très jeune, âgé de deux mois par exemple, d'un poids de 1400 à 1700 grammes environ. Dans les cas où nous avons voulu utiliser le sérum de lapin adulte ou vieux, le résultat a été souvent négatif : le pneumocoque ne poussait pas dans ce milieu moins favorable. L'ensemencement de la même gorge dans un tube de sérum de lapin jeune donnait, par contre, un développement constant d'abondants pneumocoques.

La technique a été la même pour toutes les gorges à étudier : on prélève à l'aide d'une pipette stérilisée chez l'adulte, d'un fil de platine recourbé en anse chez l'enfant, une parcelle de mucus à la surface d'une des amygdales ; on ensemence aussitôt dans 2 centimètres cubes de sérum de lapin jeune et l'on porte à 37 degrés. Au bout de vingt-quatre heures, le milieu est trouble, d'autant plus que le lapin fournisseur de sérum est plus jeune ; il se forme un dépôt pulvérulent. L'examen au microscope, après coloration prolongée au bleu phéniqué de Kuhne, de cette culture, permet de voir en plus ou moins grande abondance des diplocoques nettement encapsulés, à côté de longues chaînettes de streptocoques sans capsule, et parfois d'autres bactéries ; au bout de quarante-huit heures, les pneumocoques sont encore plus abondants et les capsules plus apparentes ; si l'on repique les couches superficielles de cette culture première sur un nouveau tube de sérum de lapin jeune, on a le pneumocoque presque à l'état de pureté. On inocule, à une souris jeune, de 10 à 20 grammes, 1 centimètre cube environ de la culture, sous la peau de la queue ; la mort survient dans les vingt-quatre heures, exceptionnellement dans les quarante-huit heures seulement. A l'autopsie de l'animal, on pratique des frottis des différents organes, du foie et de la rate principalement. Toujours, nous avons pu colorer des diplocoques encapsulés, restant colorés par le Gram. Les pneumocoques sont rarement assez nombreux dans le sang du cœur pour être décelés par l'examen direct ; mais l'ensemencement en sérum de lapin, pratiqué toutes les fois, donne naissance à une abondante culture de pneumocoques encapsulés. Le réensemencement de cette culture à la surface de la gélose complète la série des manipulations ; il permet de constater l'état de pureté ou d'association du pneumocoque dans le sang de la souris inoculée.

Par ce procédé expérimental, nous avons analysé quarante gorges d'individus non pneumoniques, pris dans les conditions les plus variées : dans les milieux hospitaliers, dans les laboratoires, en dehors de toute cause de contamination, à tous les âges, à l'état normal, à l'état pathologique, etc. Les sujets qui ne présentaient pas une santé parfaite étaient atteints de rhumatisme articulaire aigu, tabes, grippe, coqueluche, athrepsie, méningite tuberculeuse, amygdalite aiguë, syphilis secondaire de la gorge ;

---

(1) In Netter. *C. R. de la Soc. de biol.*, 29 oct. 1887, p. 611.

(2) Netter. *Bulletin méd.*, 1er mai 1887, p. 281. — *C. R. de la Soc. de biol.*, 29 oct. 1887, p. 611. — *Rev. d'hyg.*, juin 1889. — *Traité de médecine* Charcot-Bouchard-Brissaud, t. IV, p. 862.

(1) F. Bezançon et V. Griffon. Milieu de diagnostic et milieu de conservation du pneumocoque, *C. R. de la Soc. de biol.*, 12 mars 1898, p. 303.

l'un était un vieillard de soixante ans atteint de fièvre typhoïde; plusieurs étaient des enfants, âgés de onze mois (paralysie radiculaire du plexus brachial), de dix-huit mois (eczéma généralisé), de trois semaines (ophtalmie purulente). Deux enfants bien portants avaient l'un un an et demi, l'autre trois mois et demi.

Dans tous ces cas, sans exception, nous avons rencontré le pneumocoque dans la gorge. Le streptocoque était constamment associé à lui et, dans quelques cas, nous avons pu isoler d'autres bactéries, le pneumobacille de Friedlander et le bacille pseudo-diphtérique entre autres.

Nous avons, d'autre part, ensemencé avec un résultat constamment positif quinze gorges de malades atteints de lésions pneumococciques. L'inoculation aux animaux réceptifs des crachats de cette catégorie de malades ne donne, d'après la statistique de M. Netter, que 37 inoculations positives sur 49.

Cette notion de la présence constante du pneumocoque dans la cavité bucco-pharyngée des sujets sains ou atteints d'affections diverses ne diminue en rien la valeur des constatations faites par nos devanciers sur les variations de fréquence du pneumocoque dans la salive des divers individus. Leurs recherches, faites dans des conditions d'expérience différentes des nôtres, aboutissent à des résultats différents, mais nullement contradictoires. Les travaux de M. Netter, en particulier, faits toujours dans les mêmes conditions chez des sujets sains ou atteints antérieurement de pneumonie, montrent que le pneumocoque n'existe que 1 fois sur 5 chez les individus sains, 4 fois sur 5 chez les anciens pneumoniques, en assez grande quantité et sans doute suffisamment virulent pour que l'inoculation de la salive de ces individus à la souris détermine une septicémie à pneumocoque.

Nos recherches ne mettent pas en question ces facteurs, quantité et virulence du pneumocoque, puisque, avec la technique employée par nous, n'y eût-il que quelques pneumocoques dans le mucus amygdalien, c'est-à-dire une quantité insuffisante pour tuer la souris par inoculation directe, ces quelques pneumocoques sont décelés par le milieu électif que nous avons employé, le sérum de lapin jeune.

Il n'est cependant pas indifférent de savoir que le pneumocoque est un microbe non seulement fréquent, mais constant, dans la bouche des individus sains ou malades.

Cela nous montre combien il faut être prudent pour porter le diagnostic d'affection bucco-pharyngée à pneumocoques; il ne suffira pas de montrer désormais, par la culture ou l'inoculation à la souris, qu'il y avait du pneumocoque dans la salive, l'exsudat ou les crachats; il faudra toujours examiner directement l'exsudat suspect et ne porter le diagnostic d'affection à pneumocoques, que lorsque 'examen direct aura démontré la présence d'un grand nombre de diplocoques encapsulés, se colorant par la méthode de Gram.

Le fait de la présence constante du pneumocoque, et d'un pneumocoque analogue à celui de la pneumonie, dans la cavité bucco-pharyngée est à rapprocher d'une constatation semblable, faite déjà par l'un de nous en collaboration avec M. F. Widal (1), la présence constante dans la cavité bucco-pharyngée du streptocoque, streptocoque analogue à celui de l'érysipèle ou du phlegmon.

Ainsi devient chaque jour plus rigoureuse la connaissance du saprophytisme de la plupart des germes pathogènes de l'homme, streptocoque, pneumocoque, staphylocoque, etc., qui, toujours présents dans la cavité bucco-pharyngée, nous menacent sans cesse et sont prêts, à la moindre défaillance de l'organisme, à envahir l'économie.

(1) F. Widal et F. Bezançon. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 mai, 1er juin et 27 juillet 1894.

---

## NOTE SUR LE PANSEMENT PICRIQUÉ

### APPLIQUÉ A L'ART VÉTÉRINAIRE

Par le docteur Paul Thiéry, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Une récente discussion à la Société de chirurgie prouve que l'accord des chirurgiens n'est pas complet en ce qui concerne les avantages du pansement picriqué dans le traitement des brûlures : c'est là une étude que nous nous proposons de reprendre prochainement pour chercher les causes d'opinions aussi divergentes, mais nous devons dire que nous sommes arrivé à cette certitude que ce pansement ne mérite point les reproches légers ou graves qui lui ont été adressés.

Pour l'instant, nous voudrions signaler une intéressante application du pansement picriqué à l'art vétérinaire.

Depuis plusieurs années, notre attention avait été éveillée par la coloration que présentent aux jambes de nombreux chevaux de la Compagnie des omnibus, et ayant eu récemment encore l'occasion d'observer ce fait, nous avons voulu savoir quand et dans quelles conditions ce pansement avait été institué.

Une petite enquête menée par notre élève M. Pinchon, avec un zèle et une complaisance dont nous le remercions, nous a permis de recueillir les données suivantes :

Au Jardin des Plantes, au Jardin d'acclimatation, le pansement n'a point été employé : des essais sont actuellement en cours, suggérés par M. Pinchon; nous en ferons connaître ultérieurement les résultats.

Dans les grands dépôts de cavalerie de la Compagnie des omnibus, le pansement picriqué est couramment employé, et l'un des vétérinaires les plus distingués de la Compagnie, M. Rossignol, affecté au dépôt du boulevard Bourdon qui ne compte pas moins de 700 à 800 chevaux, nous a donné les renseignements suivants : ils ont une grande valeur si nous ajoutons que ce praticien visite trois dépôts comprenant en totalité 2000 chevaux sur les 16000 qu'occupe la Compagnie au service de ses voitures.

L'acide picrique est employé par la plupart des vétérinaires de la Compagnie de leur initiative propre, et parce que, à la suite d'essais, ils en ont reconnu les avantages, sans qu'aucun article du règlement en prescrivît l'emploi.

L'introduction du pansement picriqué en art vétérinaire date de l'année 1895 environ. [Nous nous permettons de rappeler que nos premiers essais datent de plus de douze ans, ainsi que la vulgarisation de ce pansement au cours des conférences que nous avons faites dans les divers services auxquels nous avons été attaché, et que la première mention imprimée que nous en avons faite figure dans la thèse de notre élève Filleul (1894).]

En art vétérinaire, le pansement picriqué a supplanté le liniment oléo-calcaire; il est employé sous forme de solution à 10 p. 1000 en badigeonnages sur la partie malade. Nous pensons que le bain local, lorsqu'il est possible, serait préférable.

On l'applique surtout au traitement des excoriations, crevasses suppurées, brûlures à la forge et pointes de feu trop profondes. En ce qui concerne les excoriations produites par le harnais, on lui préfère le permanganate; nous pensons néanmoins que, dans ces cas encore, il produirait d'excellents résultats.

Les avantages qu'on lui reconnaît sont les suivants :

1° Il est d'un prix moins élevé que le pansement au liniment oléo-calcaire;

2° Pendant le pansement, les chevaux *ne donnent aucun signe de souffrance et paraissent ensuite soulagés « d'une façon évidente »*.

3° Le résultat obtenu est *plus rapide* qu'avec le liniment oléo-calcaire et ce pansement est *certainement plus efficace*.

4° On n'a jamais observé de troubles ou d'accidents quelconques pouvant être attribués à l'intoxication par l'acide picrique.

Ces avantages nous sont affirmés par un praticien distingué. Nous n'avons fait que les transcrire.

Ce sont là des résultats bien étudiés et importants. La critique plaisante serait facile si nous voulions en inférer que chez l'homme les résultats doivent être identiques. Nous nous garderons bien de le faire, nons réservant d'étayer notre conviction chirurgicale sur les applications de ce pansement à l'homme lui-même, mais il n'était pas absolument inutile d'inscrire ces résultats au dossier du pansement picriqué.

---

## NOUVELLES REMARQUES

### SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LA RÉSECTION COMPLÈTE DES GANGLIONS CERVICAUX SUPÉRIEURS DU SYMPATHIQUE

Par A. Chipault,

Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

Depuis que j'ai eu l'honneur d'attirer votre attention sur le traitement de l'épilepsie par la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique, un certain nombre de faits nouveaux, publiés ou inédits, sont venus à ma connaissance, et j'ai eu, d'autre part, l'occasion d'opérer, entre autres, deux malades dont l'histoire apporte une si éclatante confirmation à mes idées que je crois intéressant de l'exposer en quelques mots devant vous.

Comme ceux rappelés dans ma précédente communication, les faits nouveaux et non personnels que je dois tout d'abord vous signaler n'ont guère de commun, au point de vue chirurgical, que le siège sur le sympathique de l'intervention pratiquée : Jaboulay, qui publie dans le *Lyon médical* six interventions à ma connaissance inédites, a pratiqué la section simple du sympathique au-dessous du ganglion cervical supérieur, la sympathicotomie sous-ganglionnaire; Tuffier, dont Schapiro, dans sa thèse, rapporte une observation, a exécuté la résection du ganglion cervical moyen, la sympathicectomie moyenne; Ricard, qui publie dans la *Gazette des hôpitaux* une autre opération, a pratiqué la résection du ganglion cervical supérieur par la voie rétro-mastoïdienne, la sympathicectomie supérieure rétro-mastoïdienne, et me fait l'honneur d'attribuer à cette technique, que j'ai décrite le premier en 1894, le nom de classique; enfin Jonnesco, qui m'écrit avoir opéré 32 épileptiques, a préféré la résection totale des trois ganglions cervicaux, la sympathicectomie totale.

Ces 40 interventions nouvelles confirment absolument mes deux constatations :

1° La bénignité réelle des interventions sur le sympathique dans l'épilepsie : jointes aux 31 interventions de ma communication précédente, elles nous donnent un total de 71 faits sans incident ou accident opératoire.

2° La nécessité absolue, pour faire une intervention fructueuse, de comprendre parmi ses temps la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs, relai cellulaire des vaso-moteurs encéphaliques : 1 sympathicotomie sous-ganglionnaire, 1 sympathicectomie moyenne ont donné 2 insuccès; ils ne me surprennent nullement puisque ces techniques opératoires sont, dans le cas particulier, aussi insuffisantes que la section d'un filet sous-orbitaire dans une névralgie faciale de cause gassérienne. Sympathicotomie et sympathicectomie moyenne seront, à l'avenir, à élaguer des statistiques thérapeutiques de sympathicectomies anti-épileptiques, physiologiquement valables.

Les interventions suffisantes, comprenant comme temps unique ou principal la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs, se présentent en effet avec des résultats totalement différents.

Voici, d'une part, l'imposant ensemble des interventions de Jonnesco : « J'ai, m'écrit-il, pratiqué jusqu'à ce jour, 35 sympathicectomies dont 32 totales et bilatérales, chez des épileptiques; 15 opérés, suivis assez longtemps pour qu'on puisse envisager le résultat obtenu chez eux comme durable, et même comme définitif, m'ont donné 2 insuccès, 4 améliorations et 9 guérisons, dont 4 datant de dix-sept mois, 2 de seize, 1 de douze, et 2 de dix. Soit, contre 16 p. 100 d'insuccès, la proportion considérable de 27 p. 100 d'améliorations et de 56 p. 100 de guérisons... Celles-ci, presque toujours, ne s'établissent qu'après une période post-opératoire où les crises ont diminué progressivement de fréquence et d'intensité. » L'impression de Jonnesco, partisan résolu, je tiens à le répéter, de la sympathicectomie totale, est, on le voit, absolument favorable.

Voici, d'une part, l'imposant ensemble des 32 interventions de Jonnesco : « J'ai, m'écrivait-il il y a quelques jours, parmi elles, des guérisons datant d'un an et demi et des améliorations; souvent, après une période post-opératoire où les accès sont plutôt fréquents, tout se calme, et le résultat, qui avait pu paraître nul ou médiocre, devient excellent. » Son impression générale est donc loin d'être mauvaise.

Voici, d'autre part, deux de mes observations personnelles, si importantes à mon avis qu'elles méritent d'être relatées avec quelques détails.

Première observation. — Un garçonnet de deux ans et demi m'est amené, dans les premiers jours de février, pour un mal comitial, ayant débuté à l'âge de deux ou trois mois et provoquant un nombre incalculable, cent environ, de crises par jour, avec chutes le plus souvent à gauche. Ces crises s'accumulaient le matin, au nombre de quinze à vingt, en une sorte d'état de mal, qui durait parfois plusieurs heures. L'enfant était très en retard : il ne reconnaissait que son père, ne parlait pas, était apathique et triste. Le 12 février, large craniectomie droite : résultat nul. Le 17, résection facile et complète d'un ganglion supérieur droit dépassant le volume, cependant considérable, qu'il a normalement à cet âge. Léger ptosis du côté opéré, notable dilatation pupillaire du côté opposé. Le lendemain, le malade a, au lieu

de ses cent crises habituelles, deux absences; le surlendemain, une seule; depuis, il n'a plus ni crise ni absence; toutefois, le 17 mars s'est produite, à la suite d'une indigestion avec insomnie, une légère alerte : le matin, une douzaine de fois en quelques secondes, sans perte de connaissance, les yeux ont exécuté un brusque mouvement de déviation à droite; le 18, cet incident s'est répété, avec trois mouvements seulement; le 19 avec deux. Le 20, le calme complet s'était à nouveau rétabli. D'autre part, et très régulièrement depuis l'intervention, sans à coup, même au moment de l'insignifiante alerte que j'ai signalée, l'intelligence de l'enfant s'est développée : actuellement, il passe ses journées à jouer, court de tous les côtés, reconnaît les autres malades, les infirmières, ses parents, et se sert, à très peu près, du vocabulaire habituel des enfants de son âge.

Deuxième observation. — Une dame de trente-trois ans vient, il y a quinze jours, me voir pour des crises d'épilepsie nocturne avec chute du lit, le plus souvent du côté gauche, pâleur de la face, écume sanguinolente et mictions involontaires. Ces crises, dont la première, sans cause appréciable, remontait à un an, étaient peu fréquentes, mais avaient profondément modifié l'état mental de la malade : elle était, à proprement parler, déséquilibrée et attachait une importance extrême à des vétilles sans s'enquérir de questions infiniment plus sérieuses; ainsi son seul souci, en présence de l'intervention, fut de savoir exactement la longueur de la cicatrice et le nombre de cheveux à couper; le reste ne comptait pas. Je l'opère le 16 mars; à droite, sympathique normal; à gauche, sur la continuité du nerf, immédiatement au-dessous du ganglion supérieur, tumeur encapsulée et sans adhérences, du volume d'une grosse noix, que j'enlève sans avoir à modifier les temps habituels de la sympathicectomie. Je vous présente cette pièce, peut-être unique, que le docteur Nageotte, après un premier et sommaire examen histologique, considère comme un myxome du sympathique. L'opérée a parfaitement supporté l'intervention. Elle n'a pas eu de crises depuis.

Certes, voilà deux observations qui remplissent à souhait toutes les conditions du plus sévère déterminisme thérapeutique. Dans la première, il est impossible d'attribuer le résultat obtenu à l'influence du traumatisme, en tant que traumatisme, puisqu'une intervention antérieure et beaucoup plus grave était restée sans conséquences, ni à l'influence de sollicitudes particulières, puisque le malade était exactement dans le même milieu avant qu'après la sympathicectomie : j'avouerai, du reste, qu'en fût-il autrement, l'intervention de facteurs purement psychologiques ne me paraîtrait point suffisante pour expliquer un réveil aussi rapide de la mentalité, ni une chute aussi remarquable du nombre des crises, descendant de cent, la veille de la sympathicectomie, à deux, puis un, puis zéro : chute remarquable non seulement par son intensité, mais aussi par ce caractère graduel que l'on retrouve à la suite de toutes les interventions qui s'adressent à des affections révélées par des symptômes intermittents : névralgies, tics, épilepsies jacksoniennes même. Délivré de l'agent pathogène, le système nerveux demande plusieurs jours pour perdre ses habitudes mauvaises. Et si, de ma première observation, je passe à la seconde, je la trouve plus frappante encore, peut-être, puisque, chez une malade atteinte de crises épileptiques d'apparence comitiale, elle m'a révélé l'existence d'un néoplasme du tronc sympathique, au niveau du ganglion cervical supérieur, et m'a fait pour ainsi dire toucher du doigt le rouage primordial du mécanisme épileptogène.

J'ajouterai que ni l'un ni l'autre des deux opérés, dont je viens de raconter l'histoire, n'a pris de bromure depuis l'intervention.

Je suis, du reste, loin d'estimer qu'une fois la sympathicectomie faite, le traitement soit terminé; loin de là : je crois, au contraire, que la surveillance, hygiénique, morale et médicale du malade, devient alors plus utile que jamais; l'encéphale longtemps troublé ne demande qu'à reprendre ses habitudes mauvaises : il faut le soutenir dans cette lutte, ne point s'étonner d'incidents passagers et le plus souvent provoqués, mais, lorsqu'on aura définitivement triomphé, savoir dire : avant la sympathicectomie, tous mes moyens restaient sans effets; après la sympathicectomie, ils m'ont permis d'obtenir la disparition où l'atténuation considérable des symptômes contre lesquels je luttais en vain depuis si longtemps : c'est à la sympathicectomie que je le dois.

A n'en pas douter, à côté de ces résultats remarquables, il existe, à côté de la sympathicectomie, des résultats médiocres et des résultats nuls. Ils démontrent seulement qu'une sélection soigneuse des cas est indispensable. Voici, par exemple, l'observation de mon cher maître Ricard : un malade, épileptique invétéré, est pris dans une salle de Bicêtre, où il était depuis cinq ans et demi, transféré dans un service chirurgical, et, dix-huit jours plus tard, réintégré dans sa section; il y a eu insuccès thérapeutique; cela n'est point pour me surprendre. L'encéphale d'un tel malade devait être œdématié, surchargé de déchets toxiques, sclérosé même : une irrigation vaso-motrice plus active pouvait-elle balayer de telles, d'aussi définitives lésions? Le pouvait-elle surtout chez un homme qui, au bout de quelques jours, se trouve à nouveau transporté parmi ses frères en épilepsie? Pour ma part, je ne le crois pas, et, instruit par l'observation de M. Ricard, instruit par des observations analogues identiques, je refuse aujourd'hui d'agir dans ces conditions; les sympathicectomies suffisantes sont assez bénignes pour n'être, dès à présent, pratiquées que dans de plus favorables circonstances.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 25 au 30 avril 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 25 AVRIL 1898**, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Jalaguier et Sebileau.

1er examen (nouveau régime) : MM. Kirmisson, Delbet et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Fournier, Retterer et Broca; — (2e série) : MM. Tillaux, Rémy et Ricard.

3e examen (2e partie) : MM. Landouzy, Déjerine et Gaucher; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Humbert et Tuffier; — (2e série) : MM. Marchand, Reclus et Walther; — (2e partie) : MM. Potain, Hayem et Widal; — M. Lejars, suppléant.

**MARDI 26 AVRIL**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Campenon, Rémy et Poirier.

1er examen (1re série) : MM. Farabeuf, Polaillon et Albarran; — (2e série) : MM. Quénu, Gley et Thiéry.

3e examen (2e partie) : MM. Dieulafoy, Marie et Widal.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Raymond et André ; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Richelot et Nélaton ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Marfan et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Debove, Ballet et Charrin ; — M. Achard, suppléant.

**MERCREDI 27 AVRIL**, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Ricard et Poirier.

1er examen : MM. Monod, Rémy et Sebileau.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Humbert, Reclus et Retterer.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Netter ; — M. Bonnaire, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Lejars et Delbet ; — (2e série) : MM. Marchand, Segond et Walther ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Déjerine et Gilles de La Tourette ; — M. Marie, suppléant.

**JEUDI 28 AVRIL**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Polaillon, Quénu, et Thiéry.

1er examen : MM. Farabeuf, Rémy et Poirier.

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Charrin et Netter ; — M. Chassevant, suppléant.

**VENDREDI 29 AVRIL**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Monod et Broca.

1er examen (1re série) : MM. Segond, Rémy et Sebileau ; — (2e série) : MM. Marchand, Delbet et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Delens, Reclus et Retterer ; — (2e série) : MM. Déjerine, Humbert et Lejars.

3e examen (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Gilles de La Tourette.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Grancher, Pouchet et Netter ; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Tillaux, Kirmisson et Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Marie et Widal ; — M. Ricard, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire.

**SAMEDI 30 AVRIL**, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Nélaton et Albarran.

1er examen : MM. Farabeuf, Campenon et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Poirier et Gley.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Chantemesse, Ballet et Roger ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Hutinel et Marie.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Joffroy et Gilbert ; — M. Letulle, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie) *Pitié* : MM. Berger, Polaillon et Richelot ; — (2e partie) : MM. Raymond, Marfan et Achard ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar ; — M. Chassevant, suppléant.

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 27 AVRIL**, à une heure. — M. BOEL. De l'hydrastis dans le traitement des métrorragies (MM. Potain, président ; Fournier, Gaucher et Widal). — M. JEHL. De la dermo-fibromatose pigmentaire généralisée et de ses rapports avec la neuro-fibromatose pigmentaire généralisée ; — M. QUIVY. Du xanthome des glycosuriques (MM. Fournier, président ; Potain, Gaucher et Widal). — M. ROGUET. Études sur les sarcomes de la paroi abdominale antérieure ; — M. LÉVY-BRAM. Sur une maladie générale caractérisée par une infériorité des tissus (syndrome de Tuffier) (MM. Tillaux, président ; Pinard, Varnier et Tuffier). — M. DEVILLE. Indications actuelles de l'opération césarienne conservatrice ou non ; — M. RAYMOND. Traitement prophylactique et curatif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Méthode employée à la clinique Baudelocque (MM. Pinard, président ; Tillaux, Varnier et Tuffier).

**JEUDI 28 AVRIL**, à une heure. — M. LEVY. L'éducation rationnelle de la volonté. Son emploi thérapeutique (MM. Brouardel, président ; Proust, Gilbert et Gley). — M. GIRAUD. Relation d'une épidémie de typhus exanthématique à Reims en 1893 (MM. Proust, président ; Brouardel, Gilbert et Gley). — M. JOSUÉ. Moelle des os des tuberculeux (MM. Bouchard, président ; Dieulafoy, Ballet et Roger). — M. NOISETTE. Recherches sur le saccharomyces albicans ; — M. GOMBAULT. De la confusion mentale ; — M. GALLIOT. La technique de l'épreuve de Widal et la séro-réaction retardée (MM. Dieulafoy, président ; Bouchard, Ballet et Roger). — M. VIAUD-GRAND-MARAIS. Contribution à l'étude des uréthrotomies complémentaires (MM. Guyon, président ; Chantemesse, Ménétrier et Albarran). — M. RAMOND. La fièvre typhoïde expérimentale (MM. Chantemesse, président ; Guyon, Ménétrier et Albarran). — M. DUPUY. Contribution à l'étude des diphtéries associées bénignes. Petits accidents peptiques (MM. Grancher, président ; Berger, Nélaton et Marfan). — M. ROUSSEL. Un cas de myxome du bassin suivi de récidive ; — M. BARNSBY. Appendicites et annexites (MM. Berger, président ; Grancher, Nélaton et Marfan). — M. MAILLOTIS. Les troubles visuels graves après les pertes de sang (MM. Panas, président ; Budin, Bar et Ménétrier). — M. MERCIER. Les ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec les grossesses interstitielles (MM. Budin, président ; Panas, Bar et Ménétrier). — M. BOUNARD. La température dans la pneumonie chez les enfants ; — Mlle LANDIS. Contribution à l'étude de la sclérose en plaques chez l'enfant ; — M. FAURE. La thérapeutique des obsessions ; — M. AUDUREAU. A propos de quelques tumeurs encéphaliques opérées (MM. Raymond, président ; Debove, Marie et Letulle).

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 15 avril 1898, ont été nommés :

*Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Billon, membre de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance ; Dupuy, membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques, lauréat de l'Institut ; Fabre (Paul), membre de la Société des sciences médicales de Gannat, correspondant de l'Académie de médecine ; Lambert, médecin principal de la marine en retraite, membre de l'Académie du Var, à Toulon.

— Liste de départ pour les colonies de MM. les médecins principaux et médecins de première classe et de deuxième classe du service des troupes de la marine :

1° Médecins principaux : 1 Cauvet, 2 Trabaud, 3 Vantalon, 4 Négadelle, 5 Alix (P.-M.), 6 Prat, 7 Curet ; 8 Alix (L.).

2° Médecins de première classe : 1 Branellec, 2 Vallot, 3 Reboul, 4 Fortoul, 5 Percheron, 6 Aramie.

3° Médecins de deuxième classe ; 1 Porquier, 2 Mesny, 3 Porre, 4 Mailliu, 5 Binard.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur L. Pouzet père (de Privas). Ce très honoré confrère, longtemps médecin de l'hôpital de cette ville, laisse les plus vifs regrets.

— La Faculté de médecine de Paris vient de partager le prix Chateauvillard entre MM. Zambaco pacha (1000 francs), Renon (400 francs) et Le Double (400 francs).

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La résection du sympathique cervical a eu les honneurs de la séance. MM. Combemale et Gaudier (de Lille) et M. Jonnesco (de Bucarest) ont tour à tour montré les avantages qu'ils trouvent à traiter, par la résection du sympathique cervical, le goitre exophtalmique, le glaucome et l'épilepsie. Nous donnons plus loin ces notes qui méritent notre attention.

Un de nos très distingués confrères de Limoges, M. Lemaître, a communiqué une observation de pleurésie purulente avec distension gazeuse de la plèvre. C'est la troisième fois que M. Lemaître constate ces particularités.

Signalons une note de MM. Railliet et Morot, sur les kystes hydatiques multiloculaires chez les animaux ; et une dernière note de M. Rousseau-Saint-Philippe, sur l'emploi de l'iodure d'arsenic dans la scrofule.

---

On voit que les voyages à Montpellier et Madrid ont un peu éclairci, pour le moment, les communications académiques. Mais nous n'y perdrons rien. Les Congrès ont pris fin ; Madrid et Montpellier ont reçu — comme on reçoit au pays du soleil et de l'intelligence — ceux qui ont répondu à leur appel. Les congressistes rentrent charmés ; notre travail commence. Suivant notre coutume, nous allons maintenant chercher à débrouiller pour nos lecteurs ce que cette masse énorme de documents peut contenir de nouveau et d'intéressant. Pour l'instant, c'est un écrasement, il faut essayer d'y porter la lumière et de profiter des communications qui consacreront le souvenir de ces grands Congrès.

Lille a été désigné pour 1899, et les séances auront lieu au mois d'août. Les myocardites, les adénies ; l'accoutumance aux médicaments sont mises à l'ordre du jour.

Le Congrès de Lille sera présidé par M. Grasset, assisté de MM. Lemoine et Lapersonne ; M. Combemale remplira les fonctions de secrétaire général, et M. Looten, celles de trésorier.

---

## HOPITAL SUBURBAIN DE MONTPELLIER

### Des éruptions de taches rosées lenticulaires au cours de la grippe (1).

Par le docteur PELON, chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

La grippe s'accompagne fréquemment d'éruptions cutanées diverses, principalement d'urticaire, d'herpès et de roséole. On a noté aussi l'apparition d'exanthèmes revêtant l'aspect d'érythèmes rubéoliques ou scarlatiniformes, érythèmes qui sont souvent, non une complication de la maladie, mais une cause d'erreur pour le diagnostic. Une éruption qui se rencontre moins fréquemment, et qui est surtout moins signalée par les auteurs, est l'éruption de taches rosées lenticulaires, telle qu'elle s'observe au cours de la fièvre typhoïde. Le professeur Teissier (de Lyon) a un des premiers attiré l'attention sur ce fait, et, dans une communication parue en juin 1892 dans le *Lyon médical*, il dit avoir vu dans la grippe à forme typhoïde des taches rosées lenticulaires nombreuses et nettes. La même année, le professeur Lemoine (de Lille), et M. Delezenne, aujourd'hui agrégé à la Faculté de Montpellier, insistent sur l'apparition relativement fréquente de taches rosées au cours de la grippe.

J'ai eu moi-même l'occasion d'observer cet hiver, pendant l'épidémie qui a sévi si fortement sur notre ville, trois cas de grippe à forme typhoïde avec taches rosées. Les trois malades dont je vais rapporter brièvement l'observation ont été traités à l'hôpital suburbain de Montpellier, dans le service clinique du professeur Carrieu, suppléé à cette époque par M. le professeur agrégé Rauzier.

OBSERVATION I. — R..., soldat au 122e d'infanterie, entre le 25 janvier avec le diagnostic de grippe.

La maladie a débuté, trois jours auparavant, par un frisson qui a pris cet homme à l'exercice. Une céphalée très violente, surtout dans la région de la nuque, est apparue bientôt après ; il y a eu aussi quelques épistaxis. Le malade a commencé à tousser ; il a complètement perdu l'appétit, et a été pris de diarrhée assez abondante (six selles par jour).

A l'examen, on trouve le malade abattu. La langue a l'aspect typhique, blanche au milieu, rouge à la pointe et sur les bords. Le ventre n'est pas ballonné, mais il est douloureux à la pression dans les deux fosses iliaques. *Il présente quelques taches rosées peu nombreuses, mais bien nettes* ; on n'en observe pas sur le thorax. A l'auscultation, on trouve seulement un peu de rudesse de la respiration. La tempé-

(1) Communication au Congrès français de médecine de Montpellier.

rature, très élevée la veille au soir (40°4), est ce matin de 38°4. Le pouls est à 96.

On porte le diagnostic de dothiénentérie légère. Le séro-diagnostic sera fait dans la journée.

27. L'abattement persiste. La langue a les mêmes caractères qu'hier. La diarrhée a cessé. *On voit sur l'abdomen des taches rosées bien typiques*. La température se maintient élevée, 39 degrés, 38 degrés.

29. *Le séro-diagnostic a été négatif.* — La fièvre est tombée. La langue a repris son aspect normal. Les taches rosées s'effacent. Le malade tousse, et rend quelques crachats muco-purulents peu abondants. Sous-crépitants aux deux bases. On substitue le diagnostic de grippe à celui de dothiénentérie porté tout d'abord.

31. Le malade va de mieux en mieux. Il n'y a pas eu de retour de fièvre. La toux a presque disparu.

Obs. II. — V..., soldat au 122e d'infanterie, entré avec le diagnostic de grippe, le 25 janvier.

Le début, remontant à huit jours, a été marqué par de violentes coliques, accompagnées de diarrhée. Le malade éprouvait, en outre, une céphalée très intense. Il s'est mis à tousser et à cracher et a perdu l'appétit. A son entrée à l'hôpital, il accuse une lassitude très marquée, une céphalalgie violente, des vertiges. La diarrhée persiste (six à sept selles par jour). Les deux fosses iliaques sont douloureuses à la pression. *Il y a des taches rosées nombreuses sur l'abdomen et le thorax*. La langue est rouge à la pointe et sur les bords, blanche en son milieu. Le malade tousse et rend des crachats muco-purulents. A l'auscultation, on entend des râles ronflants et sibilants disséminés. Les températures sont de 39°2 et de 38°8. Le pouls est à 90.

On porte le diagnostic de dothiénentérie avec bronchite généralisée.

27. *Le séro-diagnostic a été négatif.* — La température baisse. La langue a encore l'aspect typhique. La diarrhée s'est arrêtée. *Les taches rosées sont bien nettes et abondantes*. La respiration est rude.

29. La température est tout à fait tombée. Le malade est mieux. Il ne souffre plus de la tête ni du ventre. *Il y a encore des taches rosées*. La toux persiste, avec râles sous-crépitants aux deux bases. Nous avons affaire à une grippe qui s'est d'abord localisée sur le tube digestif et qui atteint maintenant surtout l'appareil respiratoire.

31. Il n'y a plus eu de fièvre. Pas de nouvelles taches. La toux diminue. Le malade se sent bien.

Obs. III. — B..., ménagère, trente-huit ans, entrée le 26 janvier, fatiguée depuis un mois, éprouvait des douleurs dans les membres inférieurs et une céphalée plus intense la nuit. Il n'y a pas de stigmates de syphilis. Il y a huit jours, la lassitude a beaucoup augmenté. Il y a eu de la fièvre. La céphalée est devenue plus forte. La voix s'est éteinte. La malade a commencé à tousser et à cracher; elle a complètement perdu l'appétit et est très constipée. Depuis deux jours, elle ressent une vive douleur dans le côté gauche du thorax. Le soir de son entrée, la température est de 39°7. A l'examen, on trouve la malade très abattue. La langue est large, humide, un peu blanche en son milieu, rouge sur les bords et à la pointe. Sur l'abdomen et la partie inférieure du thorax, *on voit plusieurs taches rosées lenticulaires très nettes, s'effaçant à la pression*. Les deux fosses iliaques sont douloureuses, principalement la droite. A l'auscultation, la respiration est très soufflante au sommet gauche, complètement obscure dans tout le reste de l'étendue. La température du matin est de 38. Le pouls est à 116.

Trois diagnostics sont discutés : dothiénentérie, granulie, grippe à forme typhoïde; on pense surtout à la fièvre typhoïde.

28. Le séro-diagnostic a été franchement négatif. En outre, on n'a pas trouvé de bacilles tuberculeux dans les crachats. La température est remontée hier soir à 39°4. Ce matin elle est à 37°6. Le pouls : 100. A la suite de la purgation d'hier, il y a eu d'abondantes évacuations. La langue a le même aspect. *Les taches rosées sont plus nombreuses*, bien nettes.

1er février. Depuis trois jours, la température est à 37 degrés. La toux diminue. Il n'y a plus de céphalée. La langue reprend ses caractères normaux. Les taches rosées persistent. Les premières pâlissent, mais sont remplacées par de nouvelles.

6. Il n'y a pas d'autres taches. La malade, encore faible, reprend l'alimentation ordinaire.

Mon but, en rapportant ces trois observations, est d'attirer une fois de plus l'attention sur l'existence des taches rosées lenticulaires dans des affections autres que la dothiénentérie et spécialement dans la grippe. Pendant trop longtemps, en effet, l'exanthème rosé a été regardé comme un signe pathognomonique de la fièvre typhoïde; et, dans des cas où le diagnostic était hésitant, on a attendu l'apparition des taches pour prendre parti. Sans doute, comme le dit M. Jaccoud, il est extrêmement rare que l'éruption rosée manque entièrement dans la dothiénentérie; aussi a-t-elle une valeur diagnostique considérable, elle n'est pourtant pas un signe pathognomonique, et pour deux raisons : elle peut faire défaut, et elle peut survenir au cours d'autres maladies. Rilliet et Barthez l'ont en effet signalée dans l'entérite des enfants, Voillemier dans la forme typhoïde des fièvres puerpérales, Lancereaux dans l'endocardite infectante à type typhoïde, Jaccoud et Collin dans la granulie, les auteurs que nous avons cités au début de notre article dans la grippe.

C'est surtout dans les cas de grippe à forme gastro-intestinale que la plupart des traités classiques recommandent d'attendre l'éruption de taches rosées pour trancher le diagnostic hésitant entre cette maladie et la fièvre typhoïde. La même conclusion se retrouve dans la thèse de M. Ombredanne : « Grippe et fièvre typhoïde, » soutenue à Montpellier en 1897. « L'apparition des taches rosées, dit-il, est, à la fin de la première semaine, un bon argument pour repousser la grippe; des taches rosées ont été signalées dans la grippe à forme typhoïde; mais elles sont rarement bien nettes; c'est un phénomène d'exception. »

Quant à nous, nous ne partageons nullement cette opinion. Nous reconnaissons la fréquence et l'importance de l'exanthème rosé dans la dothiénentérie; c'est un bon signe de probabilité, mais non de certitude, car nous ne devons pas oublier que ce même exanthème se retrouve aussi net au cours d'autres maladies, principalement de la grippe, et, nous insistons fortement sur ce point, *dans la forme typhoïde de ces maladies*.

## DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR FIBROMES UTÉRINS

### INDICATIONS ET MANUEL OPÉRATOIRE (1)

Par M. Quénu, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Les immenses perfectionnements apportés par la méthode américaine au traitement opératoire des fibromes utérins ont fait délaisser, par un certain nombre de chirurgiens, la voie vaginale. M. Quénu s'est déclaré, parmi les premiers,

(1) Communication à la Société de chirurgie.

partisan convaincu de l'hystérectomie abdominale totale; il ne croit pas cependant que l'hystérectomie vaginale doive être abandonnée. Les deux opérations paraissent avoir atteint un réel degré de perfection; le moment est venu de les comparer et d'établir leurs indications respectives.

Le volume de la tumeur n'est pas le seul facteur qui doive entrer en ligne de compte dans le choix de la route à suivre; il faut aussi faire intervenir la réductibilité de la masse et l'état du conduit vulvo-vaginal.

Pour le volume, M. Quénu se range à la limite ombilicale acceptée par la plupart des hystérectomistes. Dès que la tumeur atteint et dépasse un poids de 1500 grammes, la difficulté opératoire s'accroît dans de telles proportions qu'il y a peut-être intérêt à choisir la voie abdominale. A quel niveau correspond un fibrome de 1500 grammes? On ne peut évidemment indiquer un point de repère précis, d'autant que la largeur de la masse, sa densité et son engagement dans la cavité pelvienne doivent entrer en ligne de compte; mais dorénavant M. Quénu acceptera volontiers pour limite supérieure une ligne sous-jacente à l'ombilic de deux à trois travers de doigt. Il insiste encore sur ce point, c'est que le fibrome globuleux ait un diamètre transversal proportionnel à son diamètre vertical. Il faut aussi remarquer que l'ombilic est à une distance variable du pubis, suivant les sujets.

M. Quénu arrive à la seconde condition, aussi importante, selon lui, pour la facilité opératoire, que celle du volume de la tumeur, c'est l'état du conduit vulvo-vaginal. Ce qui domine toute la question, c'est l'extensibilité des tissus constituant le plancher pelvien.

L'hystérectomie vaginale est ordinairement plus facile chez les femmes qui ont eu des enfants que chez les nullipares, plus malaisée, bien que possible encore, chez les vierges; néanmoins ce n'est pas chez ces dernières que les difficultés atteignent leur maximum. A partir de quarante ans, il se produit chez certaines femmes un processus de sclérose qui envahit non seulement le conduit vaginal, mais les différents organes constitutifs du plancher pelvien. Cette sclérose affecte tout particulièrement cette portion du vagin distante des culs-de-sac de deux à trois travers de doigt; il se forme ainsi une sorte de rétrécissement en arrière duquel les parties molles ont perdu toute souplesse. Pour l'extension du conduit vulvo-vaginal, on a proposé et fait des débridements : ces débridements s'accomplissent parfois d'eux-mêmes au niveau de l'orifice vulvaire, sous l'influence des tractions de l'écarteur, mais M. Quénu approuve, en général, l'exclusion que fait Segond de ces manœuvres, et, d'ailleurs, elles ne seraient pas applicables aux cas de scléroses profonds et cylindriques. La dilatation progressive, exécutée plusieurs jours avant l'opération, ne paraît pas non plus une pratique fort recommandable. Pour conclure, M. Quénu tendrait à rejeter l'hystérectomie vaginale chez les vierges et il l'exclurait complètement chez les femmes à parois vaginales rigides, à moins qu'il ne s'agisse d'un tout petit utérus fibromateux.

La technique opératoire suivie par les hystérectomistes comprend deux grandes méthodes : 1° celle dans laquelle on fait l'hémostase préalable; 2° celle dans laquelle on ne fait aucune hémostase préalable.

La première consiste à ne sectionner l'utérus, soit totalement, soit partiellement, qu'après avoir préalablement appliqué les pinces hémostatiques, de sorte que le manuel opératoire peut toujours ainsi se décomposer : 1° lib... tion; 2° pincement préventif; 3° section.

Péan, qui est le père de cette méthode, arrivait de ... sorte à placer 10, 20 à 30 pinces et plus.

Les chirurgiens qui l'ont suivi ont beaucoup réduit c... hémostase préventive, mais ne l'ont pas tous complètem... supprimée.

M. Quénu se déclare adversaire absolu de toute hém... stase préventive; dans toute hystérectomie vaginale, c'est en partie dans le but de la supprimer qu'il a repris, en la modifiant, l'opération de section médiane de Muller.

L'utérus fibromateux, pour peu qu'il dépasse certaines dimensions, ne saurait franchir la filière pelvienne en un seul bloc, même sous l'influence de tractions énergiq..., même sectionné en deux moitiés; c'est alors qu'intervie... la question du morcellement. Ici pas de divergences sur la nécessité de réduire, par conséquent de morceler.

M. Quénu a systématisé la pratique de l'énucléation, en en faisant la base de sa technique opératoire.

Après incision complète médiane du col et libération de la vessie, il continue par l'hémisection médiane et il recherche, non par des excisions, mais par incision sim... les fibromes enchâssés dans le tissu utérin. Quand ils ne sont pas trop gros, il les énuclée sans les inciser; pour cel..., le doigt passé à leur périphérie les immobilise partic... ment; puis une pince ayant saisi le segment mis à jour, il se sert, pour les déloger, d'un levier tel que les longs cise... courbes; cette manœuvre, toute brutale qu'elle puis... paraître, ne contusionne que le tissu où sont enchâssées les tumeurs; or ce tissu doit disparaître.

Lorsque les noyaux fibreux sont trop gros ou trop pro... fonds pour être énucléés en bloc, il les incise d'abord lon... tudinalement, véritable section médiane, mais en p... tissu fibromateux, et sur les tranches de section qui en résultent, il applique ensuite de fortes pinces à traction, qui amènent rapidement le tout à la suite. Les pinces à rât... de Péan sont particulièrement commodes pour cette m... nœuvre.

L'atteinte des fibromes et leur énucléation étant le but principalement recherché, il est clair que si un fibro... remplit le cul-de-sac postérieur en refoulant le col en hau... et en avant, c'est par la mise à jour et l'énucléation ... fibrome qu'il convient de débuter. En somme, sa technic... de morcellement se rapproche beaucoup de celle de MM. Richelot et Doyen, avec une tendance peut-être enco... plus marquée à limiter l'excision aux noyaux fibromateu..., ce qui fait que lorsque l'utérus s'amène au dehors, hém... sectionné au niveau du corps, complètement sectionné au niveau du col, il représente comme une sorte de boî... osseuse, dont les parois sont vides des masses qui les oc... paient : cet utérus est complet, il est sectionné, mais non morcelé; arrivé à ce temps opératoire, il complète la sectio... médiane, des pinces à traction de Richelot sont applique... sur chaque tranche et rejetées en dehors. Il est ainsi tr... facile, en partant de l'angle utérin, de se diriger sur les annexes et de décoller leurs adhérences, si une salping... compliquait le fibrome; sinon, si l'ovaire est sain, il peut y avoir intérêt à placer ces pinces entre l'utérus et lui.

Pour le placement des pinces, M. Quénu est revenu à l'usage de deux longues pinces se doublant, appliqu... immédiatement en dehors de l'utérus, et toujours de ha... en bas et d'avant en arrière. Il ne conçoit pas beaucoup la pratique de ceux qui, ayant appliqué des pinces de bas ...

...t sur les utérus, placent de haut en bas les pinces utéro-...rienues; un point de mauvais pincement existe fatale-...nt à la rencontre des deux. Pour l'application des ...ces, chaque moitié de col étant séparée par une pince à ...ction, l'index et le médius de la main gauche écartés ...brassent le bord inférieur des ligaments larges pendant ... un aide tend légèrement le corps de l'utérus, afin de ...dresser au maximum l'angle formé par le col et le corps; ...n de plus aisé alors, pour la main droite, de placer les ...ix mors d'une pince sur le ligament.

...orsque les quatre pinces sont en place et que les tranches ...tionnées ont été thermocautérisées, il ne reste qu'à par-...e l'hémostase en pinçant la tranche vaginale postérieure, ... en est besoin.

...'immense avantage de l'application antéro-postérieure ... pinces consiste dans ce fait capital : c'est que les pédi-...es fatalement destinés à devenir plus ou moins sep-...ues demeurent, comme les pinces qui les maintiennent, ...ravaginaux. C'est encore pour éviter toute contamina-...i par les pédicules que M. Quénu introduit, dans l'espace ...parant centralement les pédicules, un tampon qu'il ...elle axial et dont le fil d'attache porte une remarque. Un ... deux autres tampons sont conduits à la face externe de ...que pédicule qui est ainsi poussé entre deux tampons. ... peu de gaze iodoformée à l'entrée du vagin pour proté-... la muqueuse contre la pression des pinces, un carré ...uate fendue au milieu et embrassant les pinces de la ...de à demeure, et c'est tout.

...insi disposés, les anneaux des pinces s'éloignent du plan ... lit, et dès le lendemain l'opérée peut s'incliner légère-...nt sur le côté. La forcipressure n'est supprimée que le ...sième jour, le tampon axial n'est enlevé que le huitième ... neuvième jour.

...elles sont les grandes lignes de la technique opératoire ... M. Quénu a suivie. Voici maintenant ses résultats.

...epuis le commencement de janvier 1894, c'est-à-dire en ...tre ans, il a eu l'occasion d'opérer, par voie vaginale, ... fibromes utérins.

...ur les 33 observations, 14 ont été publiées en 1896, par ... élève, M. Peraté, dans sa thèse, 19 sont inédites.

...ur les 19 observations postérieures à la thèse de M. Peraté, ... sont relatives à des malades opérées à l'hôpital, 5 à des ...lades opérées rue Bizet.

...e poids des fibromes enlevés a oscillé entre 400 grammes, ..., 800 et jusqu'à 1820 grammes, poids des plus volumi-...x qu'il lui a été donné d'enlever.

...hez un certain nombre de malades, les annexes étaient ...emnes de toute infection; chez d'autres, l'utérus fibro-...eux se compliquait de salpingite et chez l'une d'elles, de ...tre à cinq poches suppurées intrapelviennes, ouvertes ... cours de l'opération.

...es 33 opérations se sont terminées par la guérison; les ...es ont été simples chez toutes les malades, sauf une ...le.

---

## DES DIFFÉRENCES DE PERMÉABILITÉ RÉNALE

DANS LES DIVERSES ESPÈCES DE NÉPHRITES

Par MM. le professeur L. BARD, médecin des hôpitaux de Lyon, et L.-M. BONNET, interne des hôpitaux de Lyon.

*...onclusions.*— 1° La perméabilité du rein est notablement ...inuée dans les néphrites interstitielles à toutes leurs ...iodes.

2° Dans les néphrites épithéliales, cette perméabilité est au moins normale et le plus souvent accrue.

3° Dans les néphrites interstitielles secondaires aux néphrites épithéliales, il existe une dissociation de la perméabilité, qui est normale ou accrue pour le bleu de méthylène, diminuée pour l'iodure de potassium. Il est probable que cette opposition résulte des conditions différentes dans lesquelles se fait l'élimination de chacune de ces deux substances, l'une minérale et simplement diffusible, l'autre organique et colloïdale, et que la même différence doit se retrouver pour toutes les substances qui leur sont assimilables.

4° Dans les autres lésions rénales, la perméabilité paraît peu modifiée; tout au moins, elle s'est montrée normale dans des cas de pyélo-néphrite ascendante, de néphrite mercurielle chronique et d'anasarque névropathique.

5° L'intoxication par défaut d'épuration urinaire ne peut exister que dans les néphrites interstitielles, primitives ou secondaires; dans les néphrites épithéliales, il existe, au contraire, une dyscrasie par déperdition due à l'excès de perméabilité des reins.

Les modifications de densité et de toxicité du sérum sanguin et de l'urine sont en rapport elles-mêmes avec ces variations de la perméabilité rénale; d'où les différences fondamentales de ces propriétés entre les néphrites épithéliales et les néphrites interstitielles.

6° L'exploration de la perméabilité rénale, par l'injection sous-cutanée de bleu de méthylène ou d'iodure de potassium, fournit des renseignements utilisables en clinique, à condition tout à la fois de tenir compte des diverses lésions rénales, des causes d'erreur de l'exploration et de les interpréter rationnellement.

7° Le bleu de méthylène ne donne des indications précises que lorsqu'il s'élimine en nature; il ne permet pas d'apprécier utilement la perméabilité rénale dans les cas où les leuco-dérivés dominent; c'est ce qui a lieu en particulier quand on a affaire aux urines ammoniacales des prostatiques ou des uréthraux. (*Arch. gén. de méd.*)

---

## LA RÉSECTION DU SYMPATHIQUE CERVICAL

DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, DU GOITRE EXOPHTALMIQUE ET DU GLAUCOME; RÉSULTATS DÉFINITIFS

Par le professeur Thomas JONNESCO (de Bucarest).

Depuis le mois d'août 1896, quand j'ai pratiqué, pour la première fois, la résection, étendue aux deux premiers ganglions d'abord, à toute la chaîne sympathique cervicale ensuite, dans le traitement de l'épilepsie et du goitre exophtalmique, j'ai répété cette opération 46 fois. Un grand nombre de ces cas ayant une durée suffisante pour pouvoir conclure de la valeur thérapeutique de l'opération, je vais communiquer les résultats définitifs que j'ai obtenus dans ces deux affections.

Enfin, depuis le mois de septembre 1897, quand j'ai pratiqué, pour la première fois, la résection du ganglion cervical supérieur dans le glaucome, dont j'ai fait connaître le résultat immédiat à l'Académie, en octobre dernier, j'ai eu l'occasion de répéter cette opération 7 fois et ce sont les résultats de ces interventions que je vais aussi apporter ici.

J'ai opéré par la résection totale et bilatérale du sympathique cervical, comprenant les trois ganglions et le cordon qui les réunit, 35 épileptiques.

De ces malades, 15 sont assez anciens et ont pu être suivis; ils m'ont donné : 9 guérisons complètes, 4 améliorations et 2 insuccès. Sur les 9 guéris, 5 le sont depuis un an et demi, 1 depuis un an et un mois et les 3 autres depuis neuf mois à un an. Donc, j'ai obtenu 56,25 p. 100 de guérisons, 26,6 p. 100 d'améliorations et 17,15 p. 100 d'insuccès.

Ce résultat très satisfaisant, je le dois, j'en suis convaincu, à l'opération que j'ai préconisée et pratiquée, c'est-à-dire à la résection totale et bilatérale du sympathique cervical; car elle seule permet de supprimer toutes les fibres vaso-constrictives des vaisseaux encéphaliques contenus dans la chaîne cervicale du sympathique, suppression qui a pour résultat l'abolition de l'anémie encéphalique, cause de l'attaque épileptique. Les opérations partielles, simple section ou résection limitée à un des ganglions supérieur, moyen ou inférieur, n'ont donné et ne peuvent donner que des résultats incomplets ou passagers.

Dans le goitre exophtalmique, la résection étendue aux deux premiers ganglions et au cordon intermédiaire m'a donné, dans les deux cas ainsi opérés, deux guérisons durables, puisque les deux malades sont parfaitement guéris depuis vingt et dix-neuf mois. La résection totale et bilatérale, l'opération idéale et véritablement rationnelle, m'a donné aussi trois guérisons dans les trois cas où je l'ai employée, et cela dans des cas très graves et avec tous les symptômes portés au summum; le premier est guéri depuis neuf mois, un second depuis cinq mois et un troisième depuis un mois et demi seulement.

Ici aussi, il n'est pas douteux que l'opération totale est la seule indiquée, car, par elle seule, on peut enlever le ganglion cervical inférieur, source principale des accélérations cardiaques et des nerfs vaso-dilatateurs du corps thyroïde, comme Morat vient de le démontrer.

Sur 7 malades atteints de glaucome, 6 ont subi la résection limitée au ganglion cervical supérieur, sur la voie de passage des nerfs vaso-constricteurs de l'œil et des nerfs irido-dilatateurs; le septième malade, porteur d'un goitre exophtalmique compliqué de glaucome chronique simple, a subi la résection totale et bilatérale du sympathique cervical. Sur ces 7 malades, 3 ont surtout bénéficié de l'intervention et cela à un haut degré. Tous les 3 étaient atteints d'un glaucome chronique simple et avaient subi préalablement, et sans résultats évidents, l'iridectomie double. Un de ces malades opéré le 5 novembre 1897 ne pouvait qu'apercevoir les lettres majuscules des affiches et à 50 centimètres; actuellement, cinq mois après l'opération sur le sympathique, il lit les caractères ordinaires du livre et écrit avec facilité; de plus, les violentes douleurs qu'il présentait auparavant ont complètement cessé. Il en est de même d'un second malade déjà iridectomisé sans résultat qui fut opéré le 2 décembre 1897 par la résection totale et bilatérale, car il portait aussi un goitre exophtalmique; aujourd'hui, ce malade qui ne pouvait que distinguer très vaguement les objets à lui présentés, et cela à une distance très faible de 60 à 70 centimètres, aujourd'hui voit très bien les lettres de 8 centimètres de hauteur à 2 mètres; de plus, son goitre a diminué et les autres troubles ont cessé. Enfin une troisième malade, opérée le 25 janvier 1898, atteinte d'un glaucome chronique simple et déjà iridectomisée sans résultat, après la résection unilatérale, à droite, du ganglion cervical supérieur, a eu une amélioration surprenante. Car, avant l'intervention, elle pouvait à peine distinguer les doigts à 15 centimètres; actuellement, elle les distingue par[...] ment et en compte le nombre à plus de 2 mètres; cette [...]lioration de la vue, et celle des douleurs qu'elle ac[...] avant, s'est faite graduellement.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1898. — Présidence de M. Jaccou[d]

### COMMUNICATIONS

**De la sympathicectomie dans le goitre exophtalmiq[ue].** — MM. COMBEMALE et GAUDIER. L'observation sui[vante] montre que, dans le goitre exophtalmique, la résectio[n du] sympathique fait disparaître d'une façon durable l'ex[orbi]tisme et la tachycardie, l'un en quelques heures, l'aut[re en] quelques jours.

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, atteinte d'[un] goitre latent qui, sous une influence inconnue, s'est m[is à] grossir en s'accompagnant d'exophtalmie, de tachyc[ardie] et de tout l'appareil symptomatique de l'hyperthyroï[disa]tion. Une médication malencontreuse par la thyroïdine au[g]menta encore cet état alarmant par lui-même; après une tentative médicamenteuse peu efficace pour calmer le c[œur], dont l'affolement menaçait la vie de la malade par asys[tolie] aiguë, nous eûmes recours à la section du sympathique [cer]vical.

Le résultat de l'intervention fut : 1° la diminution im[mé]diate de l'exorbitisme; 2° l'abaissement de 200 à 100, da[ns] la semaine, du nombre des battements cardiaques, en m[ême] temps que la disparition des phénomènes douloureux p[ré]cordiaux; 3° sur le goitre, l'absence de toute modifica[tion].

La sédation des phénomènes douloureux, des palp[ita]tions, de la dyspnée, la disparition de l'angoisse, ont [...] suffisants à la malade qui vient se déclarer satisfaite. La [dis]parition de la tachycardie et des accidents qu'elle mena[çait] de faire courir à notre malade a légitimé à nos propres y[eux] cette intervention.

Ce n'est pas par action directe sur les nerfs cardiaq[ues] que la section du sympathique diminue la tachycardie, [mais] en diminuant l'hypersécrétion thyroïdienne, cause de [la] tachycardie. Le goitre va diminuant peu après l'opérat[ion]; c'est que celle-ci n'agit pas sur la sécrétion colloïde n[or]male, mais seulement sur la sécrétion toxique du cor[ps] thyroïde.

**La résection du sympathique cervical dans le traitem[ent] de l'épilepsie, du goitre exophtalmique et du glauco[me]. Résultats définitifs.** — M. THOMAS JONNESCO (de Bu[ca]rest) fait une communication sur ce sujet. (Voir plus ha[ut], p. 421.)

**Pleurésie purulente avec distension gazeuse de la plè[vre].** — M. LEMAITRE. Une jeune femme de vingt et un ans, à la suite d'un accouchement, présenta une pleurésie gauch[e à] répétition. L'état général s'aggravant, on se décida à p[ra]tiquer l'empyème qui donna issue à 14 litres de pus t[rès] fétide. Et pourtant, avant l'opération, tandis qu'on cons[ta]tait que le cœur battait à droite, on avait observé, en ava[nt] du poumon jusqu'à la cinquième côte et dans le creux ax[il]laire, une sonorité tympanique. Aussi avait-on pensé qu['il] n'y avait que peu de liquide dans la plèvre.

Dans deux autres cas de pleurésies gauches, j'ai obser[vé] les mêmes symptômes.

J'attribue à la distension de l'estomac et du côlon ce[tte] sonorité anormale, et je me base sur l'expérience suivan[te]. Vient-on à placer dans une boîte une vessie remplie d'ea[u] remplissant complètement la boîte, si cette boîte est plac[ée] sur une membrane capable de vibrer telle que celle d'[un]

ourin et qu'on percute la boîte, on obtient une sonorité quée.

lle est l'explication de ce qu'on entend dans les cas de ésies abondantes avec sonorité conservée.

**stes hydatiques alvéolaires en France. — M. RAILLIET.** yste hydatique alvéolaire n'a été observé chez l'homme dans une aire très restreinte, en Suisse, Tyrol, Bavière urtemberg. On croyait qu'il en était de même chez les aux, aucun cas français n'ayant encore été publié. Cependant aux abattoirs de Troyes, où l'on n'abat que des s de provenance française, MM. Railliet et Morot ont rvé en un an une centaine de foies atteints de kyste tique alvéolaire.

**l'iodure d'arsenic chez les enfants lymphatiques et fuleux. — M. ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE.** Il s'agit ici, pas des enfants atteints de tuberculose osseuse ou gannaire, mais des enfants simplement strumeux, candià la tuberculose. La résistance des lésions locales aux tements par les topiques, montre bien que c'est l'état éral qu'il faut traiter; si l'on se contente de traiter locant les lésions, elles récidivent avec une ténacité désesnte, soit ailleurs, soit *in situ*.

iode est depuis longtemps employé, dans ces cas, contre t général; mais l'iode métallique, l'iodure de potassi sont difficilement tolérés par les enfants; l'iodure de n'est pas assez riche en iode. M. Rousseau a eu l'idée ployer l'iodure d'arsenic. Les résultats ont été très sasants. Pour pouvoir efficacement les apprécier, il a primé, chez les enfants traités, tout traitement local e que les lavages à l'eau bouillie, et cependant leurs natoses guérissaient. Il emploie l'iodure d'arsenic en tion dans l'eau; cette solution doit être faite à froid éviter la décomposition partielle du produit. On donne jour de I à XX gouttes de la solution à 1 p. 100, selon du petit malade, en commençant par de petites doses augmentant progressivement. Les fortes doses proent des phénomènes d'intolérance, tels que diarrhée, pétence, insomnie, agitation; il suffit alors d'interpre la médication quelques jours et de la reprendre en. Les résultats sont parfois merveilleux.

a séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ar décrets, en date du 3 avril 1898 : il est créé, à la Faculté médecine de l'Université de Montpellier, une chaire de clie des maladies des enfants (fondation de l'Université de tpellier).

. Baumel, agrégé près la Faculté de médecine de l'Univerde Montpellier, chargé d'un cours complémentaire de clie des maladies des enfants, est nommé professeur de clie des maladies des enfants à ladite Faculté.

— Par décret, en date du 16 avril 1898, sont nommés dans le s du service de santé militaire aux grades et emplois désignés près :

*u grade de médecin-major de première classe.* — MM. Liron, en placement de M. Weil, retraité; maintenu au 4e régiment de aves. — Sauce, en remplacement de M. Duc, retraité; désigné r le 40e d'artillerie. — Mackiéwicz, en remplacement de Cabanie, retraité; désigné pour le 10e d'infanterie. — Couil, en remplacement de M. Gadit dit Gentil, retraité; désigné r le 119e d'infanterie.

*u grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Roche, en remplacement de M. Castelli, démissionnaire; main au 19e escadron du train des équipages militaires. — Glorget, en remplacement de M. Liron, promu; désigné pour le 69e d'infanterie. — Althoffer, en remplacement de M. Sauce, promu; maintenu provisoirement au 4e d'artillerie. — Moutet, en remplacement de M. Mackiéwicz, promu, désigné pour l'infirmerie de l'hôpital de l'Ubaye. — Laporte, en remplacement de M. Couillault, promu; désigné pour le 26e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 16 avril 1898, ont été nommés aux postes ci-après désignés :

M. le médecin principal de première classe Geschwind est nommé directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie.

M. le médecin principal de deuxième classe Gorsse est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Bayonne.

MM. les médecins-majors de première classe Baudouin, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montauban; Barois, médecin-chef de l'hôpital militaire de Cambrai; Dubois, placé pour ordre à l'hôpital militaire de Lille; Gerbault, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Schrapf, pour l'hôpital militaire de Vincennes; Hussenet, nommé médecin-chef à l'hôtel des Invalides; Warion, pour le 156e d'infanterie; Poché, pour le 6e d'infanterie; Famechon, pour la légion de la garde républicaine; Alleau, médecin-chef de l'hôpital militaire de Maubeuge; Stoupy, médecin-chef de l'hôpital militaire de Givet; Perrin, pour le 69e d'infanterie; Jacquey, pour le 109e d'infanterie; Coquand, pour le 21e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe d'Arras, désigné pour le 116e d'infanterie; Atgier, pour le 151e d'infanterie; de Poul de Lacoste, pour le 78e d'infanterie; Aubertie, pour le 29e d'infanterie; Barreau, pour le 70e d'infanterie; Maguin, pour le 4e escadron du train des équipages militaires; Vallois, pour le 2e hussards; Ohier, pour la direction de l'artillerie à Vincennes; Tricot, pour le 13e hussards; Maison, pour le 25e dragons; Cuvier, pour le 8e chasseurs à cheval; Provendier, pour le 48e d'infanterie; Ribierre, pour le 65e d'infanterie; Lanusse-Choussé, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Monseaux, pour le 127e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Sonrier, désigné pour le 8e cuirassiers; Laval, pour le 2e cuirassiers; Oui, pour le 104e d'infanterie; Denis, pour le 32e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 18 avril 1898, M. le médecin-major de deuxième classe Beylier a été affecté au 2e bataillon du 1er régiment étranger.

— Un congé de deux mois, pour cause de santé, est accordé à M. Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris. M. Derouin, secrétaire général, est chargé de l'intérim.

— M. Georges Laurens, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé, pour une durée de deux ans, assistant du service spécial d'oto-laryngologie de l'hôpital Saint-Antoine.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Bretin, pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux de matière médicale.

— Nous rappelons que le banquet de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 30 avril prochain, à sept heures et demie, dans la salle des Fêtes, 9, avenue Hoche. Il sera présidé par M. le professeur Caubet (de Toulouse).

— M. le docteur Léon Bonnet recommencera, le samedi 23 avril à huit heures et demie du soir, ses conférences hebdomadaires de radioscopie et radiographie médicales, avec démonstrations et expériences sur les rayons Rœntgen (amphithéâtre Cruveilhier, École pratique de la Faculté).

Les mardis et jeudis à deux heures auront lieu, sous sa direction, des travaux pratiques, salle n° 1 du bâtiment Dupuytren.

Prière de s'inscrire. Il sera délivré des cartes personnelles.

---

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE E. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 24 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel.

— Par décret, en date du 20 avril 1898, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

*Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale.* — M. Zaepffel, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

*Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale.* — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités : Colin, Aubry, Dardignac, Franck et Maria.

*Au grade de pharmacien-major de première classe de l'armée territoriale.* — M. Worms, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve.* — MM. les docteurs Labatt de Lambert, Schweisguth, Pottevin, Oriot, Simon, Lantzenberg, Mayet, Mulé, Friteau, Calmels, Pons, Lenormand, Caboche, Payot, Michel (Louis-Isidore-Lucien), Leblanc (Camille-Edmond), Pichat, Lemichez, Lecointre, Tissot, Mouthon, Thoyer, Leconte, Massol, Lepelletier, Michel (Auguste-Marie-Brice), Frappier, Sorel, Potel, Mérand, Moraux, Lemeignen, Robert, Cola, Lévis, Terrin, Testevuide, Jusseaume, Peaudecerf, Tharreau, Gourcon, Saussol, Leblanc (Maximilien-Honoré), Lyons, Michel (Joseph-Paul), Reure, Lozé, Meurisse, Roche, Decrette Bordet, Sergent Thuillié, Batailler, Gerest, Marlier, Lévy, Arrufat, Sassier, Malméjac, Thésée, Hadot, Tellier, Vienne, Lautier, Monbernard, Laurent, Léon, Barillon, Leblanc (Louis), Le Tellier, Décot, Mercier, Ombredanne, Poussin, Valay, Aviérinos, Hauser, Fauvet, Verger et Joulia.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les docteurs Sauvage, dont la démission de lieutenant de réserve est acceptée; Rivron, dont la démission de sous-lieutenant de réserve est acceptée ; Millermann, Jaboulay, Thirrion, Vandermeersch, Pech, Pigeaud, Semiac, Robert, Veillon.

*Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de réserve.* — MM. les pharmaciens de première classe Fallourd, Turié, Debachy et Bancourt.

— Par décision ministérielle, en date du 13 avril 1898, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1898, savoir :

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault : M. Mercier, médecin-major de première classe, et M. Colomb, médecin aide-major de première classe.

Hôpital thermal de Vichy : MM. Yvert, médecin principal de deuxième classe; Delamare et Carayon, médecins-majors de première classe; Duponchel, médecin-major de deuxième classe; Paris, médecin aide-major de première classe; Navas, médecin aide-major de deuxième classe; Guillot, pharmacien-major de deuxième classe.

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains : MM. Bachelet, médecin principal de deuxième classe; Morer et Polin, médecins-majors de première classe; Beauxis-Lagrave et Mathieu, médecins aides-majors de première classe; Martonneau, pharmacien-major de deuxième classe.

Hôpital thermal de Barèges : MM, Gorsse, médecin principal de deuxième classe; Péborde et Cluzant, médecins-majors de première classe; Voulgre et Labaste, médecins aides-majors de première classe; Boutineau, pharmacien-major de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 20 avril 1898, les inspections générales de 1898 du corps de santé militaire auront lieu de la manière suivante :

Ier arrondissement : M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du comité technique de santé.

IIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Driout, directeur du service de santé du 7e corps d'armée.

IIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Nogier, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée.

IVe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

Ve arrondissement : M. le médecin-inspecteur Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée.

VIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Chauvel, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

VIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Kelsch, directeur de l'École du service de santé militaire, membre du comité technique de santé.

VIIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Mathieu, directeur de l'École du Val-de-Grâce.

IXe arrondissement : M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du comité technique de santé.

Arrondissement spécial de l'Algérie et de la Tunisie : M. le médecin-inspecteur Emery-Desbrousses, directeur du service de santé du 19e corps d'armée.

Arrondissement spécial du service de santé : M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du comité technique de santé ; École du Val-de-Grâce, École de Lyon, magasin central des hôpitaux, Pharmacie centrale, Docks du service de santé.

## REVUE GÉNÉRALE

### La bicyclette au point de vue médical.

Par Ch. Lévi-Sirugue,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis la grande extension du sport cyclique dans toutes les classes de la société, depuis que, comme l'a dit le docteur Le Gendre, il s'y est imposé de haute lutte, nombre de travaux médicaux ont été publiés à son sujet. Il a été l'objet, en France et à l'étranger, d'intéressantes discussions dans les congrès et les sociétés savantes.

C'est, en effet, une grave question d'hygiène, et le médecin, appelé à se prononcer sur l'opportunité de cet exercice, a trop souvent tendance à le préconiser sans réserve, s'il s'y adonne lui-même, et à le condamner sans examen, dans le cas contraire.

Nous commencerons par étudier l'action physiologique de cet exercice, dans ce qu'elle présente de spécial; nous passerons ensuite à l'étude des accidents, envisagés à la fois chez l'individu sain, et chez ceux qui ont une tare pathologique. Nous serons ainsi amenés à rechercher les indications et les contre-indications.

#### I

La *physiologie de la bicyclette* a été étudiée en détail dans un travail très intéressant et très documenté de Mendelsohn (1), et dans une dissertation inaugurale du docteur Blajéiévitch (2).

Le bicycliste doit, d'une part, faire agir les muscles qui maintiennent le corps dans la rectitude pour garder l'équilibre. Il doit aussi faire contracter des muscles qui serviront à la progression.

On a dit que la vélocipédie était une marche assise, ou mieux une ascension assise. Cependant, comme le fait remarquer J. L.-Championnière (3), il y a une différence importante entre la vélocipédie et l'ascension, c'est que dans celle-là il n'y a pas besoin de déplacer le centre de gravité du corps; le transport se fait suivant une ligne horizontale sans oscillation verticale, aussi la flexion de la jambe peut-elle être exécutée d'un côté, en même temps que se produit l'extension de l'autre.

Ce sont les muscles antérieurs de la cuisse, ceux du bassin et surtout les muscles lombaires, les muscles postérieurs de la jambe, les muscles du pied qui agissent principalement dans cet exercice, et qui s'hypertrophient au bout de quelque temps.

Le rôle des muscles du membre supérieur est de faire garder l'équilibre, et ces muscles jouent un rôle important.

Comme dans tout exercice, il n'y a pas seulement contraction des muscles directement en jeu, mais aussi de leurs antagonistes. Ceux qui agissent principalement ici sont presque les muscles opposés à ceux que fait contracter la marche; de là le repos que l'on éprouve à marcher après une promenade à bicyclette; et l'on comprend que ces deux exercices faits modérément puissent se compléter et contribuer à un développement égal de tous les muscles.

D'ailleurs, comme l'ont dit J. Lucas-Championnière et plus récemment le docteur E. Guillemet (1), la bicyclette met en jeu tous les muscles. Aussi note-t-on, à la suite de cet exercice, une augmentation de la force musculaire que permet de constater le dynamomètre. Chose intéressante, comme l'a noté le docteur Guillemet, l'usage de la kola, qui diminue la sensation de fatigue, diminue la force dynamométrique.

Tout exercice amène des modifications dans la *nutrition* et dans la teneur en urée et acide urique des excreta, et un exercice au grand air doit avoir double raison de l'influencer. L'urée et les matières azotées augmentent, et Mendelsohn a constaté, chez un jeune homme de vingt-quatre ans, une augmentation de 2 à 3 grammes d'urée par vingt-quatre heures. Cette augmentation apparaît pendant ou après la course.

Dans un autre cas, il a vu l'urée augmenter de 3 grammes par vingt-quatre heures, pendant une période d'exercices de trois jours, pour revenir après la cessation de l'exercice au taux antérieur. Chez les professionnels, les albumines ne suffisent pas à fournir tous les matériaux azotés de l'excrétion; les graisses en fournissent aussi. De là une cause d'amaigrissement qui s'ajoute à la perte considérable d'eau qui passe dans la sueur.

L'excrétion de l'acide urique augmente aussi au début de l'exercice, pour diminuer ensuite, s'il est modéré (A. Robin).

La digestion ne peut être gênée que par la mauvaise position du corps penché en avant, qui amène la compression de l'estomac. C'est ainsi que peuvent s'expliquer certains troubles gastro-intestinaux (migraines, diarrhées, éructations). La sudation trop abondante pourrait, par la perte d'eau, diminuer la sécrétion du suc gastrique. Mais un exercice modéré favorisera, au contraire, la digestion, à condition de ne pas être précédé d'un repas trop copieux. La défécation est également facilitée; ce n'est que l'abus de la bicyclette qui produit de la congestion rectale.

Nous arrivons maintenant aux fonctions sur lesquelles agit surtout la bicyclette, la *respiration* et la *circulation*.

Bouley a dit : « Le cheval court avec ses jambes, galope avec ses poumons. » C'est la formule reprise et complétée par le docteur Tissié (de Bordeaux), quand il a dit : « On marche avec ses muscles; on court avec ses poumons; on galope avec son cœur; on résiste avec son estomac; on arrive avec son cerveau. »

L'exercice de la bicyclette produit l'augmentation du nombre des respirations (jusqu'à 100 par minute), et quelquefois, chez les débutants ou chez ceux qui font des courses trop longues ou trop rapides, une véritable dyspnée. En effet, si on représente par 1 la quantité d'air nécessaire dans la position horizontale, il faut :

1,33 dans la position debout;
1,90 — marche modérée;
2,76 — marche rapide;
4,31 — natation;
7 — course rapide.

Cette dyspnée pulmonaire reconnaît plusieurs causes, et d'abord l'excès d'acide carbonique.

(1) Mendelsohn. Cong. méd. int. de Berlin, du 16 déc. 1895 au 13 janv. 1896, et *Berlin. Klin. Wochenschr.*, mai 1896.

(2) Blajéiévitch. Th. de Saint-Pétersbourg, 1894.

(3) J. L.-Championnière. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1898.

(1) Eug. Guillemet. *La bicyclette, ses effets psycho-physiologiques*, Th. de Bordeaux, 1897-98.

Comme l'a montré Paul Bert, le muscle qui travaille produit beaucoup d'acide carbonique. Tandis que 100 grammes de tissu rénal ne produisent que 15 centimètres cubes d'acide carbonique et 100 grammes de moelle osseuse 8 centimètres cubes, 100 grammes de tissu musculaire en fournissent 57 centimètres cubes. Le rapport de l'acide carbonique produit à l'état de veille et pendant le sommeil est de 5 à 1. Or, un des moyens d'élimination de l'acide carbonique est l'augmentation du nombre des respirations. L'exercice un peu intensif amène, de plus, de l'hyperthermie passagère (39 ou 40 degrés), due à l'excitation des centres nerveux (Lorrain et Bouchard), qui contribue encore à produire de la dyspnée, et à faciliter l'élimination de l'acide carbonique.

La dyspnée tient enfin à la gêne de la circulation pulmonaire, qui s'accroît quand les respirations sont fréquentes et superficielles. Aussi ne saurait-on trop insister sur la nécessité d'apprendre à bien respirer, c'est-à-dire à faire des inspirations profondes et rares, et, chose importante, à respirer par le nez; en effet, par suite de la vitesse de déplacement, l'air placé en avant de la bouche se trouve comprimé, d'où la gêne de la respiration; si on respire par le nez, on puise l'air dans une zone où il est moins comprimé, le nez à l'instar d'une proue de navire partageant le courant d'air, et le dirigeant de chaque côté de la tête. On comprend que des obstacles à la respiration nasale (catarrhe chronique, polypes, végétations adénoïdes) soient des causes de mauvaise respiration et, par suite, de dyspnée; d'où l'indication de traiter ces affections avant de permettre l'exercice de la bicyclette.

Si cependant on est obligé d'inspirer par la bouche, on atténuera les inconvénients de cette respiration, en mettant la pointe de la langue contre la face postérieure des incisives supérieures; ainsi, la face inférieure de la langue amoindrit les effets de la trop grande pression de l'air.

Le bicycliste doit donc inspirer par le nez, tandis qu'il émet par la bouche l'air expiré. En suivant ces indications, la respiration devient plus ample, plus régulière, et cet exercice faisant travailler beaucoup de muscles, et des muscles volumineux, constitue, d'après la loi physiologique démontrée par Richet, une vraie gymnastique pulmonaire. Il est intéressant de remarquer que, malgré l'opinion reçue, ce sont les exercices des membres inférieurs qui, favorisant l'hématose, augmentent la capacité respiratoire plus que ceux des membres supérieurs, qui souvent, au contraire, immobilisent le thorax.

En règle générale, l'essoufflement, même modéré, devra toujours être considéré mieux que la fatigue musculaire, comme l'indice de la limite maximum du travail, que l'on ne saurait dépasser sans danger.

L'*action sur la circulation* est encore plus immédiate et mérite d'attirer l'attention, d'autant plus que les principaux accidents de la bicyclette sont des accidents cardiaques. Un premier effet est d'augmenter la pression et d'accélérer les mouvements du cœur. Le sang circule plus facilement dans un muscle qui travaille, comme l'ont montré les expériences de Ludwig et Sadler, et celles de Chauveau et Kauffmann sur le cheval. Ces expérimentateurs ont vu que, dans un muscle au repos, le poids du sang représente 17 p. 100 du poids du muscle; tandis que, dans un muscle qui travaille, il représente 85 p. 100.

Pour lutter contre les dangers de l'augmentation de pression, les vaisseaux se dilatent, le dicrotisme de la pulsation s'accentue, mais à la longue les vaisseaux finissent par perdre leur élasticité. Il y a alors une chute de la pression sanguine. Les contractions cardiaques montent à 200, 250, et rarement on en compte moins de 150.

C'est surtout dans l'ascension des côtes que le pouls augmente de fréquence et devient mou et filiforme. Souvent on observe, au bout de quelque temps d'exercice, une diminution du nombre des pulsations, qui doit être attribuée à la fatigue du cœur. C'est ainsi que, chez un individu dont le pouls était normalement à 68, Mendelsohn a observé 152 pulsations dans les trente premières minutes, puis le pouls est retombé à 100, ce qui indiquait la fatigue du cœur. Une légère ascension de côte faisait remonter le pouls à 150; il redescendait à 105 par le repos. A la reprise de la course, il remontait à 138, pour redescendre à 70, indiquant de nouveau la fatigue du cœur, enfin, une nouvelle ascension de côte le faisait remonter à 140. Villaret a compté jusqu'à 260 pulsations après une course de 60 kilomètres, et encore 200 après trois heures de repos. Ces faits expliquent la dyspnée cardiaque des coureurs, avec cyanose de la face.

Blajéiévitch, qui a étudié les modifications de la respiration, de la circulation, de la force musculaire, a constaté, après deux à trois mois d'usage modéré (une à deux heures par jour, avec une vitesse de 10 à 12 kilomètres par heure), que la respiration était meilleure, la pression sanguine avait augmenté, ainsi que la force musculaire et le pouvoir sexuel, et le poids du corps avait diminué. Chez des professionnels, après le même temps, l'auteur notait des résultats différents : fréquence plus grande des respirations qui étaient superficielles, excitabilité cardiaque pouvant aller jusqu'au cœur forcé, diminution de la force musculaire, exagération des réflexes, tendance à la transpiration.

A l'état physiologique, l'action de la bicyclette peut se résumer ainsi : Activité imprimée à la nutrition, qui se traduit par les modifications de l'urée et de l'acide urique et la meilleure utilisation des albumines et des graisses; intensité plus grande des échanges que témoigne l'augmentation de l'élimination de l'acide carbonique, et de l'absorption de l'oxygène par le poumon. L'activité circulatoire a pour conséquence l'augmentation de travail du cœur, qui peut dépasser les limites physiologiques et arriver rapidement à la fatigue du myocarde. C'est là ce qu'il y a de plus spécial à cet exercice. La fatigue du cœur y survient plus vite que dans la marche.

A ce point de vue, Mendelsohn a assimilé l'exercice de la bicyclette au coït; il a publié des graphiques qui montrent en parallèle des tracés de pulsations après le coït et après une course à bicyclette, et on peut constater que dans les deux cas il y a augmentation de la pression. Peut-être est-ce à cause de la tension nerveuse générale, plutôt que par l'effort physique seul. On sait qu'on observe quelquefois, chez des scléreux, des cas de mort subite après le coït, comme on en a signalé par l'usage de la bicyclette.

## II

Les *accidents* de la bicyclette s'observent dans deux conditions : ou chez des individus malades chez qui tout effort devient une cause de danger, ou chez des individus sains, mais qui ont fait abus de cet exercice.

Ce sont les *troubles cardiaques* qui constituent les principaux accidents des courses trop longues, et surtout trop rapides.

Des *intermittences cardiaques* peuvent s'observer de préfé-

rence chez des individus d'âge mûr, intermittences qui sont seulement perçues par le médecin, ou qui s'accompagnent de sensations pénibles.

Une conséquence assez fréquente est le cœur irritable qui donne lieu à des palpitations, de la dyspnée, et on peut voir chez des neurasthéniques, des hystériques, des attaques de *fausse angine de poitrine*. Un accident plus grave est la *dilatation aiguë du cœur*, qui peut amener soit une insuffisance valvulaire fonctionnelle, soit de l'asystolie aiguë, se traduisant, pendant la course, par un état syncopal, chez des individus qui, antérieurement, ne présentaient pas de symptômes cardiaques. Mendelsohn rapporte sept observations d'asystolie par dilatation aiguë du cœur.

L'*hypertrophie cardiaque*, avec son cortège habituel, peut être la conséquence des efforts répétés du myocarde, pour lutter contre la dilatation qui persiste plusieurs heures après la course. Elle est surtout à redouter dans la période de croissance.

Chez des artério-scléreux, le danger peut être plus grand, et on peut observer des attaques de *vrai angor pectoris*, qui peuvent même amener la mort subite du malade. M. L.-H. Petit (1) a signalé plusieurs cas de mort subite dans ces conditions. M. Rendu (2) a vu une crise angineuse après une ascension de côtes contre le vent. Pendant quatre ou cinq mois il observa les signes d'une dilatation aortique. Jamais le malade n'avait eu auparavant d'angine de poitrine. La guérison eut lieu après la cessation de l'exercice à bicyclette.

L'abus de la bicyclette pourrait aussi créer des lésions valvulaires, et M. Launois (3) a observé un cas d'*insuffisance aortique*, survenue chez un homme jeune et vigoureux, ayant fait abus de ce sport; cet homme parcourait souvent la distance de Paris à Rouen et réciproquement, c'est-à-dire 264 kilomètres en quatorze heures, à une allure de 24 à 30 kilomètres à l'heure. Il fit une course de Paris à Madrid, c'est-à-dire 1452 kilomètres, en neuf jours. Un certain temps après, sans avoir fait de nouvel excès sportif, il entend un jour un bruit particulier, qui lui semble causé par les battements du cœur. Il n'éprouva d'ailleurs aucun trouble fonctionnel, mais on entendait à l'auscultation du cœur, à partir de ce moment, un souffle d'insuffisance aortique très intense, perçu par le malade lui-même et à distance par l'entourage. L'acuité de ce souffle était en faveur de rupture d'une valvule dont les lambeaux vibraient.

Sous l'influence de fatigue excessive, des affections cardiaques restées jusque-là latentes peuvent se manifester, et M. Le Gendre (4) a vu chez des jeunes filles plusieurs cas de *rétrécissement mitral congénital*, restés latents jusqu'au jour où la malade a commencé à monter à bicyclette, et qui se sont alors manifestés par des phénomènes très douloureux.

Enfin, en dehors de lésion cardiaque, on pourrait observer de la tachycardie et des palpitations, conséquence de la gêne respiratoire qu'apportent les diverses causes d'imperméabilité nasale.

La fatigue peut porter son action sur tout l'organisme, et se traduire par ces accidents d'auto-intoxication, qu'on connaît sous le nom de *fièvre de surmenage*. Ces accidents ne sont pas spéciaux à la bicyclette; on peut les observer à la suite de toute fatigue excessive. C'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'en voir un cas dans le service de notre maître le professeur Hutinel, chez un enfant assisté d'une quinzaine d'années qui, échappé de l'agence où il se trouvait, avait marché pendant six jours de suite. Cet enfant présentait un état typhoïde à son entrée à l'hôpital. Ces accidents, rares aujourd'hui, ne s'observent guère plus que chez les cyclistes. On peut voir réalisée chez eux, après de grandes courses, l'expérience bien connue de MM. Charrin et Roger qui faisaient mouvoir des animaux enfermés dans un cylindre. La seule différence est qu'ici l'individu est au-dessus et non dans le cylindre.

(1) P.-H. Petit. Soc. méd. des hôpit., 4 juin 1897.
(2) Rendu. *Ibid.*
(3) Launois. Soc. méd. des hôpit., 10 déc. 1896.
(4) Le Gendre. *Rev. obstét. et pédiatrie*, juin-juillet 1897.

MM. A. Mathieu et Nattan-Larrier ont présenté un cas de fièvre de surmenage à la Société médicale des hôpitaux (11 juin 1897). Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, qui fut pris d'accidents fébriles, après une course de vingt-neuf heures sur piste. Les accidents survinrent dans la nuit suivante : il y eut une hémoptysie abondante et des palpitations douloureuses. La température s'éleva à 40 degrés et resta quatre jours au-dessus de 39 degrés, pour retomber brusquement à la normale. On nota une albuminurie assez intense, des étourdissements, de la céphalée, un état typhoïde avec grosse rate et taches rosées. Il est possible que, dans ce cas, l'albuminurie existât antérieurement et fût due à une scarlatine ancienne. Les hémoptysies, qui ne paraissaient pas tuberculeuses, étaient peut-être consécutives à la dilatation cardiaque. L'albumine ensuite a augmenté après chaque reprise de l'exercice. Le surmenage met en effet l'organisme en état d'infériorité dans la lutte incessante qu'il doit soutenir contre les microbes, d'où une porte ouverte aux infections.

L'*albuminurie* a été signalée plusieurs fois chez des sujets bien portants antérieurement. Muller a étudié, à ce point de vue, douze sujets normaux, de dix-neuf à trente-deux ans. Parmi eux, il y avait sept entraîneurs qui n'avaient pas d'albumine avant la course; un seul présentait une albuminurie légère. Après la course, on notait beaucoup d'albumine chez les sept premiers, et, chez six d'entre eux, le sédiment était tellement riche en cylindres qu'on aurait cru à une néphrite épithéliale; d'ailleurs tout cela disparaissait vite par le repos. Chez quatre sujets, faisant de la bicyclette un usage modéré, et qui avaient des urines normales, l'auteur vit dans un cas de l'albuminurie et de la cylindrurie, et dans un autre de l'albuminurie seulement. Après le repos, l'urine redevenait normale.

En somme, on note de l'albuminurie après l'exercice chez 72 p. 100 des cyclistes, de la cylindrurie chez 58 p. 100 et seulement chez 16 p. 100, les urines restent normales. Cette albuminurie est une albuminurie de fatigue. Muller dit qu'il n'a pas observé de vraie néphrite, même après des courses de 700 kilomètres. Guillemet n'a jamais constaté d'albumine, même après de longues courses. On comprend cependant que l'albuminurie, due à une néphrite, soit pour l'exercice de la bicyclette de mauvaises conditions. A. Robin (1) a observé chez un artério-scléreux ayant des traces d'albumine :

Avant l'exercice . . . 195 milligr. d'albumine.
Pendant l'exercice. . . 380 —

On a signalé aussi, par l'abus de la bicyclette, des *con-*

(1) Robin. Acad. de méd., 1894, p. 349.

*gestions hépatiques*, qui se traduisent par de l'urobiline dans l'urine.

Les *organes génitaux* peuvent avoir à souffrir, surtout s'il y existait une lésion antérieure (gonorrhée). C'est dans ces conditions qu'on a noté de l'hydrocèle.

M. de Pezzer (1) a étudié les lésions produites sur le périnée par la selle, qui comprime les parties molles contre les ischions. Ces lésions peuvent atteindre les différents organes compris dans le périnée. Les lésions superficielles se voient surtout chez la femme, où elles portent sur les grandes lèvres et l'urèthre. Elles peuvent occasionner des envies fréquentes d'uriner.

On peut observer la compression des veines hémorroïdales, produisant des varices péri-anales ou de vraies hémorroïdes, qui peuvent se rompre et donner lieu à des hémorragies. Certains individus éprouvent des érections pénibles; enfin la compression prostatique peut amener de la rétention d'urine.

La compression nerveuse produit quelquefois l'insensibilité du périnée et des parties génitales, ou de la coccygodynie. On a noté encore de l'intertrigo périnéal, et, chez des gens atteints de blennorragie chronique, des cystites et des abcès urineux. Des ruptures de l'urèthre, et même des déchirures vésicales (2), peuvent se voir à la suite de chutes à califourchon sur la selle. Chez la femme, on peut noter, dans ces conditions, des hématomes vulvaires. Pour compléter les accidents génito-urinaires de la femme, nous ajouterons des cas de néphroptose par ressauts brusques de la machine et des congestions tubo-ovariennes dues surtout à l'irritation par la contraction du psoas. M. Legendre a vu un cas d'hématome du psoas avec hémorragie intestinale. Enfin on a accusé la bicyclette de provoquer chez la femme l'onanisme.

Sans parler des modèles de selle munis d'un prolongement antérieur recourbé en haut, il se produit toujours des frottements des parties génitales, surtout dans la position penchée du corps en avant, et ces frottements joints à l'afflux sanguin amènent souvent l'irritation des organes génito-urinaires, comme le prouvent le ténesme vésical et les excoriations vulvaires (3). Cependant le reproche de favoriser la masturbation n'est guère plus justifié que celui de provoquer des hernies, qui ne peuvent survenir que chez des prédisposés. On peut même dire que, par la diversion et par la fatigue physique, la bicyclette peut servir à lutter contre l'onanisme.

On a signalé des troubles trophiques de la cornée produisant une cécité passagère (4), des traumatismes des membres (fractures du tibia, du péroné, du fémur, de la clavicule, de l'avant-bras, luxations de l'épaule), des accidents de sciatique par compression, et de névrite cubitale [Tissié (5)], ainsi que des inflammations mécaniques articulaires (hydarthrose) et des douleurs passagères dans les ligaments de la patte d'oie. Nous ajouterons deux cas d'arthrite médio-tarsienne que M. L. Labbé se refuse à attribuer à la bicyclette qui, au contraire, serait utile dans les arthrites liées aux troubles de nutrition. Quand nous aurons enfin mentionné, chez l'enfant, des hyperhémies épiphysaires (1) et chez des arthritiques congestifs des congestions cérébrales, des coups de chaleur, nous en aurons fini avec les accidents que nous devions passer en revue.

## III

Connaissant maintenant les avantages et les dangers de la bicyclette, nous sommes en mesure d'étudier les cas où elle est *contre-indiquée* et ceux où elle peut être *préconisée*.

L'énumération des nombreux accidents cardiaques qu'elle provoque doit d'abord attirer l'attention du médecin du côté du cœur et on devra rechercher si l'individu qui doit se livrer à cet exercice présente un système circulatoire normal.

Doit-on condamner la bicyclette dans toutes les *cardiopathies?* C'est là une question qui a été tranchée différemment par les auteurs. Ward Richardson (2) a vu des individus ayant de la dyspnée et des palpitations en montant un escalier et qui pouvaient facilement gravir des collines à bicyclette. Il a vu des cardiaques, surtout dans des cas de dégénérescence graisseuse du cœur, améliorés par cet exercice, tellement qu'il avoue ne pas savoir si la bicyclette doit être recommandée aux cardiaques, et « qu'il laisse la responsabilité au malade de trancher cette question ».

Washington Isaac cite aussi le cas d'un médecin atteint d'affection aortique avancée et qui ne ressentait de la bicyclette aucun inconvénient. Œrtel a vu de l'amélioration chez deux cardiaques qui faisaient de la bicyclette à son insu. Dans un cas, il s'agissait de dégénérescence graisseuse avec intermittences, qui cessèrent par cet exercice.

Little donne comme traitement de la dilatation du cœur l'exercice modéré; Sansom est de même avis et préfère, comme plus agréable, la bicyclette à la cure d'Œrtel par l'ascension progressivement graduée. L'exercice à bicyclette étant jusqu'à un certain point, comme nous l'avons vu, assimilable à l'ascension, on comprend qu'on puisse l'y substituer. A ce sujet, l'opinion des médecins français, qui ont étudié cette question, de M. Barié (3) et de notre maître M. Hallopeau (4), est que l'état des artères est d'importance capitale. La bicyclette doit être formellement interdite aux artério-scléreux avancés, aux vieillards athéromateux, et surtout à ceux qui ont des dilatations anévrysmales.

Pour M. Barié, contrairement à Ward Richardson, la stéatose cardiaque est une contre-indication formelle, et à ce point de vue, il importe de distinguer la dégénérescence graisseuse, où les exercices physiques sont dangereux, de la simple surcharge graisseuse du myocarde, qui peut tirer profit du cyclisme.

Le sport cyclique, de même que la cure de terrain d'Œrtel, peut donc être utile dans certaines cardiopathies, nuisible et dangereux dans la plupart. Utile, à condition d'être modéré, dans des lésions valvulaires bien compensées, dans des névroses cardiaques, dans la surcharge graisseuse du cœur; il est contre-indiqué dans l'endocardite récente,

(1) De Pezzer. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, janv. 1894. — Richards. *Med. Rec.*, 1895, nº 10. — Irwin. *Louisville Med. and Surg. Rep.*, 1892, nº 21; — Grant Sigman. *Med. Fortnightly*, 16 déc. 1895.

(2) Ferria. *Lo Sperimentale*, 1895, nº 2. — Le Monier. *Gaz. des hôpit.*, 1896, nº 1. — Delobel. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, nº 12.

(3) Auvard. *Journ. de méd. de Paris*, 1894, nº 37. — Lagneau. Acad. de méd., 1894, nº 37.

(4) Lavigerie. *Rec. ophtalm.*, 1895, nº 4.

(5) Tissié. Soc. de biol., 21 juin 1892. — *Union méd.*, 21 juin 1892.

(1) Le Gendre. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., Caen 1894.

(2) Richardson. *London med. Soc.*, 14 janv. 1895, et *Semaine méd.*, 22 janv. 1891.

(3) Barié. *Méd. moderne*, 18 nov. 1896.

(4) Hallopeau. Acad. de méd., 1896.

l'angine de poitrine vraie, l'artério-sclérose avancée, les cardiopathies orificielles et valvulaires en hyposystolie, ou, *a fortiori*, en asystolie, les dégénérescences du myocarde, les anévrysmes aortiques (Barié).

L'état du pouls devra surtout guider le médecin et les irrégularités, les faux-pas du cœur devront faire conseiller l'abstention. Chez l'enfant, quand on aura à craindre une lésion du cœur, si minime soit-elle, on devra défendre absolument cet exercice. Les accidents seraient encore plus à redouter à cet âge, où la pression sanguine est normalement plus élevée que chez l'adulte [Fiessinger (1)]. On devra examiner l'enfant avec soin pour la possibilité d'une affection congénitale (rétrécissement de l'artère pulmonaire, rétrécissement mitral).

A la suite d'une maladie fébrile, à cause de la myocardite, qui en est souvent le reliquat, on maintiendra longtemps le petit malade en observation. On a vu, en effet, après la rougeole, la scarlatine, des enfants qui ne présentaient aucun signe de lésion du cœur pris d'accidents cardiaques pendant une promenade à bicyclette. Mendelsohn a relaté des observations de ce genre.

En résumé, il est des cardiaques chez qui on peut autoriser, avec extrême prudence, la bicyclette. Elle doit être proscrite chez les artério-scléreux et les enfants atteints de cardiopathies.

Y a-t-il des *affections des voies respiratoires* qui constituent une contre-indication à l'usage de la bicyclette? D'une manière générale, les individus atteints d'affections pulmonaires devront éviter les promenades sur des chemins poudreux. A cette condition, elle peut être utile pour la guérison de reliquats de pleurésie, pour la résorption des fausses membranes, ainsi que dans des catarrhes bronchiques. Certains médecins, entre autres Tiburtius, la recommandent dans l'emphysème, d'autres y voient une contre-indication, comme dans l'asthme, à cause de la difficulté de la respiration pendant cet exercice. Popow (2) a donné des observations où l'on peut constater les mauvais effets de la bicyclette dans l'emphysème.

Une autre question très importante est de savoir si cet exercice doit être permis chez les tuberculeux pulmonaires, au début, et en dehors des périodes aiguës.

Mendelsohn cite le cas d'un homme de cinquante ans, atteint de tuberculose du sommet, qui avait été, à diverses reprises, passer l'hiver en Italie et qui se trouva amélioré par la bicyclette. Le catarrhe disparut; l'état général devint meilleur. M. L.-H. Petit est d'avis que si les tuberculeux, pour la plupart, doivent s'en abstenir, d'autant plus qu'ils ont déjà au repos de la tachycardie, les gens prédisposés à la tuberculose, mais n'ayant pas de lésions, peuvent par contre en retirer de bons effets.

M. Barth (3) dit que, pratiquée avec mesure, la bicyclette peut rendre service dans les cas de tuberculose atonique et dans les tuberculoses fibreuses, guéries. Mais le sport doit être évité. Il cite le cas d'un jeune homme qui, après une grande course à bicyclette, eut une hémoptysie, premier signe d'une tuberculose pulmonaire qui progressa ensuite. Les tendances aux hémoptysies, les poussées fébriles sont donc des contre-indications absolues. D'une manière générale, il faut être très sobre d'exercices physiques chez les tuberculeux, chez qui toute dépense de forces se fait au détriment de la résistance de l'organisme au bacille et à ses toxines et chez qui le plus léger surmenage peut avoir des conséquences fâcheuses.

Aux lésions des voies respiratoires, nous ajouterons les *lésions nasales*, dont nous avons déjà montré l'importance. La déviation de la cloison du nez, l'hypertrophie des cornets, les végétations adénoïdes sont des conditions de respiration défectueuse, qui devront être traitées avant de permettre la bicyclette. En gênant la respiration, elles prédisposeraient aux accidents cardiaques (Le Gendre).

*Chez la femme*, les *affections des organes génitaux* forment un chapitre intéressant, vu la fréquence et l'importance de ces lésions. Peter a dit : « La femme est un utérus avec des organes autour. » C'est assez montrer l'importance qu'il y a à conserver l'intégrité de ces organes. Les gynécologistes, surtout à l'étranger, se sont beaucoup occupés de la question de la bicyclette chez la femme. Robert Dickinson (de New-York) prétend qu'un exercice modéré peut être utile dans beaucoup de maladies de la femme. Il aurait vu guérir ainsi des antéflexions, des hypertrophies ovariennes, des catarrhes utérins, des cas de dysménorrhée et de relâchement du périnée. La femme devra renoncer au corset, et ne pas attacher ses jupes avec des cordons qui compriment le ventre (1). Mme Gaches-Sarraute (2) se déclare partisan de cet exercice dans les périmétrites et salpingo-ovarites chroniques. Theilhaber (3) préconise la bicyclette dans l'aménorrhée chlorotique, dans la dysménorrhée nerveuse. M. Le Gendre (4) a vu plusieurs cas de jeunes filles ou jeunes femmes ayant des règles abondantes non douloureuses, dont le flux menstruel s'atténua grâce à l'exercice à bicyclette pendant leurs règles. Il conclut qu'on peut en conseiller l'usage, même pendant les règles. Des prolapsus peu marqués peuvent être heureusement influencés; par contre, M. L.-H. Petit a vu, dans un cas de déchirure du périnée, une chute de l'utérus.

Comme contre-indications absolues, on peut signaler la blennorragie, l'endométrite gonococcique, les tumeurs, la grossesse. On fera bien, malgré l'avis de quelques auteurs, de recommander l'abstention dans toutes les périmétrites, où il y aurait toujours à craindre des poussées de pelvipéritonite. Il en est de même dans le cas de néphroptose. Au contraire, cet exercice pourra être utile dans des affections génitales nerveuses, telles que l'ovaralgie.

*Chez l'homme*, il est certaines *affections génitales* qui contre-indiquent l'usage de la bicyclette. C'est surtout la blennorragie, même chronique, où des poussées pourraient être réveillées, et pour les éviter on fera bien d'attendre trois mois après la guérison, et le double s'il y a eu complication d'orchite. Dans ce cas, le port d'un suspensoir s'impose pendant l'exercice. Enfin, l'hypertrophie prostatique du vieillard est aussi une contre-indication formelle.

On ne devra pas permettre la vélocipédie aux *albuminuriques*, puisque même chez des gens bien portants, l'exercice peut amener une albuminurie transitoire, et que chez des albuminuriques la quantité d'albumine augmente.

(1) Cadet de Gassicourt. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894, n° 37. — Fiessinger. Mém. couronné par l'Acad. de méd., Paris 1889.
(2) Popow. Congr. de neurol. et psychiat. de Kasan, 1895.
(3) Barth. *Thérapeutique de la tuberculose* (Bibl. de thérap. méd. chir.).

(1) Douglass Hogg. *Journ. de méd. de Paris*, 1894, n° 47.
(2) Mme Gaches-Sarraute. *Bull. méd.*, 1895.
(3) Theilhaber. *Munch. Med. Wochenschr.*, 1er déc. 1896.
(4) Le Gendre. *Rev. d'obstét. et de pédiat.*, juin-juillet 1897.

Par contre, l'*uricémie*, la *goutte* (1), les *coliques néphrétiques*, et en général les maladies par *ralentissement de la nutrition*, et surtout l'obésité, sans dégérescence du myocarde, pourront être heureusement influencés par un exercice modéré. Dans le *diabète sucré* on devra être très prudent, à cause du coma diabétique qui pourrait être la conséquence du moindre surmenage. Le *diabète azoturique*, ainsi que la polyurie simple et la *pollakiurie* (2) pourront être avantageusement modifiés.

Les *phlébites des membres*, suites de puerpéralité ou d'autres infections, telles que, par exemple, la fièvre typhoïde, devront commander l'abstention, tant qu'elles se manifesteront par de l'œdème survenant lors de fatigue. Il en est de même pour les *lésions articulaires* (hydarthroses, arthrites tuberculeuses).

Certains troubles des *fonctions gastro-intestinales* peuvent s'amender sous l'influence de la bicyclette. Il en est ainsi de certaines dyspepsies nerveuses, de la constipation, de la lithiase intestinale. Au contraire, une poussée de typhlo-appendicite devra en faire, pendant un certain temps, interdire l'usage, et on devra n'y revenir que modérément.

Nous ne ferons que signaler les bons effets obtenus dans la *chlorose* non symptomatique de tuberculose, de néphrite ou de rétrécissement mitral. Les bruits de souffle anémiques disparaissent par l'exercice. M. Bouchard a même vu un malade atteint d'une anémie ressemblant aux formes pernicieuses, guérir par cet exercice, et pourtant au début la faiblesse était telle qu'il fallait le hisser et le soutenir sur l'instrument.

Dans les *affections nerveuses*, telles que parésies, amyotrophies, neurasthénie, hystérie, on a obtenu de bons résultats. En 1892, Hammond rapportait treize observations suivies de succès dans des névrites alcooliques, dans des paralysies hystériques avec contractures, dans la neurasthénie grave avec perversion sexuelle, dans la sciatique. Ce peut être, enfin, un agent utile dans la thérapeutique du morphinisme (3). Dans la neurasthénie, il est bon de distinguer deux cas. La neurasthénie légère s'en trouvera améliorée rapidement; au contraire, la neurasthénie grave, avec relâchement de tout le système nerveux, peut être une contre-indication à cet exercice, comme à toute autre fatigue physique. D'ailleurs, il faut savoir que, tandis qu'une fatigue légère est plutôt un tonique nerveux, une fatigue plus forte énerve, et une fatigue à un degré plus élevé déprime.

En somme, les seules vraies contre-indications sont les lésions organiques du cœur.

Dans d'autres affections, la bicyclette peut rendre service, mais il sera bon, surtout s'il s'agit d'un enfant, d'examiner l'individu qui doit se livrer à cet exercice. Il faudra le mettre en garde contre cet état cérébral particulier que développe la course par sa rapidité et la régularité monotone des mouvements. « C'est, comme dit le docteur Tissié (4) [de Bordeaux], une inhibition de certaines parties du cerveau, un *automatisme* par suite duquel la conscience de certaines sensations physiques s'engourdit, de même que la pensée s'obnubile; cette sorte d'anesthésie, comparable de très loin sans doute à celle du haschich, est même un des charmes de la course rapide à bicyclette; elle explique que beaucoup de gens lui demandent et en obtiennent l'oubli momentané des inquiétudes et des chagrins.

Le moi psychique se repose pendant que fonctionne le moi somatique. Mais elle explique aussi que l'abus puisse suivre de près l'usage, et que les inconvénients qui en peuvent découler, soient pendant un certain temps masqués, pour ainsi dire, au principal intéressé. » Cet état inconscient d'automatisme, si bien décrit par M. Tissié, et si particulier à l'exercice de la bicyclette, peut, à la suite de surmenage, conséquence il est vrai plutôt de l'abus que de l'usage de cet instrument, aller jusqu'à la folie vraie, et récemment on a observé en Amérique, à la suite d'une course ininterrompue de sept jours, de véritables accès de démence et d'automatisme ambulatoire. On a noté dans ces mêmes conditions, des idées fixes, de l'aboulie, du dédoublement de la personnalité, de l'hypermnésie ou de l'amnésie, surtout chez des dégénérés.

M. Mathieu nous a raconté le cas d'un individu qui, sans être un professionnel, après avoir fait une course assez longue à bicyclette, continua au repos, dans le lit, à être pris de mouvements automatiques de flexion et d'extension des jambes. Il lui semblait, dans son sommeil, être encore sur sa machine.

Malgré cet entraînement dangereux, qui est ici plus à craindre que dans tout autre exercice, on peut dire que la vélocipédie offre au médecin, à condition qu'il tienne compte de la résistance nerveuse, très variable selon les individus, un exercice d'autant plus hygiénique qu'il ne nécessite pas le séjour dans un lieu fermé, et enfin un exercice agréable et ayant une heureuse action sur le moral. Cependant, quoique éloignés de considérer la bicyclette comme une « occupation dangereuse », qualification qui lui a été donnée aux États-Unis, où le prix des assurances sur la vie a été majoré pour les bicyclistes (1), nous sommes d'avis, néanmoins, qu'elle peut produire des accidents chez des individus qui en abusent, ou chez ceux qui sont porteurs d'une lésion organique. Le danger est surtout dans la rapidité trop grande de la course et dans les fatigues de l'ascension des côtes. Chez l'enfant, on fera bien de ne permettre cet exercice que passé l'âge de douze à treize ans. La prudence est chez lui plus nécessaire que chez l'adulte.

Chez la femme bien constituée, la bicyclette n'a pas d'inconvénients, en en limitant l'usage aux périodes intermenstruelles. L'abstention s'impose dans la plupart des affections gynécologiques.

La vitesse ne devra pas dépasser, chez l'adulte, 18 à 20 kilomètres à l'heure pour les gens entraînés, 12 à 15 pour les autres. Avant l'âge de seize ans, et chez la femme, il sera bon d'établir, comme limite, 15 kilomètres à l'heure.

Avant la promenade, on devra éviter une alimentation trop azotée, car si aux déchets provenant de la combustion de sa propre substance, le bicycliste ajoute des déchets alimentaires, les matières toxiques pourraient s'accumuler dans le sang. C'est donc plutôt aux aliments hydro-carbonés qu'il faudra accorder la préférence. L'alcool et les autres excitants, tels que la kola, la coca ne font que donner une illusion de force, mais en réalité ils diminuent la force musculaire.

On devra avoir soin de ne pas partir en vitesse, d'éviter les ascensions au début de l'exercice. Après le repas, l'af-

(1) Bouloumié. *Rev. d'hyg.*, 1895, n° 1. — Richardson. *Med. News*, 1895, n° 12.
(2) Collignon. *Journ. de méd. et de chir.*, 15 juillet 1895.
(3) Cycling versus morphin., *Brit. Med. Journ.*, 30 nov. 1895.
(4) Tissié. *Guide du vélocipédiste*, Paris O. Doin.

(1) Bicyclers bad risks, *Ann. Med. Surg. Bulletin*, 29 fév. 1896.

folement du cœur survient plus rapidement; de même après des fatigues nerveuses, telles que nuits de voyage, nuits d'insomnie, coïts. Si la tachycardie est survenue dans ces conditions, on devra conseiller le repos, puis la reprise modérée de l'exercice au bout de quelque temps. Une recommandation importante pour le bon fonctionnement du cœur, est de boire peu de liquide, et de toutes les boissons l'eau est la meilleure. La dyspnée doit toujours faire suspendre l'exercice, et dans les cas où elle se répéterait constamment, elle devrait le faire exclure entièrement.

Si on en use dans une sage mesure, la bicyclette sera un exercice utile, surtout pour les individus déprimés par le travail et les préoccupations des affaires. Ce sera un préservatif excellent contre la neurasthénie, de plus en plus fréquente dans les grands centres.

Son introduction dans notre vie moderne marque un des nombreux progrès de l'hygiène, et on ne saurait mieux démontrer son utilité, qu'en rappelant qu'il compte parmi ses adeptes un nombre toujours croissant de notabilités médicales, dont beaucoup n'ont pas redouté, à un âge mûr, les ennuis de l'apprentissage.

---

## SUR LE TRAITEMENT DE LA RAGE

### PAR L'INJECTION DE SUBSTANCE NERVEUSE NORMALE (1)

Par M. V. Babes.

En 1889, j'observai que des personnes mordues par des animaux enragés, et affectées de neurasthénie, d'épilepsie ou de mélancolie, ont été, à la suite du traitement pasteurien, en partie guéries aussi de ces maladies nerveuses. M'appuyant sur cette observation, j'avais essayé de traiter des neurasthéniques, des mélancoliques et des épileptiques par des injections de substance nerveuse, surtout du bulbe de mouton ou de lapin.

Mon regretté ami Constantin Paul avait déclaré, le 23 février 1892, à l'Académie de médecine de Paris, qu'il s'était convaincu de l'effet salutaire de ces injections, qu'il désigne sous le nom de *procédé du professeur Babes*.

En appliquant lui-même à Paris ce procédé, il avait obtenu une série de résultats remarquables, qu'il ne tardait pas à communiquer à l'Académie de médecine, tandis que, de mon côté, je publiais mes résultats dans la *Deutsche mediz. Wochenschrift*.

La maladie et la mort de mon ami ayant interrompu l'étude clinique de ce procédé, ce n'est que récemment que l'on a repris cette étude d'une manière scientifique et expérimentale.

J'avais déjà soupçonné que la substance nerveuse devait jouir d'un certain pouvoir pour combattre les infections qui s'adressent au système nerveux, et notamment à la cellule nerveuse. Ainsi, en examinant les différents organes des animaux immunisés contre la rage, j'avais constaté que la substance antirabique n'existe chez ces animaux que dans le sang et dans le système nerveux, surtout dans le liquide céphalo-rachidien (Acad. de méd., 1895).

J'avais encore constaté que, à une certaine époque, le sang renferme des substances antirabiques, tandis que le système nerveux n'en contient pas.

En constatant la localisation des lésions rabiques au niveau des cellules nerveuses, du bulbe et de la moelle, et en considérant la virulence de la substance grise dans la rage, j'ai été conduit à admettre que le virus rabique se localise au niveau de ces cellules et que les symptômes de la rage sont en rapport de cause à effet avec ces lésions.

J'avais découvert, en 1889, la propriété que possède le sérum des animaux immunisés de guérir la rage et, comme je pouvais contrebalancer, *in vitro*, l'action du virus rabique par le sérum antirabique, il fallait chercher la source de cette substance.

Comme on avait démontré pour le tétanos que la toxine tétanique s'adresse aux mêmes cellules nerveuses et que ces cellules sécrètent une substance antitétanique, il était à prévoir que la cellule nerveuse, par sa fonction importante et par sa stabilité, doit jouir de la faculté de s'opposer aux attaques directes du virus rabique.

Dans ces cas, il faudrait supposer que la cellule nerveuse normale renferme ou sécrète aussi une substance qui, jusqu'à un certain degré, peut s'opposer à l'infection rabique.

J'ai donc essayé de prévenir ou de guérir la rage par mon procédé, c'est-à-dire par l'injection sous-cutanée d'une certaine quantité de substance nerveuse du bulbe et de la moelle d'animaux sains et neufs. J'ai tout d'abord cherché, en collaboration avec M. Riegler, si l'on pouvait paralyser (neutraliser) le virus fixe *in vitro* par la substance nerveuse; mais, tandis que nous avons constaté qu'une partie du sang de nos chiens les plus immunisés peut paralyser jusqu'à 50 parties de virus, une partie de substance du bulbe de brebis ou de lapin ne réussit pas à paralyser une partie de virus, et même 10 parties de bulbe normal n'ont pas d'effet appréciable sur une partie de virus fixe.

Cependant, en agissant sur des animaux, j'ai obtenu, en collaboration avec M. Riegler, une action préventive ou curative très nette de la substance nerveuse normale sur le virus rabique, à la condition de donner une quantité assez abondante de substance nerveuse et de ne pas employer un virus trop fort.

Ainsi, en inoculant, par trépanation, quatre chiens, avec le virus de passage de deux jours, de nos lapins de 1 kilogramme, et en traitant trois de ces chiens pendant dix jours, chaque jour par des injections de 5 grammes d'émulsion du bulbe de mouton normal, le chien de contrôle meurt le quinzième jour de la rage, un des chiens traités succombe le vingtième jour de la rage, tandis que deux résistent.

En répétant ces expériences sur quatre chiens traités de la même façon, un seul chien résiste; mais, en commençant les injections trois jours avant l'infection cranienne chez trois chiens, et en infectant en même temps un chien de contrôle, ce dernier a succombé le douzième jour de la rage, tandis que les trois traités par la substance nerveuse ont résisté.

Comme, depuis ces expériences, plus de de deux mois se sont écoulés, on peut les regarder comme concluantes.

Chez le lapin, les résultats ont été beaucoup moins nets, ce qui s'explique par le fait qu'on ne peut qu'exceptionnellement sauver ces animaux, même par la méthode de Pasteur, si l'on commence le traitement après la trépanation.

Nous continuons ces expériences intéressantes en changeant les conditions de l'infection, mais nous nous empressons de publier ces résultats préalables, qui prouvent qu'*on peut combattre la rage par des injections de substance du bulbe de moutons sains et non traités auparavant*.

Par les résultats obtenus par Wassermann et Takaki dans

(1) Communication à l'Académie des sciences.

le tétanos, de même que par les résultats obtenus par Widal, Manicatide, etc., dans l'intoxication par la strychnine, de même que par les résultats relatés plus haut, mon procédé de traitement de certaines maladies du système nerveux par des injections de substance du bulbe normal du mouton, a acquis une base solide expérimentale.

Nos expériences ont prouvé, de plus, que les substances renfermées dans le bulbe et qui s'opposent à l'infection rabique et tétanique s'adressent à certaines toxines, à certains alcaloïdes, à des virus de nature différente, de sorte qu'il n'est plus douteux que mon procédé peut avoir un effet réel dans différentes maladies nerveuses, de nature toxique ou infectieuse, de même que pour les maladies pour lesquelles Constantin Paul et moi-même avons obtenu des résultats favorables.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité de gymnastique médicale suédoise** (1), par le professeur A. WIDE, directeur de l'Institut orthopédique de l'État à Stockholm, traduit, annoté et augmenté par le docteur M. BOURCART, privat-docent à l'Université de Genève, préface du docteur Fernand LAGRANGE.

Depuis les publications du docteur Fernand Lagrange, la « Gymnastique suédoise » a conquis droit de cité en France; cependant pour affermir sa base dans les milieux scientifiques, il fallait un traité technique. M. le docteur Bourcart a pensé combler cette lacune en traduisant, dans notre langue, l'ouvrage classique du professeur Wide (de Stockholm).

Le plan du livre est conçu dans l'esprit le plus rationnel. Le lecteur y trouvera d'abord l'exposé des moyens d'action du système suédois, c'est-à-dire l'énumération et la description détaillée de tous les mouvements qui composent l'arsenal de la gymnastique médicale. Puis vient l'exposé des règles générales suivant lesquelles ces mouvements doivent être appliqués au traitement des maladies. Enfin suivent les indications spéciales que comporte chaque maladie : choix des mouvements qui conviennent au cas traité, manière de les appliquer suivant chaque sujet et suivant la forme clinique que présente son état morbide. Ainsi est passée en revue l'application du système au traitement des affections des organes de la circulation et de la respiration, de l'appareil digestif, du foie, des organes génito-urinaires, des organes génitaux de la femme, du système nerveux et du système musculaire, des maladies constitutionnelles, des affections des os et des articulations.

M. le docteur Bourcart a complété ce traité par plusieurs chapitres qu'il a consacrés aux affections abdominales et gynécologiques, et par un travail sur le massage en ophtalmologie qu'il a demandé au docteur D. Gourfein.

---

— Par arrêté ministériel, en date du 14 avril 1898, sont nommés membres des Comités d'admission de l'Exposition universelle de 1900, les personnes ci-après désignées :

Classe 12 : M. Yvon, micro-photographie, directeur du laboratoire de photo-micrographie de la Faculté de médecine. — Classe 16 : M. Touchard, professeur à l'École dentaire. — Classe 34 : M. le docteur Hureau de Villeneuve, rédacteur en chef de « l'Aéronaute »; secrétaire général de la Société française de navigation aérienne. — Classe 111 : MM. les docteurs Brémond, vice-président de la Commission des logements insalubres de la ville de Paris. — Durand-Fardel, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale. — Gauthier, sénateur de l'Aude. — Goujon, sénateur de l'Ain, maire du XII[e] arrondissement de Paris. — Jullien, chirurgien de Saint-Lazare. — Lepileur, travaux pour l'hygiène des prisons; Sur la prostitution; secrétaire général de la Société médicale de l'Élysée, médecin de l'hôpital Saint-Lazare. — Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, président du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France. — Stoëber, à Nancy. — Thiéry, inspecteur-adjoint de l'hygiène de l'habitation pour la ville de Paris.

— MM. les médecins de première classe de la marine Castellan (H.-L.), désigné pour aller servir aux troupes à Madagascar, et Tricard, du service général à Cherbourg, sont autorisés à permuter. — M. Tricard prendra passage sur le paquebot partant de Marseille le 10 mai 1898.

Un congé de convalescence de trois mois, à solde entière, est accordé à M. le médecin de deuxième classe Poret, pour en jouir à Vire. Cet officier du corps de santé de la marine, qui provient du 1[er] régiment de tirailleurs tonkinois, sera affecté comme aide-major au 3[e] régiment d'infanterie de marine à Rochefort.

— MM. les médecins de deuxième classe Courtier, du port de Toulon, et Giraud (J.-J.), de Brest, sont autorisés à permuter.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Buguet, ancien suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de physique.

— Le concours annuel pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices de Paris sera ouvert le lundi 6 juin 1898, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures, du lundi 9 mai au samedi 21 du même mois inclusivement.

— M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, commencera son cours élémentaire de médecine opératoire, le lundi 25 avril 1898, à trois heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Duplay reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, le mardi 26 avril, à dix heures, et les continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

— M. Castex, chargé de cours, reprendra son cours pratique de laryngologie, rhinologie et otologie, le mardi 26 avril 1898, à trois heures (21, rue Guénégaud), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sont admis à ce cours tous les étudiants et docteurs en médecine. — On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures.

— M. le docteur A. Terson, chef de clinique, recommencera le mardi 10 mai, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques d'ophtalmologie : 1° ophtalmoscopie clinique (avec malades) : rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales; 2° chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves).

M. F. Terrien, chef du laboratoire, recommencera le mercredi 11 mai, à cinq heures, des conférences pratiques : 1° anatomie normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographiques); 2° bactériologie clinique de l'œil.

Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardis, jeudis et samedis à cinq heures; le second les lundis-mercredis et vendredis à la même heure.

---



(1) Gr. in-8°, 128 grav. Prix : 12 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 25 avril 1898.

L'Association générale des médecins de France a tenu la semaine dernière, à Paris, sa 39e assemblée générale. Son président, M. le professeur Lannelongue, a ouvert la séance par un discours, où, après avoir dressé le bilan mortuaire de l'année, il envisage ce que deviendra l'Association générale lorsque la loi sur les Sociétés de secours mutuels, qui vient d'être promulguée, recevra son application. Quelle place sera faite à l'Association des médecins? Sera-t-elle différente? Quelles seront désormais les conditions de son existence?

Il y a là pour l'avenir de l'Association une enquête difficile à faire, et pour laquelle le délai de deux ans, qui a été accordé, n'est que strictement suffisant.

Au cours de cette assemblée, quelques questions d'intérêt général ont été soulevées. Nous les avions déjà, pour la plupart, traitées ici et donné la réponse que nous sommes heureux de voir confirmée par l'Assemblée générale des médecins. C'est ainsi que le vœu émis par la Société de la Gironde, demandant qu'on établisse, dans chaque Faculté, un enseignement de la déontologie, n'a pas été pris en considération.

La Société de la Sarthe a émis le vœu que les médecins étrangers naturalisés soient astreints au service militaire. Il est évident qu'ils ne sont assujettis qu'aux obligations du service de la classe à laquelle ils appartiennent par leur âge. Or, la plupart des naturalisations obtenues par les confrères étrangers sont demandées très tardivement et ne les obligent qu'à des périodes très restreintes de service.

Les Sociétés de Melun, Fontainebleau et Provins ont émis le vœu que les médecins étrangers ne puissent émarger aux budgets départementaux et communaux. L'assemblée a déclaré qu'à moins d'exceptions motivées par des cas de force majeure et qui devront toujours être ratifiées par l'avis des conseils compétents, la faculté d'émarger aux budgets départementaux ou communaux ne doit être jamais, en principe, accordée à des médecins étrangers.

L'assemblée a encore pris en considération un vœu de la Société de Vaucluse demandant que les étudiants en médecine ne soient à l'avenir appelés sous les drapeaux qu'après la terminaison de leurs études. Ils serviraient alors à titre d'officiers du service de santé. Il est certain que cette mesure serait utile et pour l'armée et pour les jeunes médecins. Mais nous ne sommes pas sans être frappés par l'argumentation du docteur Kuhff et les objections qu'a soulevées notre confrère. Si la profession médicale devenait le moyen le plus facile pour éviter les deux années de service militaire, les Facultés ne seraient plus assez grandes pour recevoir la foule des étudiants qui viendraient s'y inscrire et il y aurait là un grand danger professionnel.

La Société de la Gironde avait demandé que l'étudiant qui aura échoué un certain nombre de fois aux examens ou qui aura subi une condamnation infamante ne soit pas admis à poursuivre ses études médicales; malgré l'avis de l'assemblée, qui n'a pris en considération que la deuxième partie de ce vœu, nous pensons qu'en ce moment, où il y a pléthore de médecins, il y a intérêt à arrêter au cours de leurs études les étudiants manifestement incapables.

Enfin l'assemblée a discuté sur le vœu de la Société de l'Aube, demandant à l'Association « d'étudier les moyens de mettre les médecins désormais à l'abri des poursuites non justifiées de la justice, dans les cas qui concernent l'exercice de la profession médicale ». C'était renouveler la question de la création d'un ordre de médecins. Après une discussion assez suivie, et devant l'impossibilité de conclure, il a été décidé que la question resterait à l'ordre du jour. Ce n'est pas dire que la question soit absolument enterrée. Toutefois, on doit dire que la création d'un ordre de médecins n'a guère eu d'écho parmi les sociétés locales. Nous pensons qu'elles sont dans la vérité et qu'une telle création est impossible sans une loi qui porterait une grave atteinte à notre indépendance.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

On sait que, dans la précédente séance, M. Hayem a attiré l'attention sur l'**action nocive exercée par le bicarbonate de soude dans les dyspepsies**, et en particulier dans l'hyperchlorhydrie; on se souvient que, d'après M. Hayem, les alcalins exagéreraient le type chimique de toutes les dyspepsies, qu'enfin il faudrait craindre surtout la dépression de la sécrétion chlorhydrique chez les hyperchlorhydriques. Ce sont là, d'après l'avis de M. Mathieu, opinions peut-être

un peu prématurées ou au moins trop exclusives. On peut admettre que l'usage continu des alcalins à hautes doses n'amène pas toujours la guérison de l'hyperchlorhydrie, ce qui ne permet pas forcément de conclure que l'hyperchlorhydrie est due à l'abus même des alcalins. Si les alcalins ne modifient pas toujours le chimisme stomacal, au moins, dans la grande majorité des cas, font-il cesser la douleur, et cela en quelques jours ou en quelques semaines; enfin, c'est à tort que l'on considère le chimisme gastrique comme ayant un rôle exclusif dans le fonctionnement de l'estomac; il ne faut pas oublier que la sensibilité et la motricité ont une beaucoup plus grande importance que la viciation chimique même de la sécrétion, et on sait que les alcalins peuvent agir favorablement sur ces deux fonctions. On peut conclure de tout ceci, ainsi que le fait fort sagement M. Mathieu, que l'on doit continuer l'usage des alcalins, mais en en surveillant l'emploi.

MM. Chauffard et Castaigne, ayant poursuivi l'étude de la valeur séméiologique de l'élimination du bleu de méthylène chez les hépatiques, en arrivent à penser que c'est là un excellent signe révélateur de l'insuffisance de la cellule hépatique. Si, chez les sujets sains, la courbe de l'élimination du bleu est le plus souvent continue, cyclique, rarement polycyclique et jamais intermittente, chez les hépatiques — et ceci de façon constante — la courbe est nettement intermittente, intermittence qui ne saurait être mise sur le compte de l'alcalinité passagère des urines; on peut avec certitude conclure de ces faits que l'élimination intermittente du bleu de méthylène est un signe d'insuffisance hépatique, auquel on peut demander la confirmation des autres syndromes révélateurs de cette insuffisance. Peut-être même a-t-il une valeur supérieure à ces autres signes, car, dans un cas de volumineux kyste hydatique du foie, alors que l'on ne pouvait constater ni urobilinurie, ni glycosurie alimentaire, l'épreuve par le bleu n'en a pas moins donné une courbe nettement intermittente. D'autre part, cette nouvelle méthode d'exploration de la cellule hépatique est précieuse en ce sens qu'elle nous apporte des notions toutes nouvelles au point de vue de la pathologie générale et des modes d'élimination urinaire chez les hépatiques; elle met en évidence ce fait que, chez les malades dont la cellule est viciée dans sa structure et son fonctionnement, l'élimination du bleu est modifiée dans sa forme et dans son rythme; or, comme d'après les recherches de Guyon et Albarran, confirmées par les analyses d'urine faites par Achard et Castaigne, comparativement chez des cardiaques et des brightiques, et par une analyse très complète de l'un des cas de Chauffard et Castaigne, il semble que l'on soit en droit de conclure du rythme de l'élimination du bleu à celui des autres matières dissoutes dans l'urine. Ce nouveau signe d'insuffisance hépatique montre donc bien que, lorsque le foie est lésé, la dépuration urinaire se fait par alternatives en plus et en moins, ce n'est que l'expression clinique de l'influence, bien connue en pathologie, des lésions hépatiques sur le filtre rénal.

La tuberculose verruqueuse, caractérisée par le développement de placards dont l'aspect rappelle celui de verrues enflammées, est, d'après les observations de M. Béclère, de toutes les formes de la tuberculose cutanée, celle qu'on observe le plus souvent au cours de la tuberculose pulmonaire des adultes. M. Vidal avait anciennement donné une ingénieuse explication de cette localisation : « Les malades, lorsqu'ils ont craché et que quelques parties de leur expectoration restent fixées à leurs moustaches et à leurs lèvres, ont l'habitude d'essuyer ces régions, avec le dos de la main; dans ce mouvement, c'est précisément la région métacarpienne du pouce sur laquelle se déposent les liquides; ceux-ci restent en contact avec la peau pendant un temps plus ou moins long parce que ces malades ne peuvent se laver les mains pendant leur travail. » Cette localisation de la tuberculose cutanée est très fréquente, puisque M. Béclère l'a rencontrée 3 fois sur 24 malades.

---

## CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

(4e SESSION, TENUE A MONTPELLIER)

La tuberculose a tenu une large place au Congrès de Montpellier. Trois rapports importants ont été lus par MM. Vergely (de Bordeaux), Bard (de Lyon), et Revilliod (de Genève).

M. VERGELY s'est attaché surtout à étudier les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, qu'il divise en tuberculose *aiguë* et *chronique*.

La tuberculose aiguë comprend trois formes :

*a*. La forme *généralisée*, qui n'est qu'une septicémie, un empoisonnement diffus avec décharge infectieuse sur tous les appareils.

*b*. La forme *abdominale*, qui revêt les allures cliniques d'une maladie gastro-intestinale infectieuse, et plus particulièrement les formes normales ou frustes de la fièvre typhoïde. Le diagnostic est des plus délicats et serait souvent même impossible sans le *sérodiagnostic*, dont la découverte récente est venue si à propos au secours de la clinique.

*c*. La forme *thoracique*, qui peut être asphyxique, suffocante, bronchitique, broncho-pneumonique. Si l'on ne peut constater le bacille dans l'expectoration, l'hyperthermie, la fréquence du pouls, les troubles nerveux, la déchéance rapide des forces, l'émaciation profonde constituent d'excellents signes révélateurs de la tuberculose.

*d*. La forme *pleurale* aiguë est rare, c'est plutôt une forme pleuro-pulmonaire.

*e*. La forme *péritonéo-pleurale*, sur laquelle Fernet a attiré l'attention, se montre après quelques troubles vagues, puis surgissent des symptômes péritonéaux avec ascite peu abondante, fièvre modérée et épanchement latéral ou bilatéral de la plèvre. La maladie offre quelquefois les allures de la typho-bacillose. Les péritonites des brightiques, des cardiopathes, des alcooliques, les cancers de la plèvre et du péritoine offrent de grandes difficultés de diagnostic différentiel avec la tuberculose péritonéo-pleurale.

*f*. La forme *caséeuse*, sur laquelle on a tant discuté autrefois, est un processus d'évolution tuberculeuse intra-alvéolaire.

Une forme *subaiguë* constitue la *phtisie galopante*, c'est une variété rapide de tuberculose chronique avec sa forme consomptive. Ce sont des tubercules qui évoluent vite. Cette forme s'observe surtout dans l'enfance et l'âge adulte, elle est exceptionnelle chez le vieillard.

Ce qui caractérise tous ces types de tuberculose aiguë, c'est leur caractère infectieux, l'atteinte portée rapidement à la santé générale. Elles évoluent comme les toxhémies, et

se développent surtout chez des organismes peu résistants, et en particulier dans le jeune âge.

M. Vergely étudie plusieurs formes de *tuberculose pulmonaire chronique*. Une forme *commune*, bien connue avec ses différentes périodes et ses allures variables d'un sujet à un autre. Des formes *larvées* causes d'erreur fréquente, formes chlorotique, laryngienne, broncho-pulmonaire, ostéo-articulaire, ganglionnaire, fébrile, gastro-intestinale, etc.

Le rapporteur passe en revue les uns après les autres tous ces types cliniques si complexes et si trompeurs.

Il existe encore des formes *latentes*, graves ou bénignes, et des formes *secondaires* à des tuberculoses locales primitives.

Enfin, il existe des tuberculoses comme complications *associées* de certaines maladies, syphilis grave, diabète, affections chroniques des reins, alcoolisme, grossesse, pneumokoniose.

Pourquoi cette diversité d'aspects cliniques? M. Vergely pose la question sans pouvoir la résoudre. Question de terrain, peut-être la plus importante; question de milieu; et enfin question de virulence de l'agent microbien. C'est l'influence variable de ces trois facteurs qui donne la clef de toutes les variétés cliniques, sans que l'on puisse souvent trouver, en pratique, quelle part revient à l'un d'eux. Ce serait cependant là une notion des plus importantes, la seule qui pourrait conduire à un traitement véritablement rationnel.

M. BARD, co-rapporteur, commence par déclarer que l'unité anatomique et pathogénique de la tuberculose démontrée par l'anatomie pathologique et la bactériologie, ne se retrouvent pas dans l'histoire clinique des localisations pulmonaires.

On peut répartir en quatre groupes les causes modificatrices multiples de la tuberculose pulmonaire :

1° Le mode de répartition des lésions; 2° toutes les causes susceptibles de modifier la réceptivité de l'organisme pour le virus, les moyens de protection et de défense de cet organisme; 3° les propriétés spéciales au virus (variations et associations); 4° le rôle des affections concomitantes ou intercurrentes.

A l'heure actuelle, la grande majorité des auteurs se contentent de diviser la tuberculose pulmonaire en trois formes : la granulie, la pneumonie tuberculeuse et la phtisie chronique.

La division en trois degrés anatomiques, crudité, caséification et ramollissement, rend les descriptions cliniques plus claires, mais on trouve souvent ces trois formes associées chez le même phtisique, et il n'y a pas parallélisme entre le mode anatomique et l'aspect clinique.

Il existe trois grands groupes suivant lesquels on a essayé de jeter les bases de classifications.

Les *classifications pathogéniques* dont une des plus anciennes est celle de Pidoux, qui divisait les phtisies en héréditaire accidentelle et acquise, ne peuvent servir de base à des divisions cliniques, ainsi que l'a fort bien établi Straus.

Les *classifications symptomatiques* sont tellement nombreuses, qu'elles ne constituent que des divisions purement artificielles.

Le rapporteur va tenter une *classification anatomique*, basée sur 1,100 observations personnelles, dont 350 suivies d'autopsie. M. Bard admet quatre grandes divisions :

1° Les formes *parenchymateuses*, les plus communes, dans lesquelles la tuberculose frappe le lobule pulmonaire lui-même.

2° Les formes *interstitielles*, dans lesquelles la tuberculose est disséminée par les vaisseaux ou les lymphatiques et se développe dans le tissu connectif périlobulaire. Ce sont plutôt des lésions granuliques, moins spécialement localisées aux sommets des poumons. La répartition du semis tuberculeux est plus générale et plus régulière.

3° Les formes *bronchiques*.

4° Les formes *post-pleurétiques*.

Ces quatre formes principales sont subdivisées chacune d'elles en une série de variétés que le rapporteur passe successivement en revue.

Malgré l'intérêt que présenterait l'étude de ces divisions, nous ne pouvons suivre le professeur lyonnais dans le détail de son exposé et nous nous bornerons à résumer sa classification dans le tableau suivant :

I. FORMES PARENCHYMATEUSES. — A. *Forme abortive*.

B. *Formes progressives*. — 1. Formes caséeuses : *a.* lobaire, pneumonie tuberculeuse; *b.* extensive.

2. Formes fibro-caséeuses : *a.* extensive, forme commune; *b.* congestive; *c.* localisée cavitaire ulcéreuse; *d.* localisée cavitaire stationnaire; *e.* ulcéro-fibreuse cachectisante.

3. Formes fibreuses : *a.* pneumonie hyperplasique tuberculeuse; *b.* sclérose dense; *c.* sclérose diffuse et emphysème.

II. FORMES INTERSTITIELLES, GRANULIQUES. — *a.* Granulie généralisée; *b.* granulie pulmonaire suppurée; *c.* granulie migratrice; *d.* granulie discrète.

III. FORMES BRONCHIQUES. — *a.* Bronchite capillaire tuberculeuse, granulie asphyxique; *b.* broncho-pneumonie tuberculeuse; *c.* bronchite chronique profonde, avec péribronchite et dilatations bronchiques; *d.* bronchite chronique superficielle, avec emphysème.

IV. FORMES POST-PLEURÉTIQUES. — *a.* Formes à lésions progressives généralisées; *b.* pneumonie pleurogène tuberculeuse.

M. REVILLIOD (de Genève), co-rapporteur, dit que, pour être exacte et complète, une classification des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire devrait comprendre autant de formes qu'il y a de tuberculeux.

La présence du bacille, qui existe toujours dans notre milieu intérieur et extérieur, ne suffit pas pour créer un phtisique. C'est l'organisme qui règle sa virulence, l'exalte ou l'atténue.

L'intérêt principal de l'étude de la tuberculose humaine réside donc dans l'examen des conditions spontanées de réceptivité et d'immunité, de curabilité et d'incurabilité.

Il y a des maladies qui favorisent et appellent la tuberculose : la grippe, la diphtérie, la syphilis, la puerpéralité, l'alcoolisme.

Il y a des états morbides antagonistes qui s'opposent à l'invasion et au développement normal de la tuberculose. Les uns sont : 1° innés, constitutionnels; c'est l'arthritisme avec toutes ses ramifications multiples; les autres sont : 2° certaines affections générales acquises. On peut citer, comme assez réfractaires au développement de la tuberculose, les cardiaques, les brightiques, les hépatiques, les obèses, les goitreux, les épileptiques.

L'érysipèle serait peut être défavorable au développement de la tuberculose. Quant à la scarlatine, M. Revilliod la con-

sidère comme étant antituberculeuse par excellence. Il en serait de même de la fièvre typhoïde.

L'existence d'un processus tuberculeux local, sur un autre point du corps, serait, d'après le rapporteur, un puissant dérivatif de l'infection pulmonaire. Enfin, certaines lésions pulmonaires, l'emphysème, la sclérose du poumon, la bronchite putride semblent modifier le tissu de façon à le rendre impropre à l'évolution de la tuberculose. La pleurésie purulente, le pneumothorax agiraient de même.

L'immunité, qui fait que les 6/7 des individus échappent à la contagion de la tuberculose, vient, en réalité, de l'accoutumance, sorte d'opothérapie spontanée due à un contact permanent, à petites doses, de milieux contaminés. La rareté de la tuberculose dans le corps médical serait une preuve de cette accoutumance.

D'autres communications sur la tuberculose ont suivi la lecture de ces rapports.

M. COMBY (de Paris) rapporte les résultats de ses recherches sur la **tuberculose infantile**. A l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris, 12 p. 100 des enfants de zéro à deux ans meurent de tuberculose, alors qu'il n'y en a pas de zéro à trois mois, ce qui bat singulièrement en brèche la doctrine de l'hérédité directe.

La proportion des tuberculeux s'accroît régulièrement dès les premiers mois de la vie pour atteindre son maximum vers la fin de la deuxième année, où elle atteint 38 p. 100. C'est la contagion qu'on peut seule incriminer à cet âge, où l'enfant joue par terre, dans les poussières. Il inocule son arbre respiratoire et ses ganglions trachéo-bronchiques. C'est là la véritable porte d'entrée, et l'on peut affirmer que l'enfant ne devient pas tuberculeux par la voie digestive.

Après avoir étudié les différentes formes observées à l'autopsie, M. Comby conclut à ce que la tuberculose, chez les tout jeunes enfants, évolue très rapidement, brûlant les étapes, et que souvent la maladie, jusqu'alors latente, reçoit un coup de fouet révélateur de la part d'une affection intercurrente, rougeole, coqueluche, grippe, diphtérie, etc.

M. HAUSHALTER (de Nancy) insiste sur la **rareté de la tuberculose chez le nourrisson**, sa fréquence croissante à mesure que le bébé approche de la seconde enfance, la rareté de la tuberculose localisée, et sur la fréquence énorme, presque constante, des lésions des ganglions trachéo-bronchiques. Ces lésions trachéo-bronchiques, ordinairement caséeuses, paraissent habituellement les plus anciennes en date. Elles peuvent exister, indépendamment des lésions tuberculeuses du poumon; elles sont une preuve de plus que la tuberculose infantile est habituellement une tuberculose par inhalation. L'auteur indique ensuite quelques faits d'association microbienne dans la tuberculose miliaire : association du bacille de Koch avec le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le bacille typhique, etc.

M. G. ÉTIENNE (de Nancy) montre que la **tuberculose chez les hérédo-syphilitiques** malingres, chétifs, infantiles, placés dans de très mauvaises conditions hygiéniques, évolue cependant vers la guérison, en tout cas vers le processus fibreux, si ces individus ont été atteints d'accidents tardifs, de type tertiaire. C'est donc bien à la syphilis héréditaire tardive, agissant comme la syphilis tertiaire acquise, qu'il faut attribuer cette réaction sclérotique des tissus vis-à-vis de la tuberculose.

MM. AUCHÉ et CHAMBRELENT (de Bordeaux) font une communication intéressante sur la **transmission de la tuberculose par voie placentaire**. Il s'agit d'un enfant, né à sept mois, d'une mère tuberculeuse succombant trois jours après l'accouchement. Le placenta contenait des bacilles de Koch très nombreux. L'enfant mourut rapidement avec des lésions tuberculeuses viscérales multiples.

MM. P. PARISOT et SPILMANN (de Nancy) rapportent une observation **d'arthropathie tabétique devenue tuberculeuse**, chez un malade atteint d'ataxie locomotrice, hospitalisé et qui, plus tard, devint tuberculeux.

L'arthropathie, jusqu'alors indolente, et qui était localisée dans le genou droit, devint douloureuse et prit les caractères d'une tumeur blanche; ce que vérifia l'autopsie.

MM. ARDIN-DELTEIL et CARRIEU ont repris les tentatives de Hutinel et Sirod en vue d'établir une méthode de **diagnostic précoce de la tuberculose**, par une réaction thermique inoffensive obtenue au moyen **d'injections de sérum artificiel**. Dans leurs expériences, les sujets recevaient, à plusieurs jours d'intervalle, une injection de sérum artificiel simple ou concentré (formule de Chéron), à la dose de 20 centimètres cubes, et la température axillaire prise d'heure en heure donnait les modifications thermiques obtenues.

Un pleurétique ayant présenté d'une façon constante le schéma n° 2 de Grancher, indiquant une tuberculose pulmonaire notable; une chloro-anémique à sommets suspects; un blond vénitien cliniquement indemne, mais candidat à la tuberculose de par son terrain, ont constamment fourni des résultats négatifs, la température, dans les heures qui suivaient les injections, ayant présenté sans modification appréciable la variation diurne normale. L'examen bactériologique des crachats dans les trois cas mentionnés a été constamment négatif quant à la recherche du bacille de Koch.

Les mêmes auteurs communiquent un cas de **tuberculose cutanée à manifestations multiples**.

M. MÉNEAU (de la Bourboule), après avoir étudié les différentes affections tuberculeuses de l'appareil tégumentaire, relate le cas d'une enfant de douze ans, née de père tuberculeux, qui présente des lésions tuberculeuses ganglionnaires en évolution, des lésions osseuses anciennes guéries, un lupus tuberculeux de la face et une éruption typique de tuberculides sur le dos des mains et des avant-bras.

M. FAIVRE (de Luchon) parle sur les **indications et les contre-indications des eaux sulfureuses dans la tuberculose pulmonaire**. L'emploi de ces eaux a pour résultat une suractivité des échanges organiques qui n'épargne pas la muqueuse broncho-pulmonaire. Or, la tuberculose avérée, aussi minimes qu'en soient les lésions, ne doit pas être soumise aux influences congestives d'où qu'elles viennent.

Par contre, on assurera, par tous les moyens possibles, le renforcement du terrain prédisposé, au moment où l'on n'a pas encore à craindre la réaction locale. A ce titre, l'excitation thermale sulfureuse est recommandable dans tous les états morbides constitutionnels à nutrition lente, à oxydation languissante, tels que la scrofule, l'arthritisme et le lymphatisme qui offrent tout autant de portes d'entrée à la bacillose, soit par la peau, soit par les muqueuses ou les ganglions.

En dehors de ces indications d'ordre préventif, la tuber-

culose pulmonaire en évolution, quelle que soit sa forme clinique, court de grands risques d'aggravation auprès des sources les plus faiblement minéralisées. Chez les neuro-arthritiques eux-mêmes, où le tubercule reste parfois toujours fibreux, il vaut mieux laisser à la nature le soin de la torpidité que d'exposer les malades à des poussées pulmonaires, sinon à des défaillances cardiaques.

## SUR L'ORIGINE INFECTIEUSE DE LA CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE BILIAIRE (TYPE HANOT)

Par le professeur BOINET,
Médecin des hôpitaux de Marseille.

On peut invoquer à l'appui de l'origine infectieuse de la cirrhose hypertrophique biliaire (type Hanot) :

I. Le rôle étiologique joué par la fièvre typhoïde, par le catarrhe gastro-intestinal et la diarrhée dysentériforme des pays chauds.

II. Les altérations lymphogènes de la rate, les lésions infectieuses des ganglions lymphatiques du hile du foie, de l'abdomen, de la région inguinale.

III. Les recherches bactériologiques de Gilbert et Fournier sur le foie et la rate.

IV. L'évolution clinique de la maladie de Hanot, ses complications rares (fièvre rémittente, abcès biliaires) et les relations nosologiques qui existent entre la cirrhose de Hanot et certaines infections biliaires.

V. L'ensemble de ces faits montre, en outre, que les lésions hépatiques ne constituent pas toujours à elles seules toute la maladie de Hanot; elles s'accompagnent souvent d'altérations spléniques qui peuvent, parfois, prédominer ou même précéder l'apparition des manifestations morbides du foie, en dehors de toute atteinte palustre.

VI. Cette splénomégalie initiale existait en quelque sorte d'autorité, chez trois des enfants de notre premier malade. Dans certains cas, cette lésion a été le prélude éloigné d'un type classique de cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot, qui affecte parfois l'allure d'une maladie familiale.

VII. Enfin, les lésions infectieuses du foie, de la rate, des ganglions, qui sont habituellement consécutives à une infection gastro-intestinale ne paraissent pas dépendre d'un agent pathogène spécial, bien nettement différencié. Il est probable que ces micro-organismes, dont l'eau est le véhicule ordinaire, peuvent varier suivant les cas. La lenteur, la bénignité et le mécanisme de l'infection hépato-splénique semblent avoir une importance pathogénique au moins aussi grande que la variété bactériologique de l'agent infectieux. (*Arch. gén. de méd.*)

## THÉRAPEUTIQUE

### De l'emploi du protargol dans les blennorragies.
(Système JANET.)

A. En injections :

| | | |
|---|---|---|
| Protargol | 25 cent. à | 1 gramme. |
| Eau distillée stérilisée. | 100 | — |

B. En lavages :

| | |
|---|---|
| Protargol | 15 centigr. |
| Eau distillée stérilisée. | 600 grammes. |

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 2 AU 7 MAI 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 2 MAI 1898**, à une heure. — 1er examen, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Jalaguier et Sebileau.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Rémy et Poirier ; — (2e série) : MM. Humbert, Tuffier et Retterer.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Delens, Bonnaire et Walther ; — (2e série) : MM. Monod, Varnier et Broca ; — (2e partie) : Déjerine, Gaucher et Gilles de La Tourette ; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Marchand et Ricard ; — (2e série) : MM. Terrier, Segond et Delbet ; — (2e partie) : MM. Hayem, Marie et Widal ; — M. Lejars, suppléant.

**MARDI 3 MAI**, à une heure. — 1er examen : MM. Polaillon, Quénu et Thiéry.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Schwartz et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Richelot, Bar et Nélaton ; — (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Letulle et Marie ; — (2e série) : MM. Hutinel, Ballet et Achard ; — (3e série) : MM. Grancher, Charrin et Marfan.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Gilbert et André ; — M. Gley, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Campenon et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Debove et Roger ; — M. Maygrier, suppléant.

**MERCREDI 4 MAI**, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Marchand, Ricard et Walther.

1er examen : MM. Delbet, Retterer et Sebileau.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Rémy et Poirier.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Déjerine et Widal ; — (2e série) : MM. Joffroy, Marie et Gilles de La Tourette ; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Monod, Humbert et Tuffier ; — (2e série) : MM. Delens, Reclus et Lejars ; — M. Segond, suppléant.

3e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire.

**JEUDI 5 MAI**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Richelot, Nélaton et Thiéry.

1er examen : MM. Schwartz, Rémy et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Raymond, Blanchard et Gley.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Achard ; — (2e série) : MM. Proust, Charrin et Marfan ; — (3e série) : MM. Grancher, Ménétrier et Letulle ; — (4e série) : MM. Dieulafoy, Netter et Roger ; — M. Weiss, suppléant.

**VENDREDI 6 MAI**, à une heure. — 1er examen (1re série) : MM. Marchand, Segond et Poirier ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Delbet et Sebileau.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Humbert, Ricard et Retterer ; — (2e série) : MM. Rémy, Reclus et Broca.

3e examen (2e partie) : MM. Hayem, Gilles de La Tourette et Widal.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Marie et Netter ; — M. Gaucher, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Walther ; — (2e série) : MM. Terrier, Monod et Lejars ; — (2e partie) : MM. Potain, Déjerine et Marie ; — M. Tuffier, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire.

**SAMEDI 7 MAI**, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Quénu et Albarran.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Rémy, Gley et Thiéry; — 2e série : MM. Polaillon, Richelot et Poirier.

3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Roger et Ménétrier; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Schwartz, Campenon et Nélaton; — (2e partie, 1re série) : MM. Chantemesse, Ballet et Marfan; — (2e série) : MM. Raymond, Gilbert et Achard; — M. Marie, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar; — M. Chassevant, suppléant.

**Thèses de doctorat.**

MERCREDI 4 MAI, à une heure. — M. CALMELS. Des divers traitements du lupus érythémateux et en particulier du traitement par les courants à haute fréquence (MM. Fournier, président; Tillaux, Gaucher et Broca). — M. COLAS. Contribution à l'étude de la tuberculose vésicale et de son traitement chirurgical; — M. HAIDOUTOFF. Essai comparatif sur le traitement de la blennorragie par les lavages uréthro-vésicaux au protargol et au nitrate d'argent (MM. Tillaux, président; Fournier, Gaucher et Broca). — M. CHARBONNEL. Les champignons; leurs rapports avec l'hygiène et la médecine légale (MM. Pouchet, président; Landouzy, Netter et André). — M. PETIT. Considérations d'ensemble sur la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu (étude historique et critique) (MM. Landouzy, président; Pouchet, Netter et André).

JEUDI 5 MAI, à une heure. — M. FROMAGEOT. De la kératite neuro-paralytique d'origine syphilitique (MM. Panas, président; Berger, Polaillon et Albarran). — M. CHABRY. Sténose du col de l'utérus. Son traitement (MM. Berger, président; Panas, Polaillon et Albarran). — M. SOULEYRE. Neurasthénie et génitopathies féminines (étude des formes utérines secondaires de la névrose) (MM. Debove, président; Budin, Bar et Marie). — M. RATNER. Les psychoses et les neuroses puerpérales (MM. Budin, président; Debove, Bar et Marie).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 21 avril 1898, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Viguier, pour le 147e d'infanterie; Roy, pour le 26e d'infanterie, et Laporte, pour le 28e d'infanterie.

— Par décisions présidentielles, M. Carayon, médecin-major de première classe, a été promu au grade de commandeur de l'ordre du Nichan-el-Anouar.

M. Visbecq, médecin aide-major de première classe, a été nommé au grade de chevalier de l'ordre du Dragon de l'Annam.

M. Piquet, médecin-major de deuxième classe, a été nommé au grade d'officier de l'ordre du Cambodge.

— Par décret royal espagnol, en date du 8 mars 1898, M. Peyroux, médecin aide-major de première classe, a été nommé commandeur de l'ordre royal d'Isabelle-la-Catholique.

— Par arrêtés ministériels, en date du 22 avril 1898, des concours s'ouvriront le 7 novembre 1898 :

1° Devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour les emplois de suppléants des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges; et de suppléants des chaires de pathologie et de clinique médicale à ladite École;

2° Devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite École.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgiens des hôpitaux de Paris, sera ouvert le jeudi 26 mai 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mercredi 27 avril, et sera clos définitivement le mardi 10 mai, à trois heures.

— Nous apprenons avec satisfaction que, sur l'iniative du comité du monument « Jules Rochard », présidé par M. le docteur Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, le Conseil municipal de la ville de Saint-Brieuc vient de décider que ce monument serait érigé sur le rond-point situé au haut de la rue des Merles, laquelle prendra désormais le nom de « rue Jules-Rochard ».

— M. le médecin principal Brou-Duclaud, du port de Rochefort, est désigné sur la demande de M. le contre-amiral Pottier, commandant la division navale détachée dans le Levant, pour remplir les fonctions de médecin de division à bord de l'*Amiral-Charner*, en Crète, en remplacement de M. le docteur Ortal, rentrant en France, pour cause de santé.

— MM. les médecins de deuxième classe Cairon, du port de Lorient, destiné à la *Surprise* (escadre de l'Extrême-Orient), et L'Eost, du port de Brest, sont autorisés à permuter. Toutefois, en raison de la pénurie de médecins de deuxième classe à Lorient, ces deux officiers du corps de santé ne changeront pas de port d'attache.

— Les amis et les élèves du professeur Budin ont l'intention de lui offrir un banquet à l'occasion de sa promotion au professorat. — La réunion aura lieu le mardi 10 mai, à sept heures et demie précises, à l'Hôtel continental. — Prière instante de faire parvenir les adhésions (prix de la cotisation : 20 francs), avant le 2 mai à l'un des commissaires du banquet, M. le docteur Louis Dubrisay, 6, rue de Marengo, et M. Octave Doin, éditeur, place de l'Odéon, 8.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Desparquets et Dromard (de Paris); Guyot, médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares; Laigniez (de Douai).

— M. le professeur Alfred Fournier reprendra son cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 29 avril, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

— MM. Albert Mathieu et Maurice Soupault feront, à l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, des conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif, le vendredi à dix heures du matin, à partir du 29 avril.

— MM. Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, Maurice Soupault, ancien interne des hôpitaux de Paris, J.-Ch. Roux, interne des hôpitaux, et Laboulais, ancien interne en pharmacie, commenceront le 16 mai 1898 une série de conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Ce cours durera deux mois. Les élèves seront exercés individuellement aux manipulations indispensables pour le diagnostic.

Se faire inscrire : au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

**PRIX DE L'ABONNEMENT :**

FRANCE : 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il existe à l'Académie une commission des sérums qui fonctionne comme, par exemple, la commission des eaux minérales. Nul ne peut se livrer à la vente d'un sérum quelconque, pas plus qu'il ne peut exploiter une source minérale, sans l'autorisation du ministre, et cette autorisation n'est accordée que sur un rapport de l'Académie. M. Nocard, comme rapporteur de cette commission des sérums, a examiné plusieurs demandes; ses conclusions ont été adoptées par l'Académie. Il y a donc là une garantie sérieuse au point de vue de la sérothérapie qui, chaque jour, prend plus d'extension.

M. Duvernet, médecin-inspecteur des nourrices à la Préfecture de police, a lu un travail intéressant qui conclut à la nécessité d'examiner les enfants des nourrices pour la prophylaxie des maladies contagieuses. Partant de ce principe que toute femme dont l'enfant est atteint de maladie contagieuse est impropre à l'élevage d'un nourrisson, M. Duvernet fait ressortir, avec raison, toute l'importance qu'il y aurait à exiger l'examen de cet enfant. Or, c'est là une lacune bien regrettable dans la loi de protection des enfants du premier âge, aucun règlement n'impose cet examen. M. Duvernet a bien fait d'appeler, sur ce point, l'attention de l'Académie.

M. Tuffier a lu un travail sur ces cas pathologiques complexes qui sont à la fois de la compétence du médecin, de tel ou tel spécialiste et du chirurgien. Telle malade, par exemple, qui vient consulter le chirurgien pour un prolapsus utérin, aura préalablement consulté le médecin pour une entéroptose, le neurologiste pour des troubles de neurasthénie, l'oculiste pour des accidents oculaires; or, chez cette malade, prolapsus utérin, entéroptose, neurasthénie, troubles oculaires dépendront de la même cause et devront être envisagés, au point de vue des indications thérapeutiques ou chirurgicales, non pas isolément, mais bien simultanément, et devront être rattachés à une maladie générale caractérisée par une infériorité physiologique. Malheureusement, la spécialisation est tellement entrée dans les mœurs médicales, et plus encore dans celles du public, que la vue d'ensemble et la généralisation, que réclame avec raison M. Tuffier, deviennent de plus en plus rares.

Signalons, enfin, une troisième lecture intéressante de notre confrère Maurice de Fleury sur le traitement médical de l'épilepsie. Les divers traitements chirurgicaux récemment proposés ne paraissent pas avoir donné, jusqu'ici, des résultats bien encourageants. Aussi y a-t-il lieu de mettre à l'essai l'ensemble ingénieux des moyens préconisés par M. de Fleury, les uns visant l'hygiène du tube digestif, les autres ayant trait à l'hygiène de l'appareil circulatoire. Dans la thérapeutique visée par M. de Fleury, les injections de sérum jouent un grand rôle. Nous souhaitons vivement que ce mode de traitement, d'ailleurs très rationnel, donne des résultats appréciables contre le mal comitial.

L'Académie, consultée par le ministre de l'Intérieur sur le point de savoir si la lèpre doit être comprise, en Algérie, sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire, émet un avis favorable.

Une place est déclarée vacante dans la section des associés libres, en remplacement de M. Mesnet, puis l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Empis sur les titres des candidats à deux places d'associé national. L'ordre de classement porte : en première ligne, M. Grasset (de Montpellier); en deuxième ligne, M. Pitres (de Bordeaux); en troisième ligne, M. Gibert (du Havre).

---

### NOTE
#### SUR L'UTILITÉ DE L'EXAMEN DES ENFANTS DES NOURRICES POUR LA PROPHYLAXIE DES MALADIES CONTAGIEUSES

Par le docteur Duvernet,
Médecin-inspecteur des nourrices à la Préfecture de police.

La loi de protection des enfants du premier âge est appliquée conformément à un règlement du 27 février 1877. Très prévoyant à certains égards, le règlement est insuffisant en ce qui concerne les maladies contagieuses et notamment la syphilis. L'objet de cette note est de signaler une lacune, qui consiste à ne pas exiger l'examen de l'enfant de la nourrice, lorsque celle-ci demande l'autorisation administrative d'élever un nourrisson.

Nous nous proposons d'exposer sommairement les dispositions réglementaires relatives à notre sujet, les inconvénients qui en résultent et les moyens d'y remédier.

Règlement de 1877. — Les précautions réglementaires

destinées à garantir les nourrissons contre les maladies contagieuses, sont les suivantes :

Examen de la future nourrice par un médecin, appelé à lui délivrer un certificat, attestant qu'elle n'a ni infirmité, ni maladie contagieuse ; qu'elle est vaccinée (art. 29).

Deuxième examen, fait à la Préfecture de police, en vertu d'une ordonnance du 1er février 1878 (art. 6).

Le médecin, chargé de cette contre-visite, contrôle le certificat délivré en premier lieu ; il est responsable de la décision prise relativement à l'autorisation d'élevage.

Comme on le voit, l'enfant de la nourrice échappe à l'observation médicale. De plus, les antécédents morbides des femmes examinées à la Préfecture sont inconnus, et la seule information sur leur enfant, mise à la portée du médecin, est son âge, fourni par l'état civil.

Inconvénients. — Dans ces conditions, on conçoit d'avance les inconvénients qui se produisent : d'une part, les nourrissons sont exposés à être placés chez des éleveuses dont l'enfant est une source de contagion ; de l'autre, des nourrices, saines en apparence, sont autorisées, lorsqu'en réalité elles sont syphilitiques.

Examinons rapidement ces deux points.

Les nourrices sont de deux catégories, selon qu'elles se destinent à élever le nourrisson *à domicile*, c'est-à-dire chez elles, ou *sur lieu*, c'est-à-dire chez les parents.

I. Relativement aux nourrices à domicile, on peut émettre cette proposition qui ne souffre guère d'exceptions, c'est que toute femme dont l'enfant est atteint d'une maladie contagieuse est impropre à l'élevage d'un nourrisson, réputé sain. La cohabitation, des soins communs à deux enfants, dont l'un a une maladie transmissible, créent des conditions des plus favorables à la contagion de l'un à l'autre. Il paraît superflu d'insister à cet égard. Mettre à demeure un nourrisson près d'un enfant syphilitique constitue un danger contre lequel il est urgent de se prémunir ; contre lequel, cependant, l'administration compétente reste désarmée (1). Il serait regrettable que celle-ci ne donnât pas, quand cela est possible, les garanties de sécurité les plus essentielles, et que les familles intéressées attendent, à juste titre, de son intervention.

Les enfants des nourrices sur lieu ne sont pas moins dangereux : presque tous sont amenés à Paris et ils ont libre accès dans les bureaux de placement où ils transportent les maladies dont ils peuvent être atteints. Là, ils sont allaités, ordinairement, chacun par plusieurs femmes, comme les circonstances l'exigent ; ils propagent presque fatalement la syphilis, dont les manifestations sont souvent peu apparentes.

II. A un autre point de vue, l'examen de l'enfant est un corollaire indispensable de celui de la mère. On sait, en effet, que celle-ci peut avoir un enfant hérédo-syphilitique et ne présenter aucun signe morbide ; soit que cette femme, justiciable de la loi de Colles, ait une syphilis *latente*, soit qu'elle se trouve dans une période d'accalmie syphilitique avec absence de tout symptôme.

Aussi qu'arrive-t-il? C'est que le médecin de la Préfecture, après avoir autorisé une nourrice, apprend que l'enfant de cette femme est atteint de syphilis congénitale. Des faits de ce genre lui sont révélés, de temps à autre, par des plaintes, d'ailleurs imméritées ; par des avis confraternels ; par les soins de l'administration ; ou même, par la présence inopinée de l'enfant à la contre-visite. Il ne peut que les déplorer et réclamer l'examen des enfants, comme mesure préventive.

(1) De ce que les nourrissons à domicile sont surveillés il ne faudrait pas conclure qu'ils sont protégés contre l'enfant de la nourrice. Il s'écoule un certain temps entre leur placement effectif et la visite du médecin-inspecteur ; cet enfant peut d'ailleurs être soustrait à l'inspection : ni règlement, ni instructions ne le concernent ; en fait il est souvent absent, etc.

Objections. — L'opportunité de cette mesure est-elle passible d'objections sérieuses, médicales ou administratives ?

On peut alléguer que l'hérédité syphilitique fait souvent défaut ; que les manifestations, chez l'enfant, ne coïncideront pas avec l'examen ; que l'hérédo-syphilis étant parfois dénuée de symptômes spéciaux, caractéristiques, le diagnostic reste indécis. Ces objections, que l'on pourrait multiplier, se résument à dire que l'examen sera ou inutile ou incertain comme résultat. Mais ce dilemme a sa contre-partie : l'hérédité en question, inconstante, il est vrai, s'exerce, cependant, assez communément pour qu'on en tienne compte, et cette opinion n'est pas en contradiction avec l'enseignement officiel sur ce sujet (1) ; au moment de l'examen des nourrices, l'âge des enfants est, en général, assez avancé pour que la syphilis ait eu le temps d'apparaître chez eux ; enfin, même dans les cas douteux, le médecin pourra intervenir utilement, d'une façon préventive, en refusant ou ajournant la remise du certificat réglementaire.

L'administration, de son côté, n'ignore pas l'importance de la syphilis infantile : elle exige déjà pour les nourrissons placés hors Paris un certificat médical, destiné, en partie, à restreindre le nombre des syphilitiques expédiés en province. Une mesure analogue concernant les enfants des nourrices serait relativement facile à appliquer.

On admettra bien d'ailleurs que les enfants n'ont pas le privilège spécial d'être exonérés de la syphilis. Or, nous croyons savoir, par des renseignements antérieurs, que 3 sur 100 environ des nourrissons surveillés dans le département de la Seine sont des hérédo-syphilitiques avérés (2) ; en supposant donc que cette proportion fût beaucoup moindre chez les enfants de la population nourricière, elle serait encore suffisante pour motiver une mesure administrative contre le danger qu'ils présentent.

Mesures proposées. — Comme mesure préventive, il serait indispensable que le certificat médical, délivré à la nourrice, attestât que son enfant paraît lui-même exempt de maladie contagieuse.

Les nourrices qui viennent à Paris sans leur enfant n'auraient qu'à produire à la Préfecture, comme actuellement, le certificat ainsi complété, délivré dans leur pays d'origine.

Celles qui viennent accompagnées de leur enfant dans les bureaux de placement pourraient avoir la facilité de le faire examiner soit au pays d'origine, soit à Paris, où sa présence est habituelle pour les nourrices sur lieu.

L'entrée, ou tout au moins le séjour dans les bureaux de nourrices, seraient interdits aux enfants dont l'absence de maladie contagieuse ne serait pas médicalement attestée.

(1) Fournier. *L'hérédité syphilitique*, Leçons cliniques, 1891.

(2) C'est la proportion relevée pendant sept ans d'inspection des enfants et qui résulte aussi des indications demandées à mes collègues du département de la Seine.

## CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

(4e SESSION, TENUE A MONTPELLIER)

### TUBERCULOSE

M. GALLIARD (de Paris) fait une communication sur le **pronostic et traitement du pneumothorax chez les tuberculeux.** C'est surtout dans les cas où le début est brusque et solennel que le pneumothorax suffocant résiste au traitement médical (oxygène, morphine) et indique la thoracentèse d'urgence. L'aspiration de la collection gazeuse ne doit être interrompue qu'après cessation de la dyspnée. Elle a été pratiquée sans interruption pendant quatre jours par H. V. Williams (de Buffalo) qui a obtenu la guérison. Le seul accident sérieux de la thoracentèse est l'emphysème sous-cutané, lequel a nécessité chez un de ses malades, en 1894, la pleurotomie hâtive. La canule à demeure expose comme l'incision à l'infection de la plaie.

Contre le pneumothorax toléré, rien à faire. Il peut persister à l'état de simplicité chez les phtisiques pendant six et dix semaines et disparaître au bout d'une telle période.

L'hydropneumothorax est généralement chronique. Il y a cependant une pneumo-pleurite, aiguë ou subaiguë, qui peut guérir en vingt-deux jours (West) à six semaines (Troisier). Que l'évolution soit rapide ou lente, il faut s'abstenir de la thoracentèse, à moins que l'épanchement ne devienne incommode. M. Galliard a soigné, en 1897, un phtisique de quarante et un ans chez qui le pneumothorax gauche datait de longtemps; en trois mois, tous les symptômes disparurent.

Le pyopneumothorax des phtisiques est, dans la majorité des cas, comme l'hydropneumothorax, un *noli me tangere.* On cite quelques rares succès attribuables à l'intervention chirurgicale, mais combien d'insuccès n'a-t-on pas omis de publier! La pleurotomie ne s'impose que dans les cas d'épanchement fétide; les injections antiseptiques peuvent être utiles lorsque les malades ont de la fièvre.

M. CASSAET (de Bordeaux) appelle l'attention sur **les dangers que l'ouverture de la plèvre fait courir aux tuberculeux atteints de pleurésie purulente.** Quels que soient les soins dont on entoure l'empyème, il entraîne toujours l'infection secondaire du foyer et donne ainsi à la maladie un caractère d'acuité et de gravité qui, jusqu'alors, ne lui appartenait aucunement.

A la suite des réinfections successives que provoquent les pansements répétés, il se développe des accidents de septicémie plus ou moins aiguë, qui altèrent rapidement l'état général: les malades maigrissent, s'infiltrent et succombent sous le poids de leur dénutrition et de leur cachexie. On ne peut, en effet, attendre de cette intervention, dans les pleurésies purulentes tuberculeuses, tout le bénéfice qu'elle donne dans les pleurésies aiguës.

Aussi, dans l'impossibilité où se trouve l'empyème, seul ou aidé de la résection costale, d'assurer la guérison du malade, ou même sa survie, en lui maintenant une santé suffisante pour lui permettre de remplir à peu près les charges de sa profession, y a-t-il lieu d'abandonner en ce cas ces larges interventions et de se borner à la simple évacuation de la plèvre par la ponction, toutes les fois que par sa masse le liquide gêne les fonctions de la respiration et de la circulation. C'est cette manière de faire qui a rendu à M. Cassaët de nombreux services pendant ces dernières années, et, notamment, chez un malade qui supporta allègrement un certain nombre de ponctions, mais faillit succomber à des accidents de septicémie chronique, consécutifs à une rechute que l'on avait traitée par l'empyème et dont il souffre encore.

M. Cassaët signale, en terminant, un cas de symbiose microbienne pleurale. Il s'agissait d'une malade atteinte de pleurésie hémorragique latente, chez laquelle treize ponctions successives avaient été nécessaires; un jour le liquide devint louche et aussitôt la collection se transforma et devint purulente. Dans le pus, on trouva à la fois des streptocoques, des staphylocoques, des diplocoques encapsulés colorés par le Gram, des tétragènes; ce pus devint fétide, tandis que se développait un pyopneumothorax. Or, dans les crachats qui, antérieurement à l'empyème, avaient changé d'aspect, on retrouvait les mêmes microbes, et il a suffi de deux injections de chlorure de zinc à 1 et 1,50 p. 100 pour empêcher la reproduction de cet épanchement.

M. CRESPIN prend la parole sur **la tuberculose en Algérie.** Il a observé des tuberculoses pleurales sans pleurésie; des tuberculoses locales, bénignes, existent chez les indigènes, et il vient d'observer un cas remarquable de tuberculose pleuro-péritonéale subaiguë (type Fernet-Boulland), chez un indigène des plus faméliques. C'est aussi en Algérie qu'il a observé plusieurs cas de tuberculose pulmonaire sénile à marche torpide. C'est enfin à Alger que plusieurs de ses malades ont recouvré la santé, ou vu leur tuberculose pulmonaire subir un temps d'arrêt notable.

Mais ces améliorations se rencontrent dans la classe riche, qui vient se soigner et qui peut se soigner en passant l'hiver à Alger. Le tableau change à l'hôpital et dans la population pauvre; chez ces malades, comme chez les pauvres qui viennent dans les pays prétropicaux, la tuberculose marche avec une rapidité effrayante. Il faut savoir user avec mesure de ce dangereux médicament, qu'est un climat chaud. C'est une arme à double tranchant, dont il faut savoir se servir. Aussi les médecins d'Alger posent-ils cette règle destinée à être appliquée aux tuberculeux en France :

« L'Algérie, ou tout au moins Alger, convient merveilleusement en hiver, et seulement en hiver, aux tuberculeux qui ne doivent pas y travailler; elle est rapidement funeste à ceux qui ont besoin d'y gagner leur vie. »

M. ARLOING a pu réaliser **l'agglutination de bacilles de Koch par le sérum sanguin de certains animaux,** tels que le lapin et la chèvre, ayant reçu auparavant quelques inoculations sous-cutanées de tuberculine ou d'émulsion de bacille de la tuberculose.

Il a remarqué que le pouvoir agglutinant dans le sang normal était en raison inverse de l'aptitude des espèces à contracter ou à supporter la tuberculose.

Des essais qu'il a faits jusqu'à présent, et qui vont se continuer, il résulte que le sérum du sang agglutine le bacille de Koch :

94 fois sur 100 dans la tuberculose pulmonaire;
91 fois sur 100 dans la tuberculose chirurgicale;
34 fois sur 100 dans les affections diverses, dont quelques-unes peuvent être superposées à la tuberculose;
22 fois sur 100 chez des individus bien portants.

Il est donc permis de concevoir des espérances sur le parti que l'on pourra tirer des faits signalés par M. Arloing.

*Deuxième question.*

### ÉTAT ACTUEL DE L'OPOTHÉRAPIE

Cette question, mise à l'ordre du jour du Congrès, a été l'objet de plusieurs rapports.

M. MOSSÉ, professeur de clinique médicale à l'Université de Toulouse, a été chargé de l'un de ces rapports.

L'opothérapie ou organothérapie est le traitement des maladies et troubles de la nutrition par l'emploi de tissus animaux ou de leurs substances actives, dans le but de restituer à l'économie les principes utiles qui lui font défaut.

C'est Brown-Séquard qui est l'initiateur de cette méthode thérapeutique.

Le rapporteur fait l'historique de la question, puis il passe aux modes d'emploi. Il montre que la greffe d'un organe a été rapidement abandonnée dans la médecine humaine, comme peu pratique et dangereuse. Les injections intraveineuses ou sous-cutanées ne sont pas sans offrir des inconvénients et même des dangers; aussi ont-elles été rapidement délaissées. Reste l'*ingestion alimentaire*. C'est la méthode la plus généralement employée, surtout pour ce qui concerne l'*opothérapie thyroïdienne*, point particulièrement étudié dans le rapport de M. Mossé.

Après avoir rappelé les troubles qui peuvent suivre chez l'homme l'ablation du corps thyroïde, tétanie et impotence, le rapporteur étudie l'action du suc thyroïdien, le travail intense de désassimilation qui suit l'ingestion de ce suc, désassimilation portant sur l'assimilation des graisses.

Les chimistes ont essayé d'extraire le principe actif du corps thyroïde, la thyroïdine de Vermehren et la thyréoprotéide et la thyréoïdine deMotkine, et enfin la *thyroïodine* ou *iodothyrine* de Baumann, qui paraît être la seule et la vraie substance active de l'extrait thyroïdien.

L'affinité de la thyroïde pour l'iode n'est pas un des points les moins curieux de la physiologie de cette glande. Gley a démontré que les propriétés du corps thyroïde étaient également dévolues à des glandules parathyroïdiennes.

L'intoxication par le suc thyroïdien se traduit par de l'accélération, de la faiblesse et surtout l'*instabilité du pouls*. Ce signe important commande de diminuer ou cesser l'emploi du médicament. L'augmentation de la température est un fait rare.

Les modifications de la nutrition sont variables. Le traitement thyroïdien détermine une rapide augmentation des globules du sang chez les myxœdémateux; il a une influence excitatrice sur la sécrétion mammaire. Il réveille et excite le processus d'ossification.

Les indications et les contre-indications de l'opothérapie thyroïdienne paraissent donc faciles à poser. Les indications sont : 1° les états morbides sous la dépendance de l'atrophie ou de la suppression de la glande thyroïde; 2° certains états conduisant à admettre un trouble fonctionnel de la glande thyroïde sans altération évidente : nutrition retardante, retard du développement du système osseux, retard de la puberté, certains cas de diabète; 3° certains états empiriquement améliorés par l'opothérapie thyroïdienne. Mais il faut une grande réserve dans ces cas.

Les autres indications sont tirées de l'état du cœur, l'albuminurie, la tuberculose. C'est un traitement qu'il faut instituer et surveiller avec une grande précaution.

Il est également prudent de s'abstenir dans le goitre exophtalmique classique.

La seule méthode utilisée est l'ingestion de la glande fraîche de *mouton*, qu'il est facile de se procurer. De plus, la thyroïde du mouton offrirait une grande analogie avec celle de l'homme; et enfin cet animal est exceptionnellement atteint de tuberculose. Voici la technique que recommande M. Mossé :

« La glande doit être prélevée sur un animal sain, recueillie très proprement et mise à l'abri, car elle s'altère plus facilement peut-être que la viande ordinaire. Il importe, du moins au début, de vérifier quand on l'apporte s'il n'y a pas eu erreur, car on a souvent donné du thymus, des glandes salivaires ou même du poumon, à la place de lobes thyroïdes. Ceux-ci sont désignés d'ordinaire sous le nom de *glandes du cornet*; il est constitué par deux lobes demi-olivaires, légèrement fusiformes, de couleur rouge brun, situés de chaque côté de la partie supérieure de la trachée et entourés d'une enveloppe cellulo-graisseuse que l'on enlève soigneusement avant l'ingestion.

La glande est ingérée en nature, au moment des repas, comme de la viande crue ordinaire, ou bien réduite en petits fragments, mélangée au bouillon ou enrobée dans de la poudre de sucre, de réglisse, etc. Sauf dans un cas, nous avons toujours vu l'ingestion en nature très facilement acceptée et continuée sans causer le moindre dégoût.

La dose doit être formulée en poids, non en lobes, car le poids d'un lobe peut varier pour les thyroïdes saines dans la proportion de 1 à 5 ou 6. Le poids moyen d'un lobe (c'est-à-dire d'une demi-glande) est ordinairement de 1gr20 à 1gr50.

En règle générale, il est bon de commencer par des quantités peu élevées afin d'essayer la susceptibilité individuelle, qui est très variable, on ne doit pas l'oublier. On pourra commencer par 1 à 2 grammes de glande fraîche par jour. Suivant l'effet, cette dose est conservée ou portée à 3-4 grammes. Le médicament est diminué ou supprimé s'il survient des phénomènes d'intolérance (pouls instable, tachycardie, palpitations, céphalalgies, malaises gastriques, insomnie, brisement des forces).

Dès que les symptômes sont amendés, on cesse progressivement la médication, pour donner ensuite, à intervalles plus ou moins espacés, les doses nécessaires au maintien de l'amélioration. Sauf les cas où la cure est tentée pour combattre un trouble accidentel, il y a dans toute cure thyroïdienne à distinguer la *ration curative* et la *ration d'entretien*. »

M. DE CÉRENVILLE, professeur à l'Université de Lausanne, traite le même sujet dans son rapport. Nous n'y reviendrons donc pas. Mais il étudie aussi d'autres glandes :

1° *Pancréas*. — Il existe un certain parallélisme entre le diabète et la maladie du pancréas (comme entre la thyroïde et le myxœdème), qui a conduit tout naturellement à la tentative de modifier le diabète par l'ingestion du pancréas en nature, d'extraits secs ou par l'injection hypodermique d'extraits liquides.

De l'ensemble des observations publiées, on peut conclure que, si dans quelques cas on a observé une diminution considérable du sucre pendant la durée du traitement, il y en a beaucoup d'autres absolument négatifs. Si l'on demande pourquoi, la réponse n'est pas difficile : il existe différentes formes de diabète, et leur réaction à l'opothérapie n'est pas la même; il est possible que la médication pancréatique ait la valeur d'une pierre de touche et révèle, si les résultats sont positifs, qu'il s'agit d'une forme pancréatique.

2° *Capsules séminales.* — Leur fonction paraît triple : musculaire, nutritive et antitoxique.

L'opothérapie surrénale s'essaie maintenant à la maladie bronzée, non sans succès. Le cas communiqué récemment par M. Béclère à la Société des hôpitaux est certainement du plus haut intérêt et prouve le parti que l'on peut attendre d'un traitement surrénal soutenu, puisque le malade est guéri depuis trois ans. Mais à côté de quelques cas favorables, il y a beaucoup d'insuccès ; deux cas de mort subite peu après guérison peuvent faire craindre que ces guérisons ne concernent que la mélanodermie et laissent subsister le danger.

3° *Thymus.* — La physiologie et la pathologie de ce corps sont bien hypothétiques, sinon nulles. Cependant, l'opothérapie thymique est recommandée dans le traitement des goitres, et Mickulicz a observé 10 succès sur 11 cas, par l'ingestion de 10 à 15 grammes de thymus de mouton huit fois par semaine. Il insiste sur l'absence de phénomènes toxiques pendant la durée du traitement.

4° *Glande pituitaire.* — On a démontré que ce corps devenait fibreux ou lymphoïde dans l'*acromégalie* (17 fois sur 24), mais il est prématuré de tirer des conclusions de l'emploi de cette glande dans le traitement de l'acromégalie.

5° *Reins.* — Rien ne démontre l'hypothèse d'une sécrétion interne du rein intervenant dans les actes généraux de la nutrition. On sait que Dieulafoy a cependant recommandé l'injection d'un extrait de parenchyme rénal dans l'urémie. L'usage de l'extrait glycériné aurait donné quelques succès à M. Teissier (de Lyon), dans le traitement de l'urémie lente.

6° *Rate.* — L'opothérapie de cette glande donnée en pulpe, poudre ou extrait, a donné quelques résultats dans l'anémie simple et la chlorose, mais non supérieurs à ceux obtenus par les moyens classiques.

Le résultat a été nul dans les leucémies et les pseudo-leucémies. Dans l'impaludisme, en revanche, on note des cas heureux.

7° *Moelle des os.* — Son usage dans les anémies graves, pernicieuses, dans la leucémie, ne paraît pas avoir donné de résultats. Il n'en est pas de même dans la *pseudo-leucémie infantile*. Le rapporteur n'a enregistré aucun succès dans le purpura, l'anémie ou le rachitisme.

8° *Glandes génitales.* — L'opothérapie de l'*ovaire* a à son actif une foule d'observations dans lesquelles il convient, toutefois, de faire un choix. Les indications se rapportent aux troubles de la ménopause, aux suites de la castration ovarienne, à la dysménorrhée et à la chlorose.

La *médication orchitique* a aujourd'hui son dossier établi par un nombre considérable d'observations. Le rapporteur pense que, si l'on en a dit trop de bien autrefois, on a, particulièrement en Allemagne et en Suisse, une tendance injustifiée à en dire trop de mal.

9° *Prostate.* — L'ingestion de la prostate hachée n'a donné aucun bénéfice dans l'hypertrophie de la prostate.

---

## DANGERS DE LA LIGATURE DE L'ARTÈRE AXILLAIRE

Par M. le professeur F.-J-D. Soupart, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique.

I. La ligature de l'artère axillaire dans l'espace compris entre la scapulaire inférieure et l'humérale profonde à leur origine, supprimant complètement dans l'état normal l'accès du sang au membre thoracique, entraîne fatalement la gangrène de ce membre par absence de circulation collatérale, et doit être proscrite de la pratique chirurgicale.

II. Les succès obtenus à la suite de la ligature pratiquée soi-disant en ce point sont dus et ne peuvent être attribués qu'à l'existence de l'anomalie, assez fréquente, de la division du tronc axillaire en deux branches, constituant, prématurément, les artères radiale et cubitale, disposition anatomique qui peut être reconnue ou au moins préjugée par la persistance du pouls radial.

III. Dans l'incertitude de cette bifurcation et du lieu précis de la lésion, le chirurgien ne peut se hasarder à lier l'artère au point indiqué, car ce serait exposer téméraire-ment le membre thoracique à la gangrène.

IV. La ligature axillaire au-dessus de la naissance de la scapulaire inférieure, bien que laissant libre la circulation collatérale et pouvant exceptionnellement être pratiquée avec succès, expose à l'hémorragie consécutive lors de la chute de la ligature, à cause du peu d'espace existant entre celle-ci et les collatérales voisines, et du peu de solidité du caillot obturateur pour résister au choc du sang.

V. En tout état de cause, dans les lésions de l'artère axillaire, il est moins dangereux et plus avantageux de lier la sous-clavière dans la fosse sus-claviculaire, en s'aidant au besoin de la compression sur le point lésé, que de lier l'axillaire elle-même.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Du tannigène dans la diarrhée infantile.

(Escherrier-Bifdert.)

| | | |
|---|---|---|
| Tannigène. . . . . . . . | 5 | grammes. |
| Sucre de lait. . . . . . . | 5 | — |

Une pincée de trois en trois heures.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 avril 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### COMMUNICATIONS

**Sur l'utilité de l'examen des enfants des nourrices, pour la prophylaxie des maladies contagieuses.** — M. Duvernet lit une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 449.)

**Traitement médical de l'épilepsie.** — M. Maurice de Fleury. Opposant au traitement chirurgical récemment préconisé, le traitement hygiénique et médical du mal comitial, le docteur de Fleury propose deux ordres de moyens : les uns visant l'hygiène du tube digestif (régime alimentaire, lavage de l'intestin, lavage de l'estomac), les autres ayant trait à l'hygiène de l'appareil circulatoire (médicaments cardiaques, injections de sérum, etc.). Les injections de sérum accroissent dans de fortes proportions les effets du bromure auquel on doit les associer ; elles ont, en outre, l'avantage d'être diurétiques, de relever la pression artérielle, de maintenir l'intégrité des fonctions intellectuelles, d'améliorer le caractère et l'état mental. Dans les cas graves, le docteur de Fleury propose le lavage du sang (saignée et transfusion de sérums artificiels combinés).

**Sur une maladie générale caractérisée par une infériorité physiologique des tissus.** — M. Tuffier fait observer qu'un grand nombre d'états pathologiques tels que certaines dilatations de l'estomac, le rein mobile, certains prolapsus

utérins, un grand nombre de hernies acquises qui sont considérés et traités comme des entités morbides, ne sont souvent que des expressions d'une maladie générale, congénitale ou acquise.

Quant à l'entéroptose, il est peu probable que l'insuffisance des ligaments coliques puisse être la source de tant d'accidents; c'est prendre pour cause ce qui n'est qu'un effet secondaire.

La forme et la situation de nos organes n'est que la résultante de deux forces : une puissance, leur contenu; une résistance, leurs parois et leurs moyens de fixité. L'équilibre d'où résulte cette forme et cette situation normales peut être rompu : 1° par un excès de la puissance : augmentation du poids de l'organe, ou tension exagérée du contenu d'un viscère; 2° par un défaut de résistance, la paroi venant à faiblir. La clinique prouve que l'augmentation de poids d'un organe arrive rarement à vaincre la résistance de ses ligaments; au contraire, les sténoses faibles et permanentes arrivent à forcer la résistance des parois dans l'estomac, l'intestin, la vessie, mais cela après une lutte toujours prolongée. L'examen des malades prouve que les déplacements, les ectasies sont extrêmement fréquents en dehors de tout accroissement de puissance; c'est donc à un défaut de résistance de la trame organique qu'il faut l'attribuer.

Chez l'adulte, l'affection typique et généralisée est facile à reconnaître. Une jeune femme se présente avec la peau sèche, terreuse, ridée, souvent parsemée de vergetures profondes, bien qu'elle n'ait pas eu de grossesse. Chez l'homme, les membres sont grêles, arrondis; souvent asymétrie faciale et scoliose. Le ventre est tombant, saillie sous-ombilicale quand le malade est debout. Le rein et le foie sont abaissés et ballottent isolément. Chez la femme le périnée est flasque, la vulve est large, le vagin a ses parois légèrement prolabées; l'utérus est fléchi ou versé. Chez l'homme, souvent il y a du varicocèle.

Ce tableau est facile à reconnaître, mais il est rarement complet; les formes localisées ou les lésions associées sont fréquentes. Qu'elle soit localisée ou généralisée, l'affection marche lentement; elle est essentiellement chronique.

La maladie généralisée ne relève que de la médecine. Les douches, le massage, les frictions, l'hygiène générale, le régime alimentaire, bien conduits et poursuivis avec grande persévérance, constituent des moyens qui soulagent les malades dans presque tous les cas. Ce sont les états névropathiques adjacents qui sont le plus réfractaires. Les formes localisées sont justiciables de la même thérapeutique au début. La chirurgie n'entre en jeu que pour réduire l'organe déplacé, le maintenir ou le fixer; mais il est absolument nécessaire de remplir deux conditions : 1° l'organe attaqué doit être certainement l'origine unique ou principale des accidents multiples observés; 2° tous les moyens médicaux doivent être épuisés. Ces deux conditions sont d'autant plus nécessaires que le succès opératoire, pour très brillant qu'il soit, peut être suivi d'un succès thérapeutique éphémère; souvent même la récidive est fréquente à brève échéance chez ces malades dont les cicatrices ne valent pas mieux que les tissus normaux.

### RAPPORT

**Extraits d'origine animale.** — M. NOCARD lit un rapport sur lequel l'Académie décide que rien ne s'oppose à l'autorisation de débiter divers produits d'origine animale sollicitée auprès de M. le ministre de l'Intérieur par MM. Jacquet (de Lyon), Catillon, Chevrier et Vicario (de Paris) (extraits testiculaires et thyroïdien).

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine de Paris, dans sa séance du 23 avril 1898, a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« La Société de médecine de Paris, émue des incidents qui ont accompagné la mort de son regretté secrétaire général, M. Martin-Durr, à l'hôpital de la Pitié, proteste contre les errements habituels de l'administration de l'Assistance publique et en particulier contre son attitude dans la circonstance actuelle. Elle félicite hautement et remercie les Internes en général, anciens et nouveaux, et tout spécialement ceux de la Pitié, pour le noble exemple de solidarité confraternelle qu'ils viennent de donner.

Elle émet, en outre, le vœu qu'à l'avenir les Internes et Externes des hôpitaux, anciens et en exercice, puissent être soignés aux frais de l'administration dans tous les hôpitaux de Paris. »

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'ouvrira le vendredi 3 juin 1898, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Le registre d'inscriptions sera ouvert le lundi 2 mai 1898, et sera clos définitivement le lundi 16 du même mois, à trois heures.

— Par décisions ministérielles sont approuvées les délibérations du Conseil de l'Université de Paris créant : 1° à la Faculté de médecine de Paris : un emploi d'agrégé d'accouchement; à la Faculté des sciences de Paris : un cours complémentaire de physiologie expérimentale; 2° à la Faculté de médecine de Bordeaux : des cours complémentaires de physiologie, d'embryologie, de médecine opératoire et de pathologie oculaire; une conférence d'hydrologie et de minéralogie; 3° à la Faculté des lettres de Lille : un enseignement de philosophie et d'allemand pour les étudiants en médecine, candidats à l'École du service de santé militaire; 4° à la Faculté de médecine de Lyon : un cours complémentaire de clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 avril 1898, un concours s'ouvrira, le 7 novembre 1898, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

— M. Le Bot, médecin de deuxième classe de réserve du port de Brest, est maintenu, sur sa demande, dans les cadres de la réserve à l'expiration du temps de service exigé par la loi de recrutement.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Bernheim, professeur de clinique médicale, est nommé assesseur du doyen de ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — Un concours pour une place de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques aura lieu, le lundi 18 juillet 1898, à ladite Faculté.

— En 1897, la marine espagnole comptait 127 médecins; la marine américaine 157 chirurgiens.

— M. le professeur P. Budin commencera son cours de clinique d'accouchements et de gynécologie, à la clinique d'accouchements, rue d'Assas, le samedi 30 avril, à neuf heures du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Ordre du cours : mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à neuf heures.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 50. — SAMEDI 30 AVRIL 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 30 AVRIL 1898. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Hôpitaux de Paris.* — M. le docteur Mauriac, ancien médecin de l'hôpital Ricord, est nommé médecin honoraire des hôpitaux et hospices de Paris.

M. le docteur Boissard est nommé médecin accoucheur à l'hôpital Tenon.

M. le docteur Lepage est nommé médecin accoucheur à l'hôpital de la Pitié.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 avril 1898, un concours s'ouvrira le 10 novembre 1898, devant l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite École.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 avril 1898, un concours s'ouvrira le 7 novembre 1898, devant l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

— MM. les docteurs Pactet, médecin en chef de l'asile de Villejuif; Sérieux, médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard; Dagonet, médecin en chef de l'asile clinique de Sainte-Anne, et Toulouse, médecin en chef à l'asile de Villejuif, sont élevés à la troisième classe du cadre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bertier (d'Aix-les-Bains), et Pujol (d'Argelès-sur-Mer).

— M. Varnier, agrégé, fera sa première démonstration de manœuvres obstétricales, au grand amphithéâtre de l'École pratique, le jeudi 5 mai 1898, à trois heures de l'après-midi. Les exercices opératoires d'obstétrique commenceront le jeudi 5 mai à quatre heures, et se continueront tous les jours, à trois heures (pavillon n° VI).

Les inscriptions pour les manœuvres obstétricales seront reçues au secrétariat (guichet n° 2), de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 30 avril inclusivement.

Seront seuls admis : 1° les élèves appartenant à l'ancien régime d'études, à partir de la quinzième inscription ; 2° les élèves de troisième année (nouveau régime) possesseurs de onze inscriptions. Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

## THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

1. M. Legros. De l'arthrotomie pour la réduction des luxations antéro-internes de l'épaule. — 2. M. Verdelet. Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par l'occlusion du vagin. — 3. M. Bousquet. Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'hydramnios aiguë. — 4. M. Bernard. De l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. — 5. M. Gassion. Contribution à l'étude de l'influence de quelques lésions cérébrales sur la gestation. — 6. M. Cola. Des complications urinaires de l'hystérectomie vaginale. — 7. M. Jouvenceau. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'allongement hypertrophique sous-vaginal du col de l'utérus. — 8. M. Vallet. Contribution à l'étude du dégagement en occipito-sacrée. — 9. M. Barot. Aperçus historiques de quelques époques médicales. — 10. M. Béraud. Étude de pathologie comparée. Essai sur la pathologie des sémites. — 11. M. Chaumanet. Étude de pathologie industrielle. Pathologie de la bouche chez les souffleurs de verre. — 12. M. Le Moal. De l'action anticoagulante de la peptone commerciale sur le sang du chien. — 13. M. Cannac. De la cholécystogastrostomie. — 14. M. Chauvin. Recherches sur l'origine des vaisseaux lymphatiques dans la glande mammaire et de quelques déductions pathologiques. — 15. M. Couaillac. De la conductibilité des sons dans les stéthoscopes. — 16. M. Margain. L'énervement. — 17. M. Pélofi. De la précocité et des perversions de l'instinct sexuel chez les enfants. — 18. M. Lamarque. De la valeur de la percussion métallique combinée à l'auscultation dans le diagnostic de la pleurésie chez l'enfant. — 19. M. Normant. Des sinusites frontales et de leur traitement par l'ouverture large et le drainage endo-nasal (méthode Ogston Luc). — 20. M. Perrot. De la mastoïdite de Bezold. — 21. M. Le Groignec. Des impulsions et en particulier des obsessions impulsives (étude historique). — 22. M. Vaysse. De la méningo-myélite tuberculeuse. — 23. M. Périneau. Des œdèmes aigus primitifs du larynx chez l'adulte. — 24. M. Abadie-Bayro. Synovectomie et résection dans le traitement des formes synoviales de tumeur blanche du genou chez l'adulte. — 25. M. Chabaneix. Essai sur le subconscient dans les œuvres de l'esprit et chez leurs auteurs. — 26. M. Chabal. Des délires dans l'impaludisme. — 27. M. Grandmaire. Une famille de phocoméliens. — 28. M. Barbe. Physiologie du ligament de Bertin. — 29. M. Lemaslé. Essai sur le traitement du sycosis. — 30. M. Duboé. De l'évolution clinique du goitre malin. — 31. M. Guillemet. Des effets psycho-physiologiques de la bicyclette. — 32. M. Ulry. Recherches sur la nutrition de l'œil et la cataracte naphtalinique (laboratoire de clinique). — 33. M. Maille. Du tubercule sous-cutané douloureux. — 34. M. Brouillard. De l'emploi du formol en obstétrique.

## CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

(4e SESSION, TENUE A MONTPELLIER)

*Deuxième question.*

### ÉTAT ACTUEL DE L'OPOTHÉRAPIE (*suite*)

MM. GILBERT et CARNOT (de Paris) se sont surtout attachés, dans leur rapport, à l'**opothérapie hépatique**.

L'extrait de foie a été étudié expérimentalement *in vitro* et *in vivo* et cliniquement, dans une série de cas où la fonction hépatique était touchée. Les auteurs étudient les modifications de la fonction biliaire, de la fonction uropoiétique, de l'action glycogénique, de l'action antitoxique du foie, sous l'influence de l'extrait hépatique.

Voici les indications de l'opothérapie hépatique :

I. Les maladies du foie paraissent impressionnées d'une façon favorable par l'extrait hépatique. Mais la glande ne doit pas être trop altérée pour pouvoir réagir à l'excitant spécifique que constitue l'extrait à son égard. Les rapporteurs ont employé, plusieurs fois, cette médication avec succès (cirrhoses d'origines diverses).

II. Dans le groupe des maladies dites arthritiques ou par ralentissement de la nutrition et que l'on peut considérer comme liées à un trouble de la fonction hépatique, rentrent une série de cas mal catalogués. On peut y rattacher, au moins provisoirement, la goutte et le diabète sucré.

Les rapporteurs signalent 13 cas d'améliorations de *goutte*, une guérison d'*eczéma*, de *vitiligo*, et plusieurs cas d'amélioration dans le *diabète sucré*. A signaler le bon effet du lavement de foie dans certaines hémorragies et même dans certaines hémoptysies.

Les conclusions des deux rapporteurs sont les suivantes :

« Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les méthodes opothérapiques que nous avons passées brièvement en revue, nous voyons que deux sortes d'actions glandulaires peuvent être considérées :

Ou bien la glande n'agit qu'à l'état vivant, ou bien ses propriétés peuvent se transmettre aux extraits.

A. L'exemple du premier groupe est donné par la synthèse de l'acide hippurique au moyen du glycocolle et de l'acide benzoïque (Schmiedeberg et Bunge), synthèse réalisée par le rein vivant, synthèse impossible à réaliser avec le rein mort ou l'extrait rénal.

Ces actions vitales, non transmissibles à l'extrait, échapperont toujours à l'opothérapie.

Les actions glandulaires qui rentrent dans ce groupe ne sont pas encore bien connues. Nous ne pouvons les désigner d'une façon certaine. Peut-être la moelle des os, le pancréas, etc., n'agissent-ils qu'à l'état vivant? En tout cas, telle est la limite théorique que nous pouvons assigner à l'opothérapie.

B. Si le rôle, encore mystérieux, de la vie dans l'action glandulaire se réduit de plus en plus; par contre, de plus en plus grandit le rôle chimique et surtout diastasique des glandes ; de plus en plus, l'action de la cellule vivante apparaît transmissible à la cellule morte, à son extrait.

D'une façon générale, toute action cellulaire s'effectuant en dehors de la vie, transmissible aux extraits, appartient de droit ou appartiendra à l'opothérapie.

L'action des extraits glandulaires comprend, du reste, selon nous, deux modalités différentes :

A. Parmi les extraits, certains reproduisent *in vitro*, c'est-à-dire chimiquement, l'action glandulaire. On a généralement, mais non toujours, affaire alors à des diastases : tels les extraits gastriques, pancréatiques, capables de digestions artificielles : tel l'extrait de foie, capable *in vitro* d'une action antitoxique, capable de faire de l'urée, de transformer le sang en pigment, etc.

B. D'autres extraits, actifs *in vivo*, sont inactifs *in vitro*. Ils ont besoin, pour agir, de l'intermédiaire d'une cellule vivante : c'est ainsi que l'extrait hépatique ne transforme pas les sucres *in vitro*, mais le fait *in vivo*, probablement en excitant la fonction glycogénique de la cellule hépatique.

De même que la bile exciterait la sécrétion biliaire, l'extrait peut agir sur la cellule similaire ; en d'autres cas, il peut agir, d'une façon plus générale, sur telle ou telle cellule nerveuse, musculaire, vasculaire, etc. (action vaso-constrictive de l'extrait surrénal, etc.).

Nous voyons donc que, théoriquement, l'action glandulaire est vitale ou transmissible à l'extrait. Celle-là seule est utilisable en opothérapie ; la première ne pourrait relever que de la méthode des greffes, encore si imparfaite.

Parmi les propriétés transmissibles à l'extrait, certaines agissent *in vitro* (action chimique, généralement diastasique) ; d'autres n'agissent que par l'intermédiaire d'un animal vivant : l'extrait excite alors soit une cellule similaire, soit toute autre catégorie de cellules. »

M. ARNOZAN (de Bordeaux) a utilisé le suc pulmonaire chez six malades atteints de pleurésie purulente ou d'abcès du médiastin. Tous ces malades présentaient les caractères communs à une suppuration péripulmonaire chronique, à foyer ouvert, non tuberculeuse d'origine, avec arthropathies du type Marie. Ce suc pulmonaire était administré à la dose de 10 centimètres cubes par jour pendant une période de vingt jours, avec des intervalles de repos de cinq jours.

Tous ont été améliorés, certains d'entre eux même guéris par le suc pulmonaire, alors que leur état avait jusque-là résisté à toute médication. Je suis donc d'avis que l'on est autorisé, dans des conditions analogues, à utiliser le suc pulmonaire.

M. CASSAET croit que l'emploi du suc pulmonaire présente quelques inconvénients et d'indiscutables avantages qu'il est facile de préciser.

Parmi les inconvénients, il faut citer tout d'abord l'apparition d'un érythème polymorphe, inconstant chez un même malade, et paraissant sous la dépendance plutôt de la qualité du sérum de l'animal que du suc. Celui-ci peut donc exceptionnellement être érythémogène comme le sérum antidiphtérique.

Il peut aussi se produire des hémoptysies, mais elles n'existent guère que chez les malades où le suc détermine autour des corps étrangers pulmonaires (provenant de gangrène pulmonaire dans notre cas) un véritable sillon d'élimination. L'hémorragie peut être abondante, mais il est facile d'en empêcher l'apparition ou le retour, en suspendant momentanément l'emploi du médicament quand les crachats prennent la teinte rosée. Elles sont tout à fait l'exception dans les cas de tuberculose pulmonaire.

Enfin, on peut noter chez quelques sujets de l'insomnie, du malaise, de l'agitation momentanée, des bouffées de chaleur, la précipitation du pouls, une légère élévation de la température, phénomènes qui témoignent de la saturation de l'organisme et peuvent, de ce fait, être comparés aux

accidents de l'hyperthyroïdisation. Tous ces phénomènes cessent avec la suppression du médicament.

Quant aux avantages, ils sont divers suivant la catégorie de malades auxquels ce suc a été prescrit.

Chez les tuberculeux ordinaires, il ne se produit qu'un relèvement passager de l'état général, comme après la prise de tout médicament nouveau. Il est rare que l'amélioration soit prolongée.

Elle peut se manifester néanmoins chez ces mêmes tuberculeux, lorsqu'ils sont atteints de pleurésie purulente secondairement infectée; mais ces patients rentrent alors dans la catégorie de ceux qui constituent le type du malade justiciable du suc. C'est, en effet, dans les septicémies chroniques pleuro-pulmonaires, accompagnées d'un début d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, que le maximum de son action se fait sentir. Le sujet reprend alors ses forces, son état général se remonte, son poids augmente considérablement. La respiration se fait plus ample et plus profonde, l'expectoration change de nature, et de purulente qu'elle était devient muqueuse, puis tend à disparaître. Les signes d'hecticité s'amendent d'abord, cessent ensuite, l'appétit renaît et la fièvre tombe. Enfin, les collections purulentes diminuent d'importance et les signes de l'ostéo-arthropathie s'atténuent progressivement.

Le suc pulmonaire constitue donc un médicament héroïque des accidents d'intoxication générale consécutifs aux septicémies pleuro-pulmonaires, mais son emploi doit être longuement continué.

MM. COMBEMALE et GAUDIER (de Lille) relatent un fait de guérison de l'**hémophilie** par l'ingestion de préparations thyroïdiennes. Il s'agit d'une femme âgée de trente-huit ans, qui présentait depuis deux ans des accidents hémophiliques, caractérisés surtout par des hémorragies d'origine laryngée. L'examen laryngoscopique montra que les bandes ventriculaires droites et gauches, tuméfiées et ecchymotiques, étaient le siège d'hémorragies en nappe sous l'influence du moindre effort. Toute piqûre, toute coupure étaient, d'autre part, l'occasion d'hémorragies graves.

Contre cette hémophilie évidente, l'ergotinine, les traitements locaux divers, la médication reconstituante et tonique se montraient impuissants. La situation devenant critique, on eut recours à la médication thyroïdienne, laquelle donna rapidement d'excellents résultats qui persistent encore au bout de quatre mois.

M. PAUL COURMONT (de Lyon) donne les conclusions suivantes d'un travail sur **la greffe des capsules surrénales chez les addisonniens.**

1° La greffe sous-cutanée, chez les addisonniens, de capsules surrénales de chien amène la mort rapide avec hyperthermie et collapsus;

2° L'explication de ces faits doit être cherchée dans une intoxication suraiguë (insuffisance capsulaire du malade, grande toxicité pour l'homme des glandes surrénales de chien, forte dose ainsi absorbée);

3° Il semble que les résultats favorables des physiologistes obtenant une survie plus grande, chez les animaux écapsulés, par la greffe de glande surrénale, soient dus à ce qu'ils emploient des capsules provenant d'un animal de la même espèce que le sujet opéré. Les produits des glandes surrénales d'une espèce animale, antitoxiques pour les sujets de celle-ci, peuvent être toxiques pour d'autres. Il en est ainsi, d'ailleurs, de beaucoup de sécrétions internes dans la série animale (glandes labiales de certains reptiles);

4° Tous ces faits viennent confirmer la grande importance du choix de l'animal auquel on emprunte des organes pour l'opothérapie et montrent que, malgré les résultats de la greffe thyroïdienne chez les myxœdémateux, il faut renoncer, dans le traitement de la maladie d'Addison, aux greffes sous-cutanées de glandes surrénales, ou, du moins, de glandes de chiens.

Pour MM. ÉTIENNE et DEMANGE (de Nancy), la **chlorose est une auto-intoxication d'origine ovarienne**. C'est une insuffisance ovarienne. L'opothérapie ovarienne leur a donné d'excellents résultats dans 17 cas de chlorose vraie. On voit que nos confrères de Nancy sont, à ce sujet, en contradiction avec l'un des rapporteurs.

M. FRÉMONT (de Vichy) fait la communication suivante sur les **applications thérapeutiques du suc gastrique** : « Depuis le 14 mai 1895, où j'ai montré un chien à estomac isolé de l'œsophage et de l'intestin, j'ai eu l'occasion d'appliquer le suc gastrique produit par cet estomac. Voici les cas les plus intéressants :

Un cas d'entérite aiguë, avec diarrhée fréquente, a été guéri en quelques heures. Un cas de choléra nostras, avec crampes dans les mollets, vomissements et selles incessantes, a été guéri rapidement. Une grippe à prédominance gastro-intestinale a cédé en quinze jours, tandis qu'une atteinte moins forte, l'année précédente, avait duré trois mois. Un homme qui souffrait d'insuffisance gastro-intestinale, d'où congestion considérable du foie, amaigri, 58 kilogs, avec une taille de $1^m74$, a vu tous ses phénomènes pénibles amendés et son poids augmenter de 10 kilogs en six mois. Un apeptique, avec violentes douleurs stomacales, cachectique, ne supportant aucun aliment, pesant 52 kilogs, avec une taille de $1^m78$, a augmenté de 20 kilogs en dix mois, et a repris la direction de sa maison abandonnée depuis cinq ans. Un autre apeptique, dont l'estomac dilaté faisait des fermentations excessives et ne tolérait plus ni boisson, ni aliments, pesait 49 kilogs avec une taille de $1^m74$. En douze mois, il a pris 26 kilogs : il peut diriger une compagnie de câble, au Havre, très importante. Le premier, depuis deux ans, le second, depuis un an, digèrent sans suc tous les aliments. Un enfant de trois ans est dans un état de torpeur simulant la méningite, faute d'assimilation, il a été guéri en quinze jours. Deux médecins, tourmentés de vertiges et très affaiblis, sont revenus à une santé satisfaisante : l'un après six mois, l'autre après deux mois de traitement. Une malade, soignée sans résultats depuis deux mois, à l'hôpital de Nice, pesant 33 kilogs avec une taille de $1^m60$, a vu cesser ses vomissements, sa diarrhée, et a augmenté de plus de 16 kilogs en sept semaines. Un apeptique très dilaté, avec amaigrissement progressif très alarmant, a augmenté de 3 kilos en un mois. J'ai donc le droit de dire que le suc gastrique animal est un médicament très puissant. Il est contre-indiqué dans l'hypersécrétion et dans le cancer. »

Relativement à l'emploi du **suc pulmonaire**, M. ARNOZAN (de Bordeaux) conseille son emploi : 1° dans les suppurations intrathoraciques pleurales ou médiastines; 2° lorsqu'il y a un foyer ouvert à l'extérieur ou dans les bronches;

3° dans les arthropathies du type Marie. Il pense que la tuberculose est une contre-indication à son emploi.

D'après M. F. BRUNET (de Toulouse), c'est une grave erreur de représenter le suc pulmonaire comme un remède spécifique contre la tuberculose pulmonaire : c'est seulement un médicament renforçant la résistance de l'organisme, du poumon en particulier, et utile pour lutter contre la toux et l'expectoration.

Parmi les tuberculeux même, beaucoup n'en peuvent retirer un soulagement réel : ce sont d'abord ceux dont les lésions sont très avancées, puis ceux dont la maladie fébrile marche par poussées congestives. Dans ces cas, et si on veut donner du suc pulmonaire, il faut commencer par de très petites doses, 2, 3 centimètres cubes, et surveiller l'expectoration pour voir si elle ne devient pas rosée ou hémoptoïque. Si ce début est bien supporté, on pourra atteindre 10 centimètres cubes en ingestion, mais sans dépasser cette dose et en observant de près les crachats. M. Brunet cite, à ce propos, l'observation d'un confrère tuberculeux qui, prenant une dose trop forte de suc pulmonaire, pour accélérer le mieux qu'il ressentait, eut presque une hémoptysie.

Au contraire, dans les tuberculoses non fébriles, le suc pulmonaire, combiné avec d'autres traitements, et surtout avec la cure d'air, donne des résultats très remarquables.

Malgré tout, les vieilles suppurations de la plèvre et du poumon, rebelles à tout traitement et accompagnées même de troubles osseux ou articulaires, restent la véritable indication du suc pulmonaire. Son efficacité est alors aussi sûre que rapide. Quant aux maladies aiguës ou cycliques : grippe, bronchopneumonies, bronchites, pneumonies, le suc pulmonaire peut être employé comme adjuvant du traitement ordinaire et a paru donner de bons résultats, mais il n'a pas encore été utilisé seul.

En tous cas, M. Brunet recommande de se servir de suc pulmonaire et non de poumon en nature, de préférer l'ingestion buccale à l'injection, et assure qu'aux doses indiquées dès 1896, et en dehors des phtisies aiguës ou fébriles, le suc pulmonaire est au moins d'une parfaite innocuité.

MM. FÉRÉ et BESTION ont étudié ensemble les effets physiologiques du suc ovarien, et ils concluent à son action spécifique. Ils ont recours, comme procédé de choix, à l'extrait glycériné à 1/10 de suc ovarien de truies, préparé suivant la méthode de Brown-Séquard et d'Arsonval.

Comme dose, on ne doit pas dépasser 3 centimètres cubes par jour, car on pourrait avoir des accidents.

Les pilules d'ovarine ont produit des effets identiques, et leur emploi est plus commode et plus pratique : 2 à 6 pilules par jour, dose maxima, donnent des résultats satisfaisants.

Il faut, d'ailleurs, agir avec prudence, l'on doit suspendre le traitement quand on se trouve en présence d'une femme enceinte.

Les auteurs ont traité quatre malades ayant des troubles consécutifs à la castration et d'autres atteintes de chlorose et présentant de l'aménorrhée.

Chez les premières, il y a toujours eu une amélioration constante et tous les troubles se sont considérablement amendés, quand ils n'ont pas complètement disparu. Chez les chlorotiques, en outre de l'amélioration de l'état général, ils ont vu le retour des règles, après de longs mois d'absence.

Ils rappellent deux observations de M. Régis (de Bordeaux), où l'action du suc ovarien a été très marquée dans deux cas d'obsession hystérique et neurasthénie avec aménorrhée. Après trois mois de traitement, ces deux malades ont guéri.

Ils pensent donc qu'on doit toujours employer la médication ovarienne, chaque fois que la fonction ovarienne est supprimée ou simplement altérée.

M. LÉON GAUTIER (de Genève) s'est bien trouvé, dans un assez grand nombre de cas, de l'**extrait de fiel de bœuf** pour prévenir le retour des **coliques hépatiques**. Trois malades en particulier, suivies depuis plus de quatre ans, n'ont pas eu de nouvelles crises.

L'extrait est fait avec de la bile fraîche de bœuf, décolorée et stérilisée ; 100 grammes de bile donnent environ 10 grammes d'extrait. Il est prescrit sous forme de pilules, à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour.

L'usage doit en être prolongé plusieurs mois de suite, puis repris par cures intermittentes de quelques semaines. Le remède a toujours été toléré sans inconvénients.

L'action des sels biliaires ainsi absorbés paraît être de faciliter la dissolution de la cholestérine.

La forme atténuée, gastralgique, de la colique hépatique, est très importante pour le diagnostic précoce de la lithiase biliaire. Ces formes frustes, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, se reconnaissent surtout à l'apparition tardive de la douleur gastralgique, qui ne survient que trois ou quatre heures après le repas. L'usage du fiel de bœuf fait, le plus souvent, rapidement disparaître ces coliques hépatiques avortées.

M. ORAISON (de Bordeaux) a étudié l'**opothérapie prostatique**, qui lui paraissait devoir réunir les conditions requises.

Le cheval et le taureau surtout lui ont fourni les organes nécessaires. Il a utilisé l'extrait glycériné, l'extrait aqueux et la poudre desséchée.

Les recherches physiologiques, entreprises avec ces préparations, ont donné les résultats suivants :

*a*. L'extrait glycériné est toxique à raison de 20 centimètres cubes par kilo d'animal; l'extrait aqueux et la poudre desséchée ne sont nullement nuisibles.

*b*. On constate une légère augmentation de température, avec les préparations glycérinées surtout.

*c*. L'extrait glycériné produit une diminution de poids; il résulte, au contraire, une augmentation (faible, en vérité) de l'emploi du suc aqueux et de la poudre.

*d*. La quantité des urines n'est pas modifiée; à signaler seulement, quant à leur composition, une très faible augmentation de l'urée et de l'acide urique, contre une diminution notable de l'acide phosphorique, des chlorures et de l'indican.

Il existe, chez l'animal, une congestion intense, portant surtout sur le rein et la vessie.

*e*. Macroscopiquement, il n'y a aucune modification de l'appareil génito-urinaire ; histologiquement, on trouve de la congestion dans le rein et la prostate, et, de plus, dans ce dernier organe, des traces d'hypersécrétion.

*f*. Enfin, chez l'homme sain, il n'y a aucun effet nuisible. Au contraire, l'appétit est augmenté. La température, le pouls, la respiration ne varient pas. Aucune modification non plus dans la quantité et la composition des urines.

M. Oraison a traité par l'opothérapie sept prostatiques, tous à la période de rétention; il a obtenu cinq succès sérieux, une amélioration et un insuccès. Une récente observation de M. Arnozan se termine aussi par un succès.

Il donne la poudre desséchée à la dose de 20 à 80 centigrammes par jour, en pilules, et l'extrait glycériné à la dose de 10 à 30 centimètres cubes.

M. MOSSÉ (de Toulouse) dit que la **médication thyroïdienne** augmente l'énergie musculaire et la résistance à la fatigue. L'iodothyrine lui a paru surtout avoir cette influence, constatée scientifiquement par des appareils enregistreurs.

*Troisième question.*

### DES ASSOCIATIONS MICROBIENNES ET INFECTIONS MIXTES

Nous n'insisterons pas sur le rapport de M. MALVOZ, professeur de bactériologie à l'Université de Liège. Ce rapporteur s'est limité à une étude purement théorique; d'après des expériences de laboratoire *in vitro*, M. SPILLMANN, professeur de clinique médicale à l'Université de Nancy, chargé également du rapport, se place uniquement au point de vue clinique.

Il divise les infections en deux classes : la forme *septicémique* et la forme *pyohémique*.

Le rapporteur nous paraît plus volontiers s'étendre sur la description clinique de ces formes d'infection que sur les associations microbiennes et sur les infections mixtes.

M. WIDAL (de Paris) résume bien dans son rapport l'état actuel de la question. Aussi suivrons-nous de près le rapport de M. Widal.

Après avoir montré comment, au début, on crut qu'un miicrobe déterminé était la cause réelle et unique d'une maladie, on dut bientôt reconnaître qu'il fallait au microbe la connivence d'un organisme affaibli par une cause quelconque, et souvent d'un terrain préparé par la présence d'un autre micro-organisme.

Cette association microbienne gêna Pasteur dans ses études pendant plusieurs années. Cependant, l'enseignement clinique était riche de faits d'associations morbides, et le rapporteur s'étend très longuement sur des exemples depuis longtemps observés, mais peut être insuffisamment expliqués au point de vue scientifique :

« Seule l'analyse microbiologique devait reconnaître, dans ces infections combinées, un processus ayant presque force de loi. L'association bactérienne nous apparaît aujourd'hui comme une nécessité pour l'éclosion de certaines maladies, telles que le tétanos, et comme une fatalité dans le cours de certaines affections telles que la variole.

Quelques espèces microbiennes, presque toujours les mêmes, font les frais des infections secondaires. Ces germes d'association sont, en général, des saprophytes vulgaires que nous portons sans cesse en nous. Ces deux faits dominent toute l'histoire des infections mixtes.

Les microbes associés le plus souvent rencontrés sont, avant tout, les streptocoques, les staphylocoques blancs et dorés, le pneumocoque; les différentes variétés de coli-bacilles, le bacille pyocyanique, le pneumo-bacille de Friedlander.

Si la plupart des germes que nous avons énumérés peuvent se multiplier indifféremment, au cours des infections les plus diverses, quelques-uns ont pourtant une prédilection pour certaines d'entre elles. Le streptocoque se développe surtout chez le scarlatineux, chez le diphtérique; le pneumocoque chez le grippé; le staphylocoque chez le varioleux; le coli-bacille chez le typhique. Certains germes d'infection secondaire ont, d'autre part, des régions de prédilection. Sans qu'il y ait là une règle générale, les infections à staphylocoques s'observent surtout au niveau de la peau et des tissus sous-cutanés, les infections à pneumocoques, à streptocoques, à pneumo-bacilles, à tétragènes se cantonnent principalement dans les organes du thorax et de l'extrémité cervico-faciale, et les infections à coli-bacilles se localisent de préférence dans les organes de l'abdomen, c'est-à-dire dans les régions qui avoisinent les habitats naturels de ces microbes.

Les coli-bacilles ont d'abord été décrits comme des saprophytes vulgaires de l'intestin; on n'a reconnu que plus tard le rôle qu'ils pouvaient jouer en pathologie. Le tétragène, trouvé d'abord dans une septicémie expérimentale, rencontré plus tard par Koch, comme microbe d'infection secondaire dans les cavernes des tuberculeux, est capable d'agir à l'état isolé et de provoquer, pour son propre compte, la septicémie, la pleurésie, la méningite, l'angine, comme l'ont prouvé récemment les travaux des auteurs français.

Le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque ont subi une fortune inverse. Après les découvertes de Pasteur, de Talamon et de Frænkel, ces microbes furent considérés comme agents spécifiques de l'infection puerpérale, de l'ostéomyélite, de la pneumonie; ils ont été rencontrés ensuite dans les états pathologiques les plus disparates et n'ont pas su conserver les avantages de la spécificité. Pour ne prendre qu'un exemple, le streptocoque, qui provoque la suppuration dans l'infection puerpérale, produit encore la plaque d'érysipèle, la traînée lymphangitique, le caillot de la phlegmatia, la fausse membrane de certaines angines, la septicémie sans lésions. Il intervient comme agent secondaire au cours des infections les plus diverses, et même au cours des maladies chroniques cachectisantes ou diathésiques. Sa présence est parfois tellement apparente qu'il peut masquer l'agent pathogène véritable. Certains auteurs ne l'avaient-ils pas, avant la découverte de Pfeiffer, considéré comme le microbe de la grippe, et n'en est-il pas encore qui le tiennent pour l'agent pathogène de la scarlatine?

D'où viennent ces germes toujours prêts à nous assaillir, à chaque heure de notre vie, si ce n'est de notre organisme même?

Les staphylocoques, le bacille pyocyanique habitent nos téguments normaux, de même que le pneumocoque et le streptocoque végètent dans la salive. M. Netter a découvert le streptocoque dans la bouche des gens bien portants; j'ai montré ensuite, avec M. Bezançon, que ce microbe s'y trouvait constamment, comme le coli-bacille dans l'intestin normal.

La bouche et le nez sont des cavités toujours chargées de microbes qui, trouvant dans la pesanteur un puissant auxiliaire, menacent sans cesse d'infecter secondairement nos voies respiratoires inférieures. Les germes introduits par l'air ou les aliments trouvent dans ces cavités toutes les conditions favorables à leur développement : chaleur et humidité dans les fosses nasales, cantonnement et colonisation facile dans les cryptes amygdaliennes, ou sur le tartre et les particules alimentaires laissées dans la sertissure des dents. En raison de la richesse de leur flore micro-

bienne, on peut dire que la bouche et le nez sont, pour les maladies des voies respiratoires, les antichambres de l'infection. On n'y trouve pas seulement le streptocoque, le staphylocoque, le tétragène, mais encore le pneumocoque. On y rencontre même le bacille de la tuberculose. Straus a mis en évidence la présence de bacilles tuberculeux virulents dans les fosses nasales d'individus sains, mais vivant en contact avec des phtisiques, et M. Dieulafoy a décelé la présence assez fréquente de ces mêmes bacilles dans les amygdales hypertrophiées des enfants.

Les streptocoques saprophytes sont, en général, dénués de virulence, et, en raison de ce fait, on a voulu les différencier de ceux trouvés dans les produits pathologiques. Nous avons montré encore, avec M. Bezançon, que l'on peut rendre virulent un streptocoque saprophyte en l'inoculant à des animaux après mélange à une culture de colibacille. La virulence, dans ce cas, n'est que le résultat de l'adaptation du microbe au genre de vie nouveau que lui impose sa pullulation dans les profondeurs de l'organisme. Le problème, jadis mal posé, de la spontanéité morbide commence ainsi à trouver peu à peu sa solution.

Cette question des races microbiennes, laissée dans l'ombre à l'origine de la bactériologie, a attiré peu à peu l'attention des expérimentateurs. On avait cru, tout d'abord, que le vibrion cholérique était toujours semblable à lui-même ; l'observation a montré qu'il présentait quelques caractères spéciaux, suivant les épidémies. La plupart de nos espèces saprophytiques sont de même représentées par de nombreux échantillons. Sous le nom de coli-bacilles, on range les représentants de toute une famille bactérienne dont nous nous sommes attachés, avec M. Nobécourt, à accentuer encore les dissemblances par l'étude de la réaction agglutinante.

Ces faits rendent plus complexes encore la question des associations bactériennes. Là, où nous incriminons simplement le streptocoque ou le coli-bacille, il y a peut-être intervention de diverses races de l'un de ces microbes et cette union a pu changer les conditions de l'infection. On sait que sur la fausse membrane diphtérique, on trouve parfois de même l'association de bacilles longs et moyens.

Les germes saprophytes n'ont pas que des influences nuisibles. Le rôle adjuvant de bactéries variées dans le phénomène de la digestion a été depuis longtemps indiqué par M. Duclaux ; c'est en raison de ce fait que ce savant s'est montré sans cesse opposé aux théories qui admettent une digestion normale et physiologique : « Il n'y a pas de digestion, il y a des digestions, parce que les interventions microbiennes qui en font partie varient d'un individu à l'autre. »

Les microbes pathogènes, que le hasard introduit par exemple dans nos voies digestives, rencontrent parfois des adversaires dans les parasites déjà installés. Il est des bactéries qui se contrarient dans le même milieu ; la concurrence vitale tempère ainsi les effets nocifs des unes ou des autres. Certaines immunités morbides n'ont pas d'autres secrets.

Nos saprophytes sont plus faits pour nous attaquer que pour nous défendre. Ils vivent dans notre organisme en paix armée, maintenus par les barrières épithéliales, par la phagocytose, par l'action bactéricide de nos sucs. Chez l'homme sain, des forces physiques, vitales et humorales contribuent ainsi, dans une harmonie parfaite, à la défense de l'organisme.

Que, sous l'influence d'une infection primitive, un de ces procédés de défense vienne à fléchir, et la porte est ouverte aux germes sans cesse menaçants d'infections secondaires. Que, par contact réciproque, certaines espèces microbiennes exaltent leur virulence, les forces de la défense succombent sous les efforts de l'attaque et nous assistons à une infection mixte d'emblée. Que, dans une région, les phagocytes soient occupés à l'accaparement d'une espèce microbienne, et les voies de l'invasion seront ouvertes à l'espèce associée qui pourra se développer à loisir et intoxiquer l'organisme pour son propre compte : c'est là un exemple de symbiose microbienne.

L'association bactérienne tient un rôle important dans la lutte pour la vie, ce drame continuel que jouent les êtres vivant dans la nature.

Les recherches expérimentales, aussi bien que l'analyse bactériologique faite chez les malades, prouvent que l'association bactérienne est indispensable à l'éclosion de certaines infections. Les recherches de M. Vaillard et de ses collaborateurs, MM. Vincent et Rouget, ont montré le rôle prépondérant des symbioses dans l'étiologie du tétanos. M. Metchnikoff a établi l'influence qu'avaient les associations microbiennes sur la genèse du choléra des jeunes lapins. La symbiose peut ainsi préparer l'infection et cesser au moment où la maladie éclate. Son rôle, dans ce cas, est purement étiologique.

Les découvertes bactériologiques nous ont décelé l'agent pathogène d'un grand nombre de maladies infectieuses; mais il faut reconnaître que, jusqu'en ces derniers temps, elles n'avaient jeté aucune lumière sur un grand nombre de faits d'épidémiologie. Ce que l'observation nous a appris sur le mode d'installation et de propagation de certaines maladies semble souvent en désaccord avec ce que nous savons de leurs germes spécifiques. M. Vaillard et M. Metchnikoff viennent de soulever un coin du voile qui recouvrait ces questions, et déjà nous entrevoyons tout ce que la connaissance des associations bactériennes pourra apporter d'éclaircissement à l'étiologie encore si confuse de certaines infections.

L'histoire des fermentations, auxquelles est toujours ramené quiconque se préoccupe d'infection, nous prouve combien peut être étroite la localisation de la flore microbienne propre à certaines régions. M. Duclaux a constaté que les fromages de Brie, préparés d'après le même procédé, mais dans d'autres localités de la Brie, y réussissent moins bien, même quand on s'est servi comme semence des cayets de paille provenant de la Brie et renfermant les microbes de cette région. Il faut, sans doute, en chercher la raison dans ce fait que les microbes sont alors supplantés par les représentants de la flore de la nouvelle localité où l'on a opéré. Semblables réflexions sont applicables à la fabrication des vins. « Une fermentation mise en train avec un mélange de deux levures, dit M. Duclaux, marche mieux qu'avec une seule et donne un produit de saveur et de bouquet différents. »

Le goût de terroir, qui a toujours flatté le palais de l'homme et que l'on exploite journellement dans les fermentations industrielles, est donc souvent le résultat d'associations microbiennes.

L'association peut se faire au cours ou au seuil même de la maladie. Deux infections vont donc alors se développer simultanément, influençant réciproquement leur marche, leur évolution et aggravant leur pronostic. C'est le fait de

l'infection mixte tel qu'on le constate dans la diphtérie, dans la scarlatine, dans la grippe.

L'infection peut apparaître au cours, au déclin, même dans la convalescence de la maladie première. Elle tient souvent le second plan et survient à la façon d'un incident épisodique ou clôtural, pour compliquer la maladie. C'est le fait de l'infection secondaire.

On peut observer entre maladies infectieuses les associations les plus imprévues; mais, nous l'avons déjà vu, quatre ou cinq microbes, presque toujours les mêmes, hôtes normaux de notre surface cutanée ou de nos cavités naturelles, font, en général, les frais des infections combinées.

Le bactériologiste doit savoir qu'il est parfois difficile de reconnaître, si le rôle de ces germes est vraiment effectif. Ils peuvent être présents dans les produits infectieux des muqueuses, sans être pour cela toujours des associés; ils y végètent alors, mais n'y germent pas.

Il est des microbes d'association qui ont une prédilection pour certains germes spécifiques; ils en sont pour ainsi dire les familiers; tel le streptocoque pour l'agent spécifique encore inconnu de la scarlatine.

Le mécanisme qui régit les infections combinées, variable d'une maladie à l'autre, présente la complexité de tous les phénomènes biologiques. Nous n'en connaissons pas tous les rouages. Une infection est un branle-bas de l'organisme, comme Ricord l'avait dit de la vérole; branle-bas qui peut susciter la défaillance de chacun de nos éléments et ouvrir ainsi la porte à des infections secondes.

Tout l'effort de l'association microbienne peut porter localement, au niveau de la porte d'entrée, et cela par deux procédés différents. L'une des espèces peut agir directement en accaparant les phagocytes, qui, occupés à l'englober, ne sont pas assez nombreux pour s'opposer à la pénétration de l'espèce associée; c'est le cas pour le tétanos, comme l'ont montré les expériences de M. Vaillard. L'une des espèces peut agir en sécrétant localement des toxines, qui écartent immédiatement le phagocyte par chimiotaxie négative.

Des expériences sans nombre ont montré qu'on pouvait exalter la virulence de germes différents en les inoculant simultanément chez le même animal.

L'inoculation de bactéries associées est devenu un procédé banal de laboratoire pour augmenter les qualités pathogènes d'un microbe peu actif. Les recherches de MM. Bouchard, Roger, Charrin, Courmont et Rodet ont montré comment les substances solubles peuvent prédisposer à l'action pathogène de leurs microbes producteurs.

L'action favorisante d'un microbe s'étend également à des bactéries associées, comme l'ont établi les expérences de Grawitz et de Bary, de Roger, de Monti, de Trombeta, de Chantemesse et Widal, de Vincent, de Sanarelli, de Iosny.

En s'associant sur le même individu, les infections restent des entités gardant chacune leur personnalité et leur indépendance. L'organisme reste marqué au sceau de chaque microbe infectant, comme en témoignent les réactions humorales. Avec M. Sicard et M. Nobécourt, après avoir inoculé à un même animal des bactéries d'espèces différentes, nous avons constaté que le sérum était doué de propriétés agglutinatives à la fois pour les divers microbes inoculés. La puissance agglutinative de ce même sérum diffère pour chacun des microbes inoculés. Chaque infection impressionne les humeurs de l'organisme à son heure, pour son propre compte, sans se laisser influencer par l'infection qui lui est associée. »

M. SABRAZÈS (de Bordeaux) signale combien souvent le **streptocoque intervient à titre d'agent d'infection secondaire dans la variole.** Il a pu constater, dans les pustules varioliques d'un fœtus, expulsé au septième mois de grossesse, d'une mère varioleuse, de longues chaînettes de streptocoques en colonies.

M. WIDAL dit que dans toutes ses autopsies de varioleux, il a toujours trouvé un streptocoque très virulent. Le streptocoque passe facilement de la mère au fœtus, par le placenta. C'est le microbe qui se généralise le plus aisément par la voie lymphatique et par la voie sanguine. C'est le microbe des suppurations diffuses, le staphylocoque étant, plus volontiers, l'agent des suppurations circonscrites.

M. CASSAET signale un cas de simultanéité de bacille d'Eberth et de staphylocoque au niveau de taches rosées lenticulaires.

D'après MM. HAUSHALTER et G. ÉTIENNE (de Nancy), les **accidents hémorragiques de la variole** paraissent être dus à une infection secondaire habituellement sur le streptocoque.

C'est le streptocoque qu'ils ont trouvé en culture pure dans le sang et les viscères d'un enfant, mort de septicémie hémorragique survenue à la période de pustulation d'une variole jusque-là normale, variole elle-même contractée à l'hôpital, dans la convalescence d'une diphtérie. Mais l'argument le plus important consiste dans la véritable dissociation pouvant exister entre la variole et la septicémie streptococcique hémorragique, comme chez une enfant atteinte d'une variole discrète très bénigne, évoluant normalement, lorsque, au cours de la convalescence, survinrent des accidents hémorragiques mortels, parce que, pendant la première période de sa variole, cette enfant avait été hospitalisée dans une salle où étaient des malades atteints de variole hémorragique. En outre, la forme hémorragique paraît indépendante des vaccinations antérieures.

M. PAUL COURMONT arrive, après l'étude microbiologique d'un cas, aux conclusions suivantes, sur les **associations microbiennes dans le pneumothorax putride :**

1° Le pus du pyopneumothorax putride spontané renferme ordinairement plusieurs espèces microbiennes ;

2° Dans certains cas, on peut isoler plusieurs germes virulents capables de causer des lésions diverses et même des pleuro-péricardites purulentes expérimentales chez le lapin, mais ne produisant pas de gaz.

L'inoculation du pus total de la plèvre reproduisant, au contraire, soit accidentellement chez le malade, soit expérimentalement chez le lapin, des abcès gazeux, la production spontanée de gaz dans la plèvre paraît être surtout fonction des associations microbiennes, de l'action simultanée de plusieurs germes.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### De l'europhène dans les ulcérations atoniques (Fournier).

| | | |
|---|---|---|
| Europhène . . . . . . . . . | 1 | gramme. |
| Acide borique . . . . . . . . | 100 | — |
| Vaseline pure . . . . . . . . | 100 | — |

Appliquer une couche de cette pommade et recouvrir avec une feuille de coton hydrophile stérilisé.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 avril 1898. — Présidence de M. BERGER.

### DISCUSSION

**Des psychoses post-opératoires.** — M. ROUTIER reconnaît avec ses collègues qu'il faut mettre de côté les délires septicémiques, devenus très rares aujourd'hui. Quant aux psychoses vraies, on ne les rencontre que chez des prédisposés ou chez des malades ayant déjà eu des crises plus ou moins nettes d'aliénation.

Cependant il est quelques cas qu'on ne peut expliquer par ces prédispositions. M. Routier en cite quelques-uns.

Par contre, une fois, une colpo-périnéorraphie, faite chez une femme atteinte de troubles cérébraux, en amena momentanément la disparition.

M. HARTMANN, assistant de M. Terrier, a remarqué que certains vieillards, dont le cerveau était mal irrigué, présentaient, après certaines interventions, des désordres mentaux analogues à ceux qu'on observe dans le ramollissement cérébral.

Chez l'enfant, jamais il n'a observé de délire post-opératoire. Ce sont les femmes adultes qui fournissent le plus fort contingent des psychoses après les opérations, quelle que soit la nature de l'opération. Il ne lui a pas semblé que la castration ovarienne puisse être incriminée plus que toute autre intervention chirurgicale.

Si l'on a observé un assez grand nombre de psychoses chez des castrées, cela tient à ce que le désir de l'ablation de l'organe sexuel avait été la première manifestation de la psychose et qu'il y a eu une époque où certains chirurgiens ont trop facilement enlevé soit les ovaires par l'abdomen, soit l'utérus par le vagin. Ce sont ces ablations d'organes, quasi sains, faites chez des névropathes génitaux, qui ont été le plus souvent suivies de psychoses.

Sur 229 ablations bilatérales d'annexes, M. Hartmann n'a vu que 2 cas de délires post-opératoires et, dans ces deux cas, il existait une certaine prédisposition.

M. POTHERAT met aussi de côté les délires septicémiques et les délires médicamenteux. Quant aux délires vrais, il pense que c'est la gynécologie qui en fournit le plus grand nombre. Il en rapporte quelques exemples. Ces cas d'ailleurs surviennent toujours chez des prédisposées.

Il pense qu'il ne faut intervenir, chez les aliénés ou les prédisposés à l'aliénation, que dans les cas urgents.

### COMMUNICATIONS

M. JONNESCO (de Bucarest) lit une communication sur un **fait d'extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable pour un cas d'épithélioma.** Cette communication sera l'objet d'un rapport.

M. BROCA analyse un travail de M. TAVEL (de Berne) sur **des recherches expérimentales sur l'infection et la désinfection des plaies par armes à feu.**

Il est fort important de savoir si l'infection de ces plaies est primitive, apportée par la balle ou les divers corps étrangers, ou secondaire. Les expériences entreprises en Allemagne, surtout, sur ce sujet, ont conduit leurs auteurs à des résultats contradictoires. Aussi, le professeur E. Tavel a-t-il fait faire des recherches nouvelles par ses élèves.

Les expériences ont toutes été faites avec le fusil militaire suisse, modèle 1889. La balle, de 7 millimètres et demi de diamètre, est en plomb dur, avec chapeau d'acier. Elle a été tirée, tantôt stérilisée, tantôt infectée, avec un microbe déterminé dans une boîte en fer-blanc, remplie de gélatine; et, pour observer les colonies microbiennes *in situ* sur le trajet même du projectile, M. Tavel a imaginé un dispositif fort ingénieux : le cylindre de gélatine, qu'a perforé la balle, a été transporté directement dans une éprouvette de culture, actionnée comme l'emporte-pièce dont se servent les marchands pour goûter les fromages.

Il a d'abord tiré, dans la gélatine, des balles mises stériles dans le fusil, mais infectées par passage à travers un morceau d'étoffe infecté, ou bien infectées directement, au niveau du corps ou au niveau de la pointe, avant d'être mises dans le fusil. Dans les deux cas, après un simple coup de feu, le trajet est manifestement et sûrement infecté; mais, après feu de magasin, les colonies sont plus clairsemées, parfois même nulles.

Pour expliquer cette stérilisation, au moins relative, de la balle, deux facteurs peuvent être invoqués : 1° l'échauffement de la balle; 2° le frottement qu'elle subit dans le canon du fusil, d'où une action mécanique. C'est à cette seconde cause surtout que croit M. Tavel, car la stérilisation n'est jamais complète pour une balle stérile, tirée à travers une étoffe infectée, même après feu de magasin; et, d'autre part, elle est moindre quand la balle a été infectée au niveau de la pointe, qui ne frotte pas, que quand elle a été infectée au niveau du corps. Et, pour en fournir mieux la preuve, après avoir tiré une balle infectée, on a tiré une balle stérile, de façon à bien savoir s'il restait des microbes dans le canon du fusil : or, le trajet de cette seconde balle dans la gélatine reste, sinon toujours, au moins presque toujours stérile. Donc, presque toujours un coup suffit à stériliser le canon, même si la balle avait été artificiellement infectée.

On peut conclure, qu'en pratique, la balle emporte avec elle, hors du fusil, au moins une partie des germes qui l'infectaient primitivement. Mais les infections expérimentales prouvent que les colonies sont moins florides que celles obtenues par ensemencement direct de la gélatine avec la culture mère, et cela a conduit M. A. Muller à rechercher si les microbes emportés par la balle conservent toute leur virulence.

Ici, l'expérience a été faite sur l'animal vivant : les balles ont été tirées dans la cuisse de lapins, en évitant de léser soit le fémur, soit l'artère fémorale.

Quand cette condition anatomique est bien réalisée, l'animal survit toujours à une plaie par balle stérile. Par contre, il succombe toujours si la balle est infectée soit directement, soit par passage à travers une étoffe infectée; et la mort a lieu avec une rapidité, avec des accidents locaux et généraux qui excluent l'idée d'une atténuation de virulence par échauffement ou par frottement.

S'il y a un peu d'atténuation — ce que semblait prouver le mode de culture sur gélatine dans les expériences — les conditions anatomiques spéciales aux plaies par armes à feu se chargent, et au delà, de rétablir l'équilibre, d'aggraver considérablement l'infection.

L'asepsie absolue d'une plaie, même opératoire, n'est jamais réalisée. Mais quand la virulence des microbes est moyenne ou faible, quand leur quantité est petite, l'infection survient ou ne survient pas selon que le terrain s'y prête ou ne s'y prête pas.

Depuis longtemps déjà les expérimentateurs ont cherché à préciser l'influence du terrain. Les expériences ont porté, avec des plaies par instrument tranchant, soit sur le péritoine, soit sur le tissu conjonctif, tantôt normaux, tantôt altérés, en particulier par l'action de divers antiseptiques. Et M. Tavel nous résume les expériences par lesquelles ses élèves ont mis en évidence le rôle défavorable des hématomes.

Or, les plaies d'armes à feu, abstraction faite de leurs complications osseuses, articulaires, viscérales, présentent des conditions anatomiques très favorables à l'infection. Déjà, en tirant des balles dans de la gélatine, ou dans les parties molles d'animaux vivants, Karlinski a constaté qu'autour du séton se produisent des fissures, dans lesquelles sont projetés, quelquefois à grande distance, des corps étrangers

parcellaires. Cet effet explosif, qui, évidemment, rend la désinfection illusoire, a été vérifié sous la direction de M. Tavel. Et avec des balles enduites de poussière de charbon, M. Koller a bien mis en évidence cette dissémination.

Dans une plaie ainsi fissurée tout autour, les microbes pullulent sans doute avec facilité, et M. Proust, avec des balles rendues septiques par une quantité déterminée d'un microbe déterminé, a très nettement prouvé que, à inoculation égale, une plaie d'arme à feu est le siège d'accidents bien plus graves qu'une plaie par instrument tranchant. L'expérience est décisive sur le lapin, aussi bien pour le streptocoque que pour le staphylocoque, le bacille pyocyanique, la bactéridie charbonneuse; à des degrés de virulence où, dans une plaie d'instruments tranchants, ces microbes ne causent que des accidents légers ou nuls, ils provoquent des accidents très graves dans une plaie d'arme à feu.

Or, quoi qu'en ait pensé primitivement Kocher, les expériences de M. Schwarzenbach font conclure que cette différence ne tient pas aux corps étrangers si volontiers implantés dans les plaies d'armes à feu, car la gravité est la même pour une plaie par balle infectée ou par une plaie par balle stérile, dont on inocule secondairement le trajet sans y laisser de corps étranger.

Quant à l'infection primitive de la plaie, M. Schwarzenbach a vu que, quoi qu'on en ait dit, il suffit, pour qu'elle existe, que la balle ait traversé une étoffe usagée.

Donc, en pratique courante, on doit admettre que toute plaie par arme à feu est le siège d'une infection primitive, légère ou grave; et, avec ses élèves, M. Tavel s'élève contre la doctrine qui considère ces plaies comme primitivement aseptiques.

Aussi, M. Tavel est-il parti de cette idée qu'il devait être utile de la désinfecter primitivement, que Bergmann, Langenbuch avaient tort de prêcher l'abstention systématique immédiate. Mais ici la pratique a donné tort à la théorie. Avec des balles qu'infectait le streptocoque de Marmorek, microbe de grande virulence et d'action certaine, MM. Muller et Koller ont constaté que, sur le lapin, les tentatives de désinfection étaient plus nuisibles qu'utiles. Drainage, cautérisation à la teinture d'iode ou au thermocautère, désinfection à l'acide phénique, etc., tout cela aggrave plutôt l'infection, et l'aggrave d'autant plus que l'agent est plus énergique. Il en est de même pour les autres microbes expérimentés par les auteurs, et la conclusion pratique est que, pour une plaie des parties molles, moins on fait, mieux on fait.

Certes, des lésions ostéo-articulaires, vasculaires, viscérales résultent des indications opératoires plus ou moins pressantes et formelles. Mais on ne doit pas songer à désinfecter primitivement une plaie des parties molles. Un simple pansement occlusif suffit, et on surveillera le blessé pour agir sans tarder si des complications septiques surviennent.

Les recherches que M. Broca vient d'exposer, ne modifient donc pas ce que nous savions en pratique; mais, en théorie, elles sont importantes, puisqu'elles nous démontrent qu'on a eu tort de considérer comme aseptiques, primitivement, les plaies par les armes de guerre modernes.

M. NIMIER pense que certains auteurs n'ont pas assez tenu compte des chances d'infection qui résultent de la pénétration dans le foyer traumatique des débris de vêtements et même de peau, débris qui sont loin d'être aseptiques.

Par contre, le pouvoir infectieux de la balle lui semble avoir été exagéré. Si une balle préalablement infectée n'est pas stérilisée par l'échauffement et le frottement qu'elle subit dans le fusil, il n'en est pas de même dans la pratique où l'on n'utilise pas de balles spécialement infectées. Or, des expériences ont établi que les balles sont stériles dans les paquets de cartouches ou tout au moins privées de microbes virulents et pathogènes. Cette sorte de stérilisation peut tenir soit à la fabrication même des balles, soit à leur composition métallique.

D'autre part, la poudre qui, on le sait, est toujours incomplètement brûlée, paraît avoir des propriétés plus septiques.

M. HARTMANN avait présenté à la Société un malade atteint de **gastrosuccorrée avec douleurs violentes**, malade qu'il avait guéri par la **gastro-entérostomie**.

L'observation paraît intéressante à divers points de vue :

1° La rareté du cas observé;

2° La cessation immédiate et complète des douleurs, dès le soir de la gastro-entérostomie, ce qui a permis de donner au malade : le premier jour, du champagne; le deuxième, du lait; le cinquième, des aliments demi-solides, œufs, cervelles, etc.;

3° L'amélioration considérable de l'état général, traduite par la courbe des poids du malade;

4° Le fonctionnement de l'estomac :

α. Celui-ci fonctionne en tant que réservoir; les aliments y séjournent d'une manière normale; la bouche gastro-intestinale se ferme comme un pylore et l'insufflation de l'estomac reste possible.

β. L'absence de modification dans l'évolution de la digestion qui, après comme avant l'opération, se prolonge bien au delà des limites normales.

γ. La présence, dans l'estomac, d'une petite quantité de bile, fait qui a frappé M. Hartmann dans presque toutes les gastro-entérostomies, quel qu'ait été le procédé employé, alors même que la gastro-entérostomie avait été accompagnée d'une entéro-anastomose complémentaire. La présence de cette petite quantité de bile semble ne déterminer aucun trouble;

5° Enfin, cette observation semble encore intéressante au point de vue de la pathogénie de la gastrosuccorrée. Récemment, M. Hayem écrivait : « La maladie dite de Reichmann n'est autre que la sténose incomplète du pylore. Le signe désigné dans cette affection sous le nom gastrosuccorrée, c'est-à-dire l'existence dans l'estomac, le matin à jeun, d'une certaine quantité de liquide, est tout simplement le résultat de la rétention gastrique. »

M. Hartmann ne s'explique pas très bien ces sténoses incomplètes dont parle M. Hayem, sténoses qui laissent passer les aliments et retiennent le suc gastrique. Chez son malade, la gastrosuccorrée persiste après la gastro-entérostomie, ce qui a disparu, c'est la manifestation douloureuse de cette gastrosuccorrée. Aussi est-il bien plus disposé à admettre du spasme pylorique.

Il n'en persiste pas moins qu'au point de vue thérapeutique, l'indication du traitement opératoire de la gastrosuccorrée grave est celle qu'a formulée M. Hayem, la gastro-entérostomie.

M. TUFFIER rappelle qu'il a opéré, il y a cinq ans, un malade atteint de gastrosuccorrée avec douleurs intenses. Le résultat s'est maintenu parfait.

## PRÉSENTATIONS

M. BERGER présente un malade chez lequel il a pratiqué une **ostéotomie trochantérienne oblique pour une ankylose angulaire de la hanche, consécutive à une coxalgie de l'enfance**. Avant l'opération, le malade accusait un raccourcissement de 20 centimètres et n'avait jamais pu mettre le pied par terre. Aujourd'hui, il marche très convenablement avec une chaussure à talon un peu surélevé.

M. QUÉNU montre un **appendice segmenté**, dont l'extrémité terminale était obturée et autour de laquelle s'était développé un abcès dans une deuxième crise d'appendicite.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 2 mai 1898.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La statistique, fort soigneusement faite par M. Sevestre, de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1897, a donné les résultats suivants :

Sur 580 malades atteints de diphtérie (angine ou croup), 102 sont morts, dont 43 dans les trois premières vingt-quatre heures, ce qui donne, pour la mortalité globale, le chiffre de 17,40 et, pour la mortalité réduite, celui de 10,68. M. Sevestre a séparé en deux catégories distinctes les diphtéries pures et les diphtéries associées, et arrive sur l'ensemble des diphtéries à 99 cas de strepto-diphtérie. Or, au cas de diphtérie pure, la mortalité globale est de 14,34 p. 100 et la mortalité réduite de 8,24, tandis qu'au cas de strepto-diphtérie la mortalité globale est de 32,32 p. 100 et la mortalité *réduite* de 23,80. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes.

Les malades, à quelques exceptions près, ont tous reçu, dès leur entrée, une injection de sérum ; la dose moyenne fut de 20 centimètres cubes pour les enfants de deux ou trois ans ; mais il faut tenir compte de la gravité de la maladie et des diverses localisations : dans le croup, il est souvent utile d'injecter d'emblée 30 centimètres cubes. Outre l'injection de sérum, M. Sevestre fait faire une grande irrigation de la gorge avec la liqueur de Labarraque, à 50 p. 1 000, et, dans les cas graves, avec la solution de chloral à 1 p. 100. On peut souvent éviter le traitement local ; mais dans les cas de diphtérie associée, quand les fausses membranes persistent longtemps, M. Sevestre conseille, sur les amygdales, des applications de teinture d'iode ou de poudre de salol.

Les cas de croup sont au nombre de 341. Avant de faire le tubage, les malades étaient placés dans une atmosphère de vapeurs ; à la première menace d'un accès de suffocation, on pratiquait l'enveloppement froid du thorax, qui, bien souvent, a permis de retarder et même d'éviter l'intervention.

Chez 202 enfants le tubage a été pratiqué ; sur ce nombre, 40 sont morts, dont 21 plus de vingt-quatre heures après l'entrée, ce qui donne pour la mortalité globale, le chiffre de 19,70, et pour la mortalité réduite, celui de 11,41.

Dans 21 cas le tubage a été suivi de trachéotomie ; et, enfin, 17 enfants ont été trachéotomisés d'emblée. Dans ces deux catégories, il s'agit de cas qui ne peuvent guère entrer dans une statistique sérieuse, et il faudrait bien se garder d'en tirer quelques arguments contre la trachéotomie, en comparant les résultats à ceux du tubage.

Si l'on démontre que le bicarbonate de soude est un médicament dangereux dans la cure des affections de l'estomac, que restera-t-il aux médecins pour guérir leurs hyperchlorhydriques ? à quoi pourront se fier les pauvres dyspeptiques ? Dieux justes ! Cette question est pendante devant la Société médicale, elle a été soulevée par M. Hayem, il y a quinze jours, reprise et défendue par M. Mathieu la semaine dernière. Voici où elle en est. En réponse à l'argumentation minutieuse de M. Mathieu, le professeur Hayem reprend sa communication précédente et affirme qu'il n'a voulu que préciser l'action des alcalins, pris d'une façon continue, sur les différents types chimiques de la sécrétion stomacale. Il a voulu montrer que, sous l'influence de ce traitement, les hyperpeptiques voyaient leur hyperchlorhydrie augmenter et cela sur un mode spécial : l'acide chlorhydrique libre devenait plus abondant, tandis que le chlore en combinaison organique diminuait. De même, chez les hypopeptiques, le professeur Hayem prétend que l'usage prolongé des alcalins produit une dépression du suc stomacal allant jusqu'à l'apepsie. Ce sont là deux affirmations qui visent seulement l'action des alcalins pris à hautes doses et *d'une façon prolongée*, mais qui, en somme, ne contre-indiquent pas leur usage.

Dans ces conditions, peut-être peut-on s'entendre, M. Mathieu n'ayant voulu s'élever que contre cette conclusion, d'après laquelle le bicarbonate de soude devrait être déconseillé, alors qu'il doit être tenu comme un agent thérapeutique utile et dont il serait peut-être mauvais de se priver.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

**Le médecin n'étant pas infaillible et ne se donnant pas pour tel, une erreur de sa part quant à la dose d'un médicament, fût-elle prouvée, ne constitue pas toujours une faute lourde engageant sa responsabilité.**

L'année dernière, une dame de Valence atteinte d'une affection oculaire demanda les soins d'un de nos confrères de cette ville, mais avant de se soumettre au traitement qui

lui fut prescrit, elle se rendit à Lyon pour consulter M. le docteur Z..., lequel remit à la malade une note destinée au médecin de Valence et contenant l'indication de procéder à des injections d'une solution de cyanure de mercure à 0,75 p. 1000. La malade ayant remis cette note à son médecin, celui-ci affirme — ce que conteste la partie adverse — lui avoir fait observer que, la dose indiquée par M. Z... lui paraissant trop faible, il prescrivait une solution plus forte, soit 5 centigrammes de cyanure de mercure pour 10 grammes d'eau distillée. C'est cette dernière ordonnance que fit exécuter la cliente et qu'employa le médecin de Valence, M. le docteur X..., qui pratiqua deux injections.

A la suite de ces injections, la malade éprouva de grandes douleurs, mais au bout de quelques semaines, l'état des yeux redevint tel qu'il était avant les injections, sans la moindre amélioration.

Quand M. le docteur X... crut devoir réclamer ses honoraires, M. Y..., mari de la malade, non seulement refusa de les payer, mais de plus forma une demande reconventionnelle en dommages-intérêts, prétendant que le docteur X... avait accepté le mandat d'exécuter l'ordonnance du docteur Z..., et que, ne l'ayant pas suivie, il avait par sa faute causé un grave préjudice à la femme Y...

Le juge de paix de Valence, saisi du litige, ayant ordonné une expertise, M. le docteur X... fit appel. L'affaire est alors venue devant le tribunal civil de Valence qui, dans son audience du 21 mars dernier, a rendu un jugement infirmant la décision interlocutoire et statuant en même temps sur le fond. Ce jugement, que nous reproduisons en entier à cause de son importance, donne gain de cause à notre confrère de Valence et pose en principe qu'une erreur commise par un médecin dans la dose prescrite d'un médicament, fût-elle prouvée, ne constitue pas toujours une faute lourde engageant la responsabilité de l'homme de l'art.

« Attendu qu'il résulte des termes du jugement rendu par le juge de paix de Valence entre le docteur X... et M. Y..., le 1er février 1898, que, pour justifier sa demande reconventionnelle, Y... prétendait que le docteur X... aurait dû se conformer à l'ordonnance faite par le docteur Z..., qu'il ne devait être que l'opérateur, tandis qu'il avait prescrit de lui-même une ordonnance beaucoup plus forte, qui n'avait fait qu'aggraver la maladie et qu'il aurait ainsi commis une faute lourde en ne se conformant pas à l'avis du docteur Z...;

Attendu que le docteur X... soutenait qu'il n'avait pas accepté le mandat de se conformer à l'ordonnance du docteur Z..., qu'il avait fait connaître à Mme Y... qu'il y avait lieu d'augmenter la dose indiquée et que le remède par lui administré n'a pas eu pour effet d'aggraver la maladie de Mme Y...;

Attendu que le procès présentait donc à juger deux questions : la première consistant dans le point de savoir si le docteur X... avait accepté le mandat d'exécuter ponctuellement l'ordonnance du docteur Z..., et la deuxième dans le point de savoir si, en employant la dose qu'il a jugé à propos d'administrer, il a commis une faute engageant sa responsabilité et causé un préjudice à Mme Y...;

Attendu qu'aucune des deux parties n'a, pour justifier ses prétentions, demandé au juge de paix de recourir à la voie de l'expertise et que toutes les deux concluent à l'infirmation du jugement du 1er février 1898;

Attendu, néanmoins, que le juge de paix a nommé d'office un expert;

Attendu que la question de savoir si le docteur X... avait reçu et accepté le mandat de se conformer ponctuellement à l'avis et à l'ordonnance du docteur Z..., devant et pouvant être résolue par le juge, ne devait pas être l'objet d'une expertise et que, d'ailleurs, la mission donnée à l'expert, n'en comportait qu'indirectement l'examen;

En ce qui concerne la deuxième question :

Attendu que le docteur X... présentait des documents nombreux desquels il résultait que le cyanure de mercure, à la dose prescrite par lui, est employé couramment et sans danger par un certain nombre de médecins éclairés, dans le cas d'une maladie telle que celle de Mme Y...; d'où il suit que, dans l'hypothèse où l'expert aurait déclaré que l'emploi qu'en a fait le docteur X... a constitué un essai téméraire et hasardé qu'un médecin consciencieux devait condamner, le juge se serait trouvé obligé de se prononcer entre deux opinions opposées, sur l'appréciation desquelles il ne peut avoir aucune espèce de compétence;

Attendu, dès lors, que c'est à tort que l'expertise dont s'agit a été ordonnée, et qu'il y a lieu de faire droit à l'appel émis du jugement du 1er février dernier;

Attendu qu'il s'agit de l'appel d'un jugement interlocutoire; que le jugement est infirmé; que la matière est disposée à recevoir une décision définitive et qu'il y a lieu, dès lors, de statuer en même temps sur le fond par un seul et même jugement;

Attendu que Y... n'établit pas que le docteur Z..., Mme Y..., ou lui-même, aient donné au docteur X... le mandat d'exécuter ponctuellement l'ordonnance du docteur Z... et que le docteur X... ait accepté le mandat; qu'au contraire, il est constant, qu'après avoir pris connaissance de cette ordonnance, le docteur Z..., en écrivit immédiatement une autre sous les yeux de Mme Y..., que cette ordonnance était, quant à la dose du cyanure de mercure, absolument différente de la première, puisque la dose prescrite par le docteur Z... était de 75 centigrammes de cyanure pour 1000 grammes d'eau distillée, et que celle du docteur X... est de 5 centigrammes de cyanure pour 10 grammes d'eau distillée bouillie;

Que cette deuxième ordonnance est d'une écriture très facilement lisible, comme, d'ailleurs, celle du docteur Z...; que Mme et M. Y... sont instruits et intelligents et ont pu et dû se rendre facilement compte de la différence des doses prescrites dans les deux ordonnances; que le docteur X... ayant remis les deux ordonnances à Mme Y..., celle-ci les a elle-même portées chez le pharmacien, où elle a fait préparer le remède prescrit par le docteur X..., qu'elle a ensuite porté chez elle;

Attendu que ces faits démontrent avec évidence que le docteur X... n'a pas accepté le mandat dont il s'agit et a fait connaître son opinion et sa prescription personnelles et essentiellement différentes, à Mme Y...;

Attendu, dès lors, qu'il n'y a aucune faute de ce chef à imputer au docteur X...;

Attendu, d'autre part, que le docteur X..., malgré sa qualité de docteur, doit être tenu, comme tout autre homme, de répondre des fautes par lui commises et qui auraient occasionné un dommage à autrui;

Attendu, en fait, que de la lettre du docteur Z..., en date du 9 février 1898, versée au procès par Y..., il résulte que, bien que la solution employée par le docteur X... lui ait paru un peu forte, il répondit dès le début à M. Y... que, néanmoins, tout se passerait bien; que, ayant vu, quelques jours après, Mme Y..., il affirma de nouveau qu'il ne résulterait aucune infirmité du fait de l'injection pratiquée par le docteur X...; et qu'enfin il a pu constater, quelques jours plus tard, que les faits se sont réalisés comme il les avait prévus;

Attendu, il est vrai, que, dans la même lettre, le docteur Z... paraît admettre que Mme Y... a eu pendant cinq ou six jours à souffrir d'atroces douleurs et que, s'il était vrai que ces souffrances ont été le résultat d'une faute engageant la responsabilité du docteur X..., elles pourraient justifier en principe la demande de Y...;

Mais, attendu que, toujours dans la même lettre, le doc-

teur Z... affirme avoir dit à M. Y... que souvent des réactions formidables, telle que celle provoquée par l'injection pratiquée par le docteur X..., étaient suivies d'une amélioration inespérée; et que, de plus, il résulte des documents nombreux et émanant d'auteurs et de docteurs éclairés que des injections peuvent être administrées et sont souvent administrées avec du cyanure de mercure à la dose employée par le docteur X...;

Attendu que rien ne prouve qu'il eût été préférable, au point de vue de la guérison de Mme Y... ou de l'amélioration de son état, de se contenter d'employer la dose prescrite par le docteur Z... et qu'il n'appartient ni au tribunal, ni peut-être à personne, de trancher une pareille question;

Attendu, d'ailleurs, que, lors même, ce qui n'est pas établi, que le docteur X... se fût trompé, ce fait ne constituerait pas de sa part une de ces fautes lourdes qui peuvent engager la responsabilité du médecin; qu'en effet, les médecins ne sont pas infaillibles, ni ne se donnent pour tels, et lorsqu'un malade se confie à eux, il est toujours entendu entre eux et lui qu'il doit leur être permis d'être induits en erreur, par suite de l'insuffisance inévitable de leur art, et que cette erreur et l'insuccès de leurs traitements ne peuvent avoir pour résultat d'engager leur responsabilité, si ce n'est dans les cas où ils se sont rendus coupables d'imprudence, de légèreté et négligence et d'ignorance manifestes, ce qui, d'après ce qui précède, n'est pas le cas du docteur X...;

Attendu, d'ailleurs, que Y... paraît avoir ainsi apprécié les faits de la cause, lorsque, par sa lettre du 10 février 1898, il déclare au docteur X... qu'il est prêt à abandonner sa demande reconventionnelle si ce dernier renonce au recouvrement de ses honoraires;

Attendu qu'il n'est pas possible de blâmer le docteur X... d'avoir refusé d'accepter la proposition de Y... et d'avoir apprécié que l'intérêt de sa dignité lui commandait de persister dans sa très modeste demande, après avoir reçu de Y... une lettre telle que celle du 1er janvier 1898, dont le caractère injurieux devait être encore dépassé par les termes des lettres pleines de menaces qu'il a adressées au docteur X... et à son avocat, avec des intentions non dissimulées, le 15 mars courant, c'est-à-dire à la veille du jour où devaient être prononcées les conclusions du ministère public et où le jugement pouvait être rendu;

Par ces motifs, faisant droit à l'appel émis contre le jugement du juge de paix de Valence, du 1er février 1898, et à l'appel incident du même jugement relevé par Y...;

Réformant ledit jugement, le met à néant, et, statuant sur le fond et faisant ce que le premier jugement aurait dû faire, condamne Y... à payer au docteur X..., avec intérêt depuis la demande, la somme de 15 francs qui lui sont dus pour honoraires médicaux;

Met le docteur X... hors d'instance du chef de la demande reconventionnelle formée contre lui par Y..., qui en est débouté; condamne Y... aux dépens. » (*Gaz. hebd.*)

## CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

(4e SESSION, TENUE A MONTPELLIER)

### COMMUNICATIONS DIVERSES

M. CASSAET appelle de nouveau l'attention sur les dangers de l'ouverture de la plèvre faite dans les cas de pleurésie purulente tuberculeuse. Quels que soient les soins dont on entoure, en effet, l'empyème, et qu'on le fasse suivre ou non de larges résections costales, il entraîne toujours l'infection secondaire du foyer, et donne ainsi à la maladie un caractère d'acuité et de gravité qui, jusqu'ici, ne lui appartenait aucunement.

A la suite des réinfections successives que provoquent les pansements répétés, il se développe des accidents de septicémie plus ou moins aigus qui altèrent rapidement l'état général: les malades maigrissent, s'infiltrent et succombent sous le poids de leur dénutrition et de leur cachexie. On ne peut, en effet, attendre de l'opération de l'empyème, dans les pleurésies purulentes tuberculeuses, tout le bénéfice qu'elle donne dans les pleurésies aiguës, les lésions pleurales étant plus profondes, le poumon moins en état de se développer, la cicatrisation bien moins active, pour ne pas dire très imparfaite.

Aussi, dans l'impossibilité où se trouve l'empyème seul, ou aidé de la résection costale, d'assurer la guérison du malade ou même sa survie, en lui maintenant une santé suffisante pour lui permettre de remplir à peu près les devoirs de sa profession, y a-t-il lieu d'abandonner en ce cas ces larges interventions et de se borner à la simple évacuation de la plèvre par des ponctions répétées toutes les fois que, par sa masse, le liquide gêne les fonctions de la respiration et de la circulation.

C'est la conduite déjà préconisée depuis longtemps par Desplats et Spillmann, et, plus récemment, par Netter et Ch. Baumler, avec cette réserve que si, par une circonstance fortuite, l'épanchement purulent venait à être infecté par les microbes ordinaires de la suppuration ou quelques saprophytes, et que le malade fût en danger de ce fait, il faudrait de nouveau recourir à l'empyème, si la ponction devenait insuffisante pour aseptiser le foyer contaminé. Cette manière de faire a rendu à M. Cassaët de nombreux services ces dernières années, et notamment chez un malade qui supporta allègrement un certain nombre de ponctions et faillit succomber à des accidents de septicémie chronique, consécutifs à une rechute que l'on avait traitée par l'empyème et dont il souffre encore.

L'étude des déplacements du cœur dans la pleurésie a conduit M. PITRES (de Bordeaux) à cette conclusion paradoxale en apparence, à savoir que l'ectopie cardiaque n'est pas un danger menaçant pour le malade, mais un procédé providentiel de protection de l'organe central de la circulation contre l'augmentation de pression intrathoracique.

Quand un épanchement s'accumule dans une cavité pleurale, il exerce une pression excentrique sur toutes les parties qui l'entourent. Le refoulement du médiastin a pour effet d'entraîner le cœur, qui se trouve refoulé en masse et non déplacé par un mouvement de rotation autour de son axe. Cette rotation du cœur est du reste anatomiquement impossible, tandis qu'on peut, par des injections coagulantes, démontrer ce refoulement en masse.

L'agent efficace de la protection du cœur est le péricarde, solidement attaché en haut et en bas. Lorsque l'épanchement se produit, il abaisse le diaphragme; le diaphragme abaissé entraîne le péricarde qui se tend et prend une position verticale, refoulant ainsi le cœur qui se trouve de la sorte dans une atmosphère à pression normale, permettant aux oreillettes de fonctionner. Dans les cas d'exsudat bilatéral, cette action providentielle ne se produit pas, d'où la gravité de ces pleurésies bilatérales agissant par un mécanisme analogue à celui que réalise la péricardite aiguë et qui a été démontré par François-Franck.

M. LEMOINE (de Lille) attire l'attention sur ce fait qu'en

frappant le poumon, la grippe a une tendance à déterminer sur cet organe cet état particulier d'atélectasie ou splénisation, forme assez fréquente pour qu'on soit en droit d'en faire une étude à part, la **splénopneumonie grippale.**

Il faut, à son avis, distinguer trois genres de splénisation pulmonaire grippale.

Un premier type reproduit la forme de Grancher, mais avec des allures un peu spéciales. Ces splénopneumonies se déclarent toujours chez des sujets qui viennent de présenter des manifestations générales de la grippe et débutent par un point de côté et des symptômes généraux caractérisant les affections pulmonaires graves.

La deuxième forme, qui a l'aspect d'une congestion passive avec splénisation, est caractérisée par de l'obscurité respiratoire généralement sans coexistence de râles, par du souffle avec submatité et augmentation des variations thoraciques, par une fièvre et une dyspnée intense et souvent des crachats hémoptoïques.

La congestion passive avec splénisation, mais avec tendance à la chronicité et avec apyrexie, présente le troisième type. L'obscurité respiratoire, la submatité peuvent persister indéfiniment. Ordinairement, cette variété de splénisation siège aux bases; elle a été rencontrée plusieurs fois aux sommets : dans ces cas, il y a lieu de la distinguer de la tuberculose.

Quelle que soit l'étiologie adoptée, il est vraisemblable que ces diverses formes de splénisation pulmonaire, survenant au cours de la grippe, sont le résultat d'une même cause et probablement de l'action spéciale de l'intoxication grippale sur les centres nerveux.

M. PELON (de Montpellier) a eu l'occasion d'observer cet hiver trois cas de **grippe avec taches rosées.** Les malades présentaient des symptômes nettement typhiques : abattement, céphalée, vertiges, langue blanche en son milieu, rouge à la pointe et sur les bords, diarrhée, douleur iliaque, température élevée. Sur l'abdomen et le thorax, on voyait des taches rosées lenticulaires typiques s'effaçant à la pression, en nombre considérable chez deux sujets, moins abondantes chez le troisième. Le diagnostic clinique était dothiénentérie; mais le séro-diagnostic fut, dans les trois cas, absolument négatif. En outre, les symptômes s'amendèrent rapidement, en même temps que la température revenait à la normale. C'était une grippe à forme typhoïde qu'avaient présentée ces malades.

L'auteur désire, à propos de ces cas, attirer une fois de plus l'attention sur l'existence des taches rosées lenticulaires dans des affections autres que la dothiénentérie. L'exanthème rosé est trop souvent regardé comme un signe pathognomonique de la fièvre typhoïde. Or, on l'a observé aussi dans l'entérite des enfants, dans la forme typhoïde de la fièvre puerpérale et de l'endocardite infectante, dans la granulie, dans la grippe. Il ne faut donc pas attendre l'apparition des taches rosées pour trancher dans le sens de la dothiénentérie un diagnostic hésitant. L'exanthème rosé n'est qu'un signe de probabilité en faveur de la fièvre typhoïde et non un signe de certitude, puisqu'il se rencontre aussi dans d'autres maladies.

M. MEYER (de Lyon) emploie **le salicylate de soude dans le traitement des angines pseudo-diphtériques et des angines simples.** Il prescrit une solution de salicylate de soude de 6 à 8 grammes pour 120 grammes d'eau. Le malade ajoute une cuillerée à bouche de cette solution dans un demi-verre d'eau tiède et se gargarise toutes les heures. La sensation douloureuse de constriction disparaît bientôt, le malade se sent mieux, la déglutition est plus aisée. Dans les angines pultacées, les fausses membranes disparaissent rapidement en deux ou trois jours. Le salicylate de soude agit sans doute comme agent anesthésique et comme modificateur de la circulation, car il donne des résultats parfaits dans les enrouements.

Depuis trois années, M. Meyer a traité plus de 300 cas d'amygdalite, de pharyngite, de laryngite ou d'enrouement, avec des succès constants, et il pense que les gargarismes de salicylate de soude sont le médicament de choix des manifestations inflammatoires non diphtériques du pharynx.

**Sur les rapports de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion chlorhydro-peptique continue avec la motricité et la stase stomacales,** MM. ALBERT MATHIEU et A. LABOULAIS (de Paris) arrivent aux conclusions suivantes :

1° L'influence pathogénique de la stase stomacale sur l'hypersécrétion permanente est désormais bien établie ;

2° La *forme grave* du syndrome de Reichmann est le plus souvent liée à l'existence d'un ulcère de l'estomac ;

3° Ce n'est pas uniquement par la sténose mécanique du pylore que l'ulcère simple peut amener l'hypersécrétion permanente ; on peut invoquer aussi la viciation de la motricité du muscle gastrique, due à la destruction d'une étendue plus ou moins grande des parois stomacales, aux adhérences contractées avec les organes voisins et l'action réflexe partant de l'ulcère pour se réfléchir sur le système glandulaire de la muqueuse gastrique ;

4° La *forme bénigne* du syndrome de Reichmann peut reconnaître la même pathogénie ; cependant, on constate moins souvent avec elle les signes de probabilité de l'ulcus qu'avec la forme grave ;

5° Dans la forme bénigne, l'hypersécrétion semble l'emporter sur la stase, quels que soient du reste leurs rapports de priorité ;

6° L'hyperchlorhydrie, cause habituelle de l'ulcère simple, joue un rôle important dans la pathogénie des phénomènes douloureux qui font partie du syndrome de Reichmann, ce qui fait qu'on doit, en tout cas, lui reconnaître une part très grande dans la genèse de l'ensemble dyspeptique ;

7° Si la thérapeutique doit viser avant tout à faire disparaître les causes de stase, elle doit aussi chercher à diminuer l'hyperexcitabilité sécrétoire de la muqueuse et à atténuer les conséquences douloureuses et autres de l'hyperchlorhydrie.

M. CHAMBARD-HÉNON (de Lyon) présente trois observations de malades ayant de la lithiase biliaire, toutes trois ayant fait des saisons à Vichy, ayant de la poussière lithiasique ou de petits calculs dans leurs selles ; et ayant souvent des crises de **coliques hépatiques.** Dès que les premiers prodromes de la crise se faisaient sentir, on administrait 50 centigrammes de **salicylate de soude** de quatre heures en quatre heures et la diète lactée. Au bout de trois jours, toute menace avait disparu. Dans le cas d'une crise hépatique très violente, survenue chez une malade âgée de soixante-dix-huit ans, M. Chambard-Hénon a appliqué du **salicylate de méthyle** sur la peau. L'état de la malade s'était amélioré d'une façon inespérée. L'orateur donne les conclusions suivantes :

1° Pour bien réussir, il faut appliquer le remède le plus tôt possible, dès que le patient déclare qu'il sent une certaine pesanteur dans l'hypocondre droit, dès que l'on constate du gonflement du foie et la région de la vésicule un peu douloureuse ;

2° On peut, sans inconvénient, appliquer des doses de 6 à 8 grammes en vingt-quatre heures. On badigeonne et l'on applique par-dessus une large feuille de gutta-percha laminée ;

3° Le soulagement commence à se faire sentir une demi-heure après le début de l'application ; il est très marqué au bout d'une heure ;

4° Cette médication n'a pas les inconvénients de la piqûre de morphine, le salicylate de méthyle ne fatigue pas les malades comme le salicylate de soude.

A plusieurs reprises, et particulièrement dans une communication faite en 1895, au Congrès des Sociétés savantes, M. LEMOINE (de Lille) a appelé l'attention sur les diverses **propriétés thérapeutiques du bleu de méthylène.** Il insistait alors sur son efficacité contre la douleur dans les diverses formes de névralgie, surtout dans la sciatique, dans les névralgies du trijumeau, la migraine, etc. Plus tard, il fit connaître son efficacité dans certaines formes d'angine de poitrine. Il ne veut pas revenir sur ces faits qui se sont aujourd'hui considérablement multipliés ; du reste, l'efficacité du bleu de méthylène contre la douleur n'est plus contestée par personne. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il n'agit bien que lorsqu'il est chimiquement pur, et qu'alors il ne détermine plus de cuisson pendant la miction.

Il désire seulement, ici, appeler l'attention sur des cas où le bleu de méthylène s'est montré actif dans deux sortes d'affections bien éloignées l'une de l'autre, le diabète sucré et la blennorragie.

1° Chez deux malades atteints de diabète, M. Lemoine a observé la diminution rapide du sucre sous l'influence du bleu de méthylène.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, qui présentait 80 grammes de sucre par jour. Sous l'influence du traitement diéthétique seul, sans l'adjonction d'aucun médicament, la quantité de sucre baissa de moitié, mais ne put descendre plus bas. On adjoignit alors, au régime alimentaire, 50 centigrammes de bleu de méthylène par jour; le sucre baissa rapidement d'une façon progressive, et au bout d'un mois de traitement ininterrompu, il était tombé à 7 grammes par jour.

Chez l'autre malade, une femme de quarante-six ans, qui présentait 25 grammes de sucre par jour, le régime et 50 centigrammes de bleu de méthylène employés simultanément, firent tomber le sucre à 2 grammes par jour et amenèrent la disparition rapide d'une céphalalgie rebelle liée au diabète.

Ces deux cas sont à rapprocher de faits semblables publiés par M. Richard d'Aulnay, dans le *Bulletin de thérapeutique*, d'octobre 1897, et aussi par MM. Marie et Legoff et par M. Esteay. Ils permettent d'affirmer que le bleu de méthylène peut être rangé au nombre des médicaments antidiabétiques et que, très vraisemblablement, il agit de la même façon que l'antipyrine et les autres médicaments dits nervins. Il reste à rechercher quelles sont les conditions et les formes de diabète où son emploi est indiqué.

2° Dans la blennorragie, M. Lemoine a eu l'occasion de l'employer trois fois.

Dans deux cas où il s'agissait d'une blennorragie aiguë au début et très douloureuse, le bleu de méthylène à la dose de 30 centigrammes par jour fit cesser très vite le priapisme et les douleurs pendant la miction, mais il ne parut avoir aucune action sur l'évolution de la maladie. Au contraire, dans le troisième cas, où il s'agissait d'une blennorragie touchant à sa fin, l'écoulement fut définitivement arrêté en moins de huit jours.

Se défiant des bleus de méthylène ordinaires du commerce, il s'est servi, comme il le fait du reste toujours, d'un bleu de méthylène qui avait été purifié avec le plus grand soin ; grâce à cette précaution, il n'a jamais eu à relater le moindre inconvénient du fait du médicament. Ces faits peuvent se rapprocher de ceux observés par M. Richard d'Aulnay à Saint-Lazare; mais c'est ici surtout que de nouvelles recherches sont indispensables; car on sait combien l'expérimentation thérapeutique est difficile dans la blennorragie.

M. PIERRE PARISOT (de Nancy) démontre que le **réflexe abdominal**, ou **signe de Rosenbach**, fait rarement défaut d'une manière totale dans la vieillesse, mais il est généralement moins intense qu'à l'âge adulte et s'épuise rapidement après deux ou trois excitations : l'irrigation défectueuse de la moelle sénile en fournit la raison. Les vieillards dont le système nerveux n'a pas subi les atteintes de l'involution sénile, ont un réflexe abdominal aussi fort que celui de l'adulte ; la recherche de ce signe renseigne donc utilement sur la valeur fonctionnelle de la moelle.

Sur le terrain de la pathologie sénile, voici ce qu'on constate : le réflexe abdominal est faible ou aboli dans la démence sénile, il est plutôt fort dans le tremblement sénile ; dans l'hémorragie cérébrale récente ou ancienne, il se comporte comme Rosenbach l'avait indiqué. La relation fréquente qui existe entre l'absence du signe de Rosenbach et la constipation habituelle des vieillards, démontre qu'elle est souvent d'origine médullaire. Quelques faits prouvent que, dans certaines formes d'auto-intoxication par insuffisance rénale, le réflexe abdominal s'exagère, et qu'au cours d'infections, telles que la grippe ou la pneumonie, il est souvent aboli ; sa réapparition est ici d'un pronostic favorable et devient parfois un indice de convalescence.

M. JULES COURMONT (de Lyon) rappelle que le **sérum antistreptococcique** a échoué en clinique.

Il a étudié expérimentalement la valeur du sérum de Marmorek sur le lapin. Il immunise contre le streptocoque de cet auteur, il n'immunise jamais contre le vrai streptocoque de l'érysipèle de l'homme. Marmorek s'est adressé à une espèce de streptocoque provenant d'une angine, qui n'est pas le véritable streptocoque pyogène. Là a été son erreur. Il y a plusieurs streptocoques.

M. Courmont a alors immunisé un âne avec deux échantillons de streptocoques de l'érysipèle. Son sérum n'a immunisé qu'une partie des huit streptocoques pyogènes qu'il a essayés.

L'état de la question est donc le suivant : le streptocoque est une famille mal différenciée, composée d'une série de variétés impossibles à distinguer. Le sérum qui immunise contre l'une, n'immunise pas contre l'autre. On ne peut donc livrer aux cliniciens aucun sérum antistreptococcique sûrement efficace.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 9 AU 14 MAI 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 9 MAI 1898**, à une heure. — 1er examen : MM. Mathias-Duval, Jalaguier et Ricard.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Tillaux, Monod et Retterer ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rémy et Sebileau.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Humbert et Varnier ; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gaucher ; — M. Poirier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Segond et Walther ; — (2e série) : MM. Marchand, Reclus et Lejars ; — (2e partie) : MM. Hayem, Marie et Widal ; — M. Tuffier, suppléant.

**MARDI 10 MAI**, à une heure. — 1er examen (nouveau régime) : MM. Blanchard, Rémy et Quénu.

2e examen (2e partie) : MM. Gariel, Ballet et Gley.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Budin, Campenon et Thiéry ; — (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Charrin et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Grancher, Raymond et Thoinot.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Pouchet et Gilbert ; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Schwartz et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Roger ; — (2e série) : Dieulafoy, Debove et Marfan ; — M. Marie, suppléant.

**MERCREDI 11 MAI**, à une heure. — 1er examen (nouveau régime : MM. Terrier, Sebileau et Broca.

2e examen (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Retterer et Chassevant ; — (2e partie) : MM. Hanriot, Rémy et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Marchand, Humbert et Bonnaire ; — M. Ricard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Monod, Segond et Tuffier ; — (2e série) : MM. Delens, Delbet et Lejars ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Marie et Gaucher ; — M. Walther, suppléant.

**JEUDI 12 MAI**, à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Cornil, Rémy et Poirier ; — (2e partie) : MM. Gariel, Gley et André.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Schwartz, Richelot et Bar ; — (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Gilbert et Widal ; — (2e série) : MM. Joffroy, Raymond et Letulle ; — (3e série) : MM. Chantemesse, Marie et Roger.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Pouchet et Achard ; — M. Chassevant, suppléant.

**VENDREDI 13 MAI**, à une heure. — 1er examen : MM. Tillaux, Marchand et Poirier.

2e examen (nouveau régime) : MM. Gariel, Ch. Richet et Retterer.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Hayem et Widal ; — (2e série) : MM. Grancher, Joffroy et Marie.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Landouzy, Netter et André ; — M. Broca, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Delens, Reclus et Delbet ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Gilles de La Tourette et Thoinot ; — M. Sébileau, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire.

**SAMEDI 14 MAI**, à une heure. — 1er examen : MM. Campenon, Quénu et Poirier.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Richelot et Achard ; — (2e partie) : MM. Rémy, Hanriot et Gley.

3e examen (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Hutinel et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Marie et Letulle ; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Debove, Ballet et Marfan ; — (2e série) : MM. Cornil, Raymond et Gilbert ; — M. Albarran, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar ; — M. Nélaton, suppléant.

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 11 MAI**, à une heure. — M. R. COCARD. Symptomatologie des fractures de la base du crâne (MM. Tillaux, président ; Pouchet, Kirmisson et André). — M. SCHMITT. Essai sur les matières colorantes de l'urine normale (MM. Pouchet, président ; Tillaux, Kirmisson et André). — M. LÉGER. Contribution à l'étude du traitement du pneumothorax tuberculeux. Spécialement des pleurésies septiques ou putrides qui peuvent l'accompagner (MM. Potain, président ; Fournier, Widal et Gilles de la Tourette). — M. KIRKOFF. L'hystérie acquise dans ses rapports avec la syphilis acquise et héréditaire ; — M. LUSTGARTEN. Manifestations nerveuses de la blennorragie (MM. Fournier, président ; Potain, Widal et Gilles de la Tourette).

**JEUDI 12 MAI**, à une heure. — M. BUREAU. De la mort subite dans le cœur gras (MM. Brouardel, président ; Debove, Charrin et Thoinot). — M. GUILLEMARE. Recherches sur la péritonite tuberculeuse aiguë (Exposé. Formes cliniques. Traitement) (MM. Debove, président ; Brouardel, Charrin et Thoinot). — M. PÉRIGAUD. Étude de diverses affections principalement aux points de vue de l'anatomie comparée et de l'embryologie (MM. Mathias-Duval, président ; Berger, Nélaton et Thiéry). — M. POMME DE MIRIMONDE. Étude sur les kystes épithéliaux paradentaires (MM. Berger, président ; Mathias-Duval, Nélaton et Thiéry).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements)*. — Sont déclarés admissibles :

Chirurgiens : MM. Villemin, Vitrac, Legueu, Gaudier, Le Fort, Vanverts, Villard, Mauclaire, Bauby, Cestan, Martel, Demoulin, Glantenay, Tailhefer, Imbert, Faure, André, Nové-Josserand, Bérard, Pillon, Gayet, Bégouin, Chavanaz et Albertin.

Accoucheurs : MM. Lepage, Wallich, Potocki, Demelin, Audebert et Fieux.

— Par décret, en date du 20 avril 1898, les diverses allocations acquises pendant les traversées de retour en France par les médecins-majors et aides-majors des corps des troupes de la marine seront, à partir du 1er janvier 1898, liquidées et payées par le département de la marine.

— *Hospice de Nogent-sur-Seine.* — Une médaille d'or de première classe a été décernée à Mme Moulis, en religion sœur Antoinette, supérieure de l'hospice, 1858-1898 ; quarante ans de services dévoués ; a exposé sa vie en plusieurs circonstances, notamment en prodiguant ses soins à des malades atteints de variole.

— *Hospice de Saint-Sauveur-le-Vicomte.* — Une médaille d'argent de deuxième classe a été décernée à sœur Marie, 1868-1898 : trente années d'abnégation et de dévouement au soin des malades.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Humbert Mollière, médecin des hôpitaux de Lyon.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 52. — JEUDI 5 MAI 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 5 MAI 1898. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a écouté dans un religieux silence, contrairement à toutes ses habitudes, un remarquable rapport de M. Grancher sur la prophylaxie de la tuberculose. C'est un beau morceau de littérature médicale, et nous ne saurions assez en recommander la lecture à tous les praticiens, que d'ailleurs il vise et intéresse directement. S'il est, en effet, une question qui devrait mériter toute l'attention du praticien, mettre en éveil toutes ses qualités de clinicien, d'hygiéniste, de psychologue, de diplomate, c'est bien cette question de prophylaxie de la tuberculose, à l'égard de laquelle il a aujourd'hui un rôle social des plus importants à remplir; c'est lui qui doit être l'éducateur des familles sur les moyens de conserver dans leur sein ceux de leurs membres qui deviennent tuberculeux sans qu'ils constituent pour elles un danger permanent. C'est sur cette intervention seule du médecin que repose toute cette grave question de la prophylaxie de la tuberculose, car on ne saurait compter sur des mesures légales qui seraient encore prématurées pour nos mœurs françaises, et la commission académique, dont M. Grancher est l'organe, ne demande même pas l'inscription de la tuberculose sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire. Quelle est donc la conduite à tenir? Dans quelle mesure et de quelle façon doit intervenir le médecin? Écoutons M. Grancher : La contagiosité de la tuberculose est un fait incontestable, c'est une vérité admise aujourd'hui par tous les médecins. Il ne faut pas l'exagérer et n'admettre, comme le veut la jeune école, que la contagion comme mode de propagation de la tuberculose; l'hérédité y a aussi sa part, et nous nous plaisons à constater que telle est l'opinion de M. Grancher. Il est une autre vérité qu'il faut proclamer bien haut, ainsi que l'a fait depuis longtemps M. Grancher, c'est que, de toutes les maladies chroniques, la tuberculose est l'une de celles qui sont les plus curables. Enfin, si l'on se place au point de vue de la prophylaxie, il faut ajouter qu'elle est évitable. Ces trois caractères, contagiosité, curabilité, évitabilité, si l'on veut nous permettre ce néologisme, étant bien établis, les médecins continueront-ils, par crainte d'effrayer le malade ou son entourage, à tenir secrète le plus longtemps possible l'existence d'une tuberculose, à laisser le bacille tuberculeux accomplir son œuvre de destruction, en se contentant de prescrire la créosote et en négligeant complètement les mesures hygiéniques et prophylactiques, les seules qui puissent avoir quelque efficacité? Non, certes; il faut agir tout autrement, et nous devons résolument suivre les sages conseils de M. Grancher, c'est-à-dire, en présence d'un tuberculeux, faire autant que possible un diagnostic précoce, dire à la famille et au malade lui-même la vérité en ajoutant que, si chacun veut faire son devoir et suivre rigoureusement les prescriptions, la guérison est au bout. Que chaque médecin agisse de même dans sa sphère de praticien et d'hygiéniste; ce qu'on fait pour la famille, qu'on le fasse également pour la caserne, pour l'école, pour l'atelier, et l'on arrivera ainsi, bien mieux qu'avec des lois inapplicables, à enrayer, dans une forte mesure, la marche toujours croissante du plus terrible de tous les fléaux.

Les mesures proposées par la commission académique sont, en somme, assez simples et assez facilement applicables, ainsi qu'on en pourra juger par les conclusions du rapport de M. Grancher.

Au début de la séance la parole a été donnée à M. Laveran pour un rapport sur un travail de M. Barré, relatif à des conserves pour l'armée en campagne. Il s'agissait d'un biscuit au gluten, très nutritif, très léger et facilement transportable. Malgré toutes ces qualités fort appréciables, M. Laveran estime que le biscuit de gluten ne saurait être prescrit aux soldats comme aliment unique en campagne.

L'Académie a déclaré une vacance dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Péan. Elle a procédé ensuite à l'élection de deux associés nationaux : MM. Grasset (de Montpellier) et Pitres (de Bordeaux) ont été élus à la presque unanimité des suffrages. Le monde médical tout entier ratifiera ce choix.

A cinq heures l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre un rapport de M. Javal sur le traitement de la myopie.

---

## SUR UNE OBSERVATION DE GASTROSTOMIE

COMMUNIQUÉE PAR M. LOISON, MÉDECIN-MAJOR DE L'ARMÉE

Rapport par M. le docteur A. RICARD,
Professeur agrégé, chirurgien de la Maison Dubois.

Sur un capitaine de quarante-sept ans, atteint d'épithélioma de l'œsophage et dont la déglutition était de plus en

plus difficile, M. Loison fut amené à pratiquer une bouche stomacale. Préoccupé, à juste titre, d'avoir un orifice bien étanche, par lequel le suc gastrique ne viendrait pas s'écouler et ronger les bords cutanés de la plaie, notre confrère choisit le procédé valvulaire imaginé par Fontan (de Toulon), au sujet duquel j'ai déjà fait une présentation à la Société de chirurgie.

Le résultat fut ce qu'il a toujours été dans les cas où le procédé valvulaire fut employé. Tant que le malade vécut, la fistule gastrique se montra parfaite, contint le suc gastrique et se laissa facilement cathétériser pour les repas; elle toléra même, lorsqu'il en fut besoin, une sonde à demeure.

L'opéré succomba brusquement, quelques mois après l'intervention, à la suite de l'ulcération d'un des gros vaisseaux du hile pulmonaire gauche.

L'intérêt de cette observation réside tout entier et uniquement dans le choix du procédé opératoire employé par notre confrère. Quels sont les procédés entre lesquels le choix pouvait s'exercer?

Il n'est plus guère question aujourd'hui de la gastrostomie faite en un temps ou en deux temps par une simple ponction de la paroi de l'estomac fixé aux deux lèvres de l'incision cutanée. C'est ce procédé primitif qui laissait souvent écouler au dehors le suc gastrique, écoulement qui amenait ces inflammations larges et ulcéreuses de la paroi par auto-digestion due au suc gastrique épanché.

M. Berger d'abord, puis MM. Terrier et Delagenière ont perfectionné cette gastrostomie par simple ponction, en ourlant la muqueuse de l'estomac incisé aux bords cutanés de l'incision de la paroi. Sans doute, dans nombre de cas, le résultat fut favorable, et la fistule créée retint le suc gastrique; mais, dans d'autres circontances, l'issue du liquide stomacal ne put être empêché et l'on eut à déplorer l'autodigestion des bords de la plaie. Il est bon de dire que M. Terrier insiste, pour obtenir une occlusion fonctionnelle de la fistule, sur la nécessité de faire une très petite incision à la paroi stomacale et de ne jamais laisser séjourner de corps étrangers dans cette ouverture.

Les quelques insuccès qu'on eut encore à enregistrer furent l'occasion de nouvelles recherches. Tout d'abord on essaya de substituer à cette bouche, qui n'avait comme épaisseur que la paroi propre de l'estomac, une sorte de canal, aux parois épaisses; en d'autres termes, on tenta de créer un véritable trajet en allant de la peau à l'estomac.

M. Poncet (de Lyon), préconisa un procédé en deux temps qui consistait à fixer, dans un premier temps, l'estomac à la face profonde de la paroi abdominale, qu'on referme immédiatement au-devant de l'estomac suturé. Une fois la réunion obtenue et la paroi reconstituée dans un deuxième temps, on ponctionne au milieu de la cicatrice, et l'on perfore d'un seul coup les parois abdominale et stomacale. Une sonde à demeure est substituée au trocart et sert à modeler ce nouveau trajet.

Ce procédé, quelque peu aveugle dans son deuxième temps, n'a pas dû donner les résultats qu'en attendait son auteur, car je ne sache pas qu'il ait été adopté et répété par d'autres chirurgiens.

Le professeur Witzel chercha a créer ce trajet aux dépens de la paroi stomacale elle-même. Il procédait de la façon suivante : l'estomac découvert, une ponction perforait la paroi au point choisi. Par l'orifice créé, on introduisait une sonde, qui, relevée sur la paroi de l'estomac, était ensuite enfouie en quelque sorte par des sutures, ramenant et fixant au devant d'elle deux plis parallèles faits à la surface de l'estomac. C'était cet estomac ainsi armé d'une sonde qu'on fixait à la paroi abdominale, dont l'incision était ensuite refermée, sauf en l'endroit nécessaire au passage de la sonde.

Je ne m'étendrai pas sur les procédés de MM. Szabanejeff, Frank, Villar, Hartmann, qui cherchèrent à créer un trajet en attirant l'estomac obliquement à travers les parois de l'abdomen. Une sorte de sphinctérisation était même obtenue, grâce au passage de la paroi stomacale à travers une boutonnière du grand droit de l'abdomen. Notre collègue Hartmann nous a présenté un de ses malades, ainsi opéré, et nous avons pu constater l'excellent fonctionnement de sa fistule.

Une autre catégorie de procédés cherche, non plus à créer un trajet, mais à constituer un orifice valvulaire, se fermant automatiquement, laissant pénétrer les liquides dans l'estomac, mais s'opposant à leur sortie une fois qu'ils sont introduits. Le docteur Penières (de Toulouse), est le premier qui ait tenté de créer une valvule.

Mais ses recherches sont restées limitées à des expériences de laboratoire; il opérait en deux temps : dans un premier temps, il faisait hernier un pli de l'estomac entre les lèvres de l'incision de l'abdomen, et en fixait les contours aux contours de l'incision, puis il laissait bourgeonner. Dans les quelques jours qui suivaient, la surface stomacale herniée bourgeonnait, devenait plane; en se rétractant, les deux bords de l'incision abdominale se rapprochaient. Or, la muqueuse, lâchement unie à la musculeuse, comme on le sait, ne suivait pas ce mouvement de retrait, mais se décollait, devenait trop grande pour recouvrir la portion d'estomac qui s'était rétrécie et formait une saillie interne.

C'est ce soulèvement muqueux que le docteur Penières perforait dans une seconde opération.

Le procédé de Fontan, basé sur cette donnée, est cependant tout autre. Voici en quoi il consiste.

Une incision de 8 centimètres étant faite parallèlement et à 2 centimètres du rebord thoracique, l'estomac étant dé-

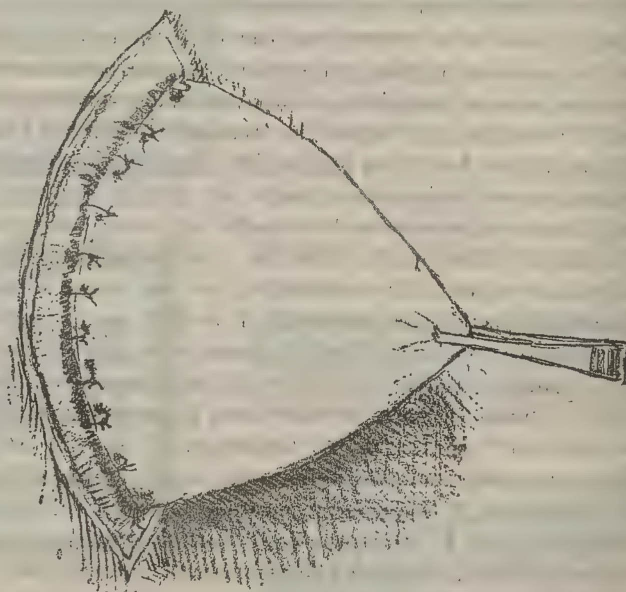


Fig. 1. — *Premier temps* : fixation de l'estomac en hernie.

couvert, il le saisit à l'aide d'une longue pince à dents de souris et l'attire en dehors, de façon à avoir trop d'étoffe.

Autant que possible, la pince est placée sur la face supérieure et près de la petite courbure. On a ainsi une hernie conique de l'estomac, dont le sommet est maintenu par la pince fixatrice et dont la base est aussitôt fixée aux lèvres de la plaie pariétale par une suture au crin de Florence. Cette suture en couronne réunit la séreuse viscérale au péritoine pariétal, à l'aide de 12 à 15 points rapprochés d'un demi-centimètre environ (fig. 1).

Cela fait, sans que la pince lâche prise, on refoule en dedans le cône d'estomac ainsi attiré, et qui constitue alors un cul-de-sac en doigt de gant dont la pince occure l'axe. Il est ainsi facile de former de chaque côté de cette pince, et

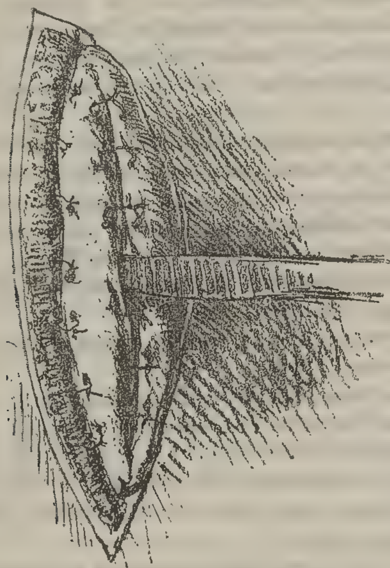


Fig. 2. — Fixation du pli refoulé en dedans.

suivant le grand diamètre de la plaie, un pli creux au niveau duquel la séreuse viscérale s'adosse à elle-même, et qu'on fixe avec une suture séro-séreuse au catgut (fig. 2).

La pince est alors retirée, laissant entre les deux portions suturées un canal semblable à la cavité d'une mitre d'évêque; la valvule est ainsi constituée. On y glisse, à la

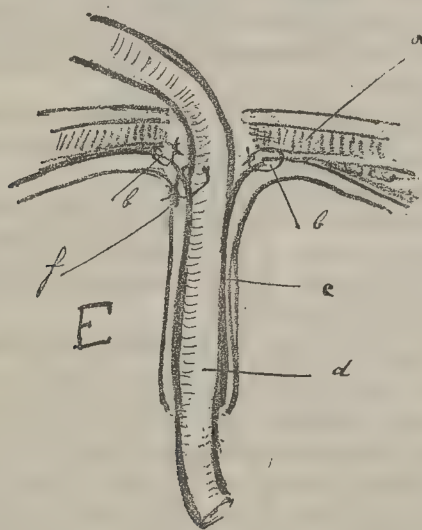



Fig. 3. — *Schéma de la valvule :* E, cavité stomacale ; *a*, paroi abdominale ; *bb*, suture séro-séreuse ; *e*, valvule ; *d*, sonde incluse dans la cavité de la valvule ; *f*, point qui fixe la sonde à la séreuse.

place de la pince, un bistouri aigu qui en ponctionne le fond, et dans cette cheminée on introduit à frottement une sonde rouge, n° 24 de Charrière, destinée à assurer l'alimentation du malade. Pour plus de sûreté, on fixe par un point de catgut la sonde, contre le bord séreux de son canal. Enfin, on rapproche les téguments autour de la sonde, et on les suture de façon à ne plus laisser paraître aucune partie cruentée (fig. 3).

Plus récemment, M. Forgue (de Montpellier), s'inspirant plus directement des recherches de M. Penières, a procédé comme ce dernier, mais en ponctionnant de suite le pli hernié de l'estomac. Dans les jours qui suivent l'opération, le retrait de la paroi se fait, la muqueuse se décolle et la valvule s'établit. Quatre observations, avec un résultat parfait, viennent plaider en faveur de ce procédé.

Je n'ai pas l'expérience de la technique de M. Forgue, qui paraît aussi simple dans son exécution, qu'efficace dans ses résultats, mais j'ai exécuté quatre fois déjà le procédé imaginé par M. Fontan ; il est également simple, rapide et efficace, il permet la rétention absolue des liquides gastriques. Je ne peux donc que féliciter M. Loison de l'avoir employé.

Je ferai cependant à ce procédé, tel qu'il a été exécuté par M. Fontan et répété par M. Loison, une légère modification. M. Fontan perfore l'estomac après avoir réduit et invaginé le cône stomacal qu'il avait tiré. Or, cette perforation, faite profondément sur un estomac vide et rétracté, puisqu'il s'agit de malades inanitiés, ne me paraît pas sans quelque danger pour la face postérieure de l'estomac ; aussi je préfère pratiquer cette incision avant de réduire le cône hernié. Voici comment je procède :

Je fixe le sommet du cône par deux pinces de Kocher ; j'incise la séro-musculeuse, puis, décollant la muqueuse, ce qui est facile, j'incise celle-ci à quelque distance, en vue de favoriser la formation d'une valvule. Je fais l'orifice des plus minimes, puis j'y entre à frottement une sonde de Nélaton n° 22. C'est alors seulement que j'invagine le cône stomacal et la sonde, le repoussant à l'aide de deux pinces, et je termine suivant la technique de M. Fontan.

Sur la pièce que j'ai présentée à la Société de chirurgie (fig. 4), comme sur celle de M. Loison, on a pu constater qu'à l'intérieur de l'estomac existait une véritable saillie, haute de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, présentant à son sommet un véritable clapet valvulaire. En outre, entre




Fig. 4. — *Pièce provenant d'un malade opéré quatre mois auparavant.* — En A, se trouve l'orifice cutané au centre de la paroi abdominale. Entre cette paroi et la paroi stomacale existe un véritable trajet. — En B, orifice valvulaire saillant.

l'estomac et la paroi, il s'était créé un véritable trajet, long de 2 à 3 centimètres, de sorte qu'entre l'orifice stomacal (B) et l'orifice cutané (A), il y avait une distance de 4 à 5 centimètres. L'anatomie pathologique vient expliquer et confirmer les résultats obtenus par la clinique.

De sorte que, si dans l'avenir j'ai encore à pratiquer de nouvelles gastrostomies, surtout des gastrostomies durables pour des rétrécissements cicatriciels et définitifs de l'œsophage, je m'adresserai aux procédés valvulaires à cause de leur simplicité opératoire et de leur efficacité absolue.

---

## A PROPOS DU PANSEMENT PICRIQUÉ

### EN ART VÉTÉRINAIRE

Par le docteur Paul Thiéry, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Dans une note sur ce sujet publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 19 avril 1898, j'ai fait une omission que je désire signaler; trop heureux lorsque les excellents résultats du pansement picriqué sont publiés par des auteurs exempts de toute partialité.

Le *Recueil de médecine vétérinaire* de 1897 contient, p. 496, un travail de MM. Deysine et Vairon, vétérinaires militaires : ce travail m'a été signalé depuis ma publication par M. Raillet, professeur à l'École d'Alfort, membre de l'Académie de médecine.

Ces auteurs ont attribué au pansement picriqué les avantages suivants :

Bonne antisepsie; absence de suppuration dans les petites plaies, suppuration insignifiante dans le cas contraire. Bourgeonnement régulier et non exubérant comme cela se présente parfois avec le pansement iodoformé. Cicatrices planes, lisses, molles, élastiques, d'une souplesse remarquable, sans indurations ni bourrelets. Facile exécution et modicité du prix du pansement. De plus ces auteurs signalent ses *propriétés analgésiques très nettes*, qui en médecine vétérinaire rendent les animaux plus faciles à soigner par *la suppression de la douleur*.

Les indications du pansement picriqué sont surtout : les cors du dos, les cors du garrot, les cors des côtes, les blessures du cou, les crevasses du pli du paturon, les brûlures. Dans tous ces cas le pansement picriqué a donné d'excellents résultats.

Voilà des faits qui cadrent absolument avec ce que nous savons des propriétés du pansement picriqué appliqué à la thérapeutique humaine : ils confirment ce que nous avons dit dans notre précédent article et à ce titre nous devions le signaler.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mai 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

**M. le Président** annonce la mort de M. Dragendorff (de Dorpat), correspondant étranger.

### RAPPORT

**Alimentation du soldat.** — **M. Laveran** fait un rapport sur un travail de M. Barré relatif à un biscuit au gluten qu'il propose comme conserve de guerre. Pour obtenir ce biscuit on prépare du pain avec de la farine de froment à laquelle on ajoute du gluten frais dans la proportion de 33 parties de gluten (en poids) pour 100 de farine, et une petite quantité de graisse. Le pain est desséché au four, puis concassé et la chapelure provenant de cette opération est agglomérée sous forme de biscuits, au moyen de la presse hydraulique; on donne au biscuit la cohésion suffisante en ajoutant un peu de sirop de sucre.

Les biscuits au gluten, bien qu'ils possèdent la plupart des qualités qu'on doit exiger pour les vivres de réserve du soldat, ne paraissent pas pouvoir être acceptés comme seule et unique conserve de guerre, mais l'idée d'utiliser le gluten pour améliorer les vivres de réserve du soldat mérite d'être retenue et l'on peut espérer qu'on arrivera, en poursuivant les recherches entreprises par M. le docteur Barré, à des résultats pratiques importants.

**Prophylaxie de la tuberculose.** — **M. Grancher** lit un rapport sur la prophylaxie de la tuberculose au nom d'une commission composée de MM. Roussel, président; Bergeron, vice-président; Besnier, Brouardel, Colin, Magnan, Monod, Motet, Napias, Nocard, Proust, Roux, Vallin et Grancher, rapporteur. Voici les conclusions de ce rapport :

1° L'Académie confirme le sens de ses conseils et de son vote de 1890 qui visent trois mesures de prophylaxie :

*a.* Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement contenant un peu de solution phéniquée à 5 p. 100 et colorée, ou au moins un peu d'eau;

*b.* Eviter les poussières en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide;

*c.* Faire bouillir le lait, quelle que soit la provenance, avant de le boire.

2° En ce qui concerne la *famille*, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense dès que la tuberculose est *ouverte*; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tuberculose pulmonaire à l'état *fermé*, par un diagnostic précoce et un traitement approprié.

3° Pour l'*armée*, l'Académie demande la *réforme temporaire* qui convient aux tuberculeux de premier degré avant l'expectoration bacillaire, et la *réforme définitive* dès que les crachats contiennent le bacille de Koch. Et elle fait appel à l'entente cordiale du commandement et du service de santé pour l'application, dans toutes les casernes, des trois mesures énoncées plus haut.

4° L'école, l'atelier, le magasin, etc., relevant de l'instituteur, du patron, du chef d'industrie, etc., l'Académie ne peut que leur rappeler l'importance de cette question d'hygiène et la simplicité des moyens qui suffisent à combattre efficacement l'extension de la tuberculose qui menace toutes les familles.

5° L'Académie approuve les conclusions du travail de la commission hospitalière en ce qui concerne les malades et l'hygiène de nos hôpitaux, à savoir :

*a.* Isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées, en attendant la création de nouveaux sanatoria;

*b.* Antisepsie des salles des tuberculeux et des salles communes, notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage;

*c.* Amélioration du corps des infirmiers par une paye plus haute, un meilleur recrutement et une retraite;

*d.* Création d'un corps d'infirmiers sanitaires.

6° L'Académie approuve enfin les restrictions de la loi en projet et des arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservées à des cas assez rares de tuberculose généralisée et d'hecticité. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine, et l'élimination, par la boucherie, de leurs animaux légèrement tuberculeux et partant inoffensifs.

7° Enfin, l'Académie, voulant marquer l'intérêt exceptionnel qu'elle attache à la continuité de son action en faveur de la prophylaxie de la tuberculose, crée une nouvelle commission permanente dite « Commission de la

prophylaxie de la tuberculose », qui aura pour objet d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'envahissement du bacille tuberculeux.

L'Académie se forme en comité secret.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 avril 1898. — Présidence de M. Berger.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PSYCHOSES CHIRURGICALES

M. Barette (de Caen) adresse trois observations dans lesquelles il a eu à constater des troubles psychiques consécutivement à des opérations. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme à laquelle il a pratiqué une hystérectomie vaginale et qui, après cette opération, a présenté des troubles mentaux. Dans un second cas, il s'agit de l'ablation d'un gros polype utérin qui a été suivie de troubles psychiques tels que la malade a dû être internée dans un asile d'aliénés. Depuis, l'état de cette malade ne s'est pas modifié. Jamais, antérieurement à l'opération, elle n'a présenté le moindre trouble mental, mais elle avait eu une grande peur de l'opération.

Enfin la troisième observation a trait à une femme de cinquante ans qui a dû subir une hystérectomie vaginale pour un épithéliome du col. A la suite de cette opération, cette malade a été animée de sentiments hostiles à l'égard du chirurgien et des aides qui avaient assisté à l'opération. Elle a commis plusieurs tentatives de suicide et elle s'achemine actuellement vers la paralysie générale.

Tels sont les trois seuls faits de psychose post-opératoires que M. Barette ait contatés sur près de 1800 opérations qu'il a pratiquées. Il fait remarquer que dans ces trois faits, il s'agit d'opérations gynécologiques.

M. Tuffier fait observer que la question est très complexe. Où commence une psychose? Quel est l'élément qui agit au point de vue pathogénique? Quel rôle joue ici l'organe sur lequel porte l'opération? Telles sont autant de questions qu'il faudrait tout d'abord élucider.

Les psychoses post-opératoires sont rares chez les enfants. M. Tuffier partage en cela l'opinion exprimée par MM. Broca et Hartmann. Quant à lui, il n'en a observé qu'un seul cas. Il s'agissait d'un garçon de douze ans auquel il avait pratiqué une cure radicale de hernie et qui, après cette opération, fut pris, pendant la nuit, d'un accès de délire aigu, d'une attaque d'hystérie vraie.

Chez l'homme, M. Tuffier a observé un cas de délire terrible survenant après une castration.

Il a rencontré deux cas bien nets chez la femme. Une femme de cinquante ans, après une trépanation de l'apophyse mastoïde et le pansement de la plaie par une mèche de gaze iodoformée, a été prise d'un délire furieux qui a duré pendant un mois. Le vingt-septième jour, on avait décidé qu'il fallait l'enfermer lorsque les accidents cessèrent brusquement et n'ont plus jamais reparu depuis. La mère de cette femme était morte folle. Dans quelle mesure faut-il, dans ce cas, incriminer l'iodoforme? M. Tuffier ne saurait le dire. Il rappelle cependant qu'on a vu des troubles mentaux d'origine iodoformique persister pendant un certain temps après la suppression de l'iodoforme.

Dans une seconde observation, il s'agit d'une vraie folle, dont les accidents présentaient une recrudescence au moment des règles. Cette femme avait des accès douloureux très nettement localisés du côté de l'appareil tubo-ovarien. C'est pourquoi M. Tuffier se décida à pratiquer la castration tubo-ovarienne. Il y eut d'abord un succès thérapeutique complet. Mais après quelques semaines, les symptômes cérébraux reparurent et cette malade dut être enfermée. Il n'en est pas moins vrai que l'opération a eu une action très nette, bien que momentanée, sur les troubles psychiques. M. Tuffier estime que, relativement à la production d'un grand nombre de ces accidents, il faut tenir compte des antiseptiques employés et en particulier de l'iodoforme.

M. Poirier a vu trois malades présenter des troubles psychiques après la castration tubo-ovarienne. Ces femmes étaient des nerveuses. Chez l'une d'elles, tous les accidents avaient disparu un an après ; les deux autres se sont suicidées; l'une s'est pendue, l'autre s'est jetée dans un puits. Sauf ces trois cas, M. Poirier n'a jamais vu les troubles mentaux persister après une opération.

M. Bouilly pense qu'on ne saurait nier que les opérations chirurgicales ou gynécologiques puissent être souvent le point de départ de secousses cérébrales graves, dont le chirurgien doit tenir compte. Dans beaucoup de cas, il s'agit d'hystériques ou d'aliénés, d'hystériques avec lésions, chez lesquelles les résultats de l'opération sont d'autant plus satisfaisants qu'il s'agit de plus grosses lésions. Mais à côté de ces faits, il en est un certain nombre dans lesquels l'opération amène incontestablement un certain trouble cérébral. Parmi plusieurs exemples de ce genre qu'il a eu l'occasion d'observer, M. Bouilly signale deux cérébrales; l'une avait subi l'hystérectomie vaginale pour un épithélioma du corps de l'utérus. Après l'opération, elle tombe dans une profonde mélancolie et dut être enfermée. Renseignements pris, cette femme avait déjà été enfermée deux ans avant l'opération. Une autre jeune femme était atteinte d'endométrite gonorrhéique. Les accidents s'aggravèrent et, en même temps, elle présenta des troubles cérébraux; elle devint triste, inquiète, geignant beaucoup. M. Bouilly pratiqua l'hystérectomie vaginale avec salpingectomie. Tout alla bien après l'opération. La malade était redevenue calme, sage. Peu de temps après, elle fut reprise d'aliénation mentale et dut être enfermée. On ne peut pas dire ici que l'opération ait pu être pour quelque chose dans la production de la psychose.

Une femme âgée de soixante-trois ans, déjà atteinte d'un affaiblissement cérébral sénile, subit l'ablation d'un sarcome de la vulve. Elle tombe après dans une mélancolie profonde, dans une grande dépression, et meurt dans cet état de dépression nerveuse.

Une femme de quarante ans, atteinte d'ovarite suppurée, subit une laparotomie. Deux mois après, elle est prise de folie mystique.

Une grosse et forte cuisinière de trente-huit ans est atteinte de métrite parenchymateuse; on introduit deux tiges de laminaire dans le col de l'utérus. Le lendemain, elle est prise d'une crise de manie aiguë, de désespoir, de folie religieuse, qui nécessite son internement à Sainte-Anne. Faut-il accuser, dans ce cas, l'introduction des deux laminaires dans le col de l'utérus?

En résumé, sur plusieurs milliers d'opérations gynécologiques, M. Bouilly n'a relevé que deux cas dans lesquels l'opération a pu être le prétexte des accidents psychiques. Sans attacher plus d'importance qu'ils ne méritent à certains troubles cérébraux légers post-opératoires, M. Bouilly considère qu'il faut regarder comme une contre-indication à l'opération la crainte exagérée de l'opération. Il cite plusieurs cas dans lesquels, au moment même d'opérer certaines malades, il dut y renoncer à cause de la véritable terreur que l'opération inspirait à ces malades. Cette phobie opératoire constitue à ses yeux un grand danger. On a vu des malades y succomber. Après l'opération, le pouls monte à 160, 170 pulsations, devient incomptable et les malades meurent le lendemain ou le surlendemain, dans un état de véritable sidération nerveuse. Cette phobie opératoire est,

pour M. Bouilly, une véritable contre-indication à l'opération.

### RAPPORT

**Gastrostomie par le procédé valvulaire de Fontan.** — M. RICARD fait un rapport sur un travail de M. Loison, médecin-major de l'armée. (Voir plus haut, p. 477.)

### DISCUSSION

M. TUFFIER dit qu'il importe avant tout d'amener l'estomac à la tolérance. Il y a des estomacs qui resteront toujours intolérants, quel que soit le procédé opératoire auquel on ait recours. Un fait important aussi, c'est la situation à donner à la bouche stomacale. On a de la tendance à la placer généralement trop bas. Aussi, M. Tuffier est-il d'avis de faire un trajet qui permette de faire la bouche stomacale plus haut que l'orifice cutané. Il importe, en effet, que la bouche stomacale soit située aussi près que possible du cardia. M. Tuffier estime également que la peau et la muqueuse devront être suturées l'une à l'autre. Enfin, il est des cas dans lesquels on opère chez des agonisants ; l'opération est alors tellement grave, qu'il faudra la faire très rapidement en un seul temps.

M. ROUTIER a assisté à la première gastrostomie qui a été pratiquée par son maître Terrillon. Il est resté plus simpliste que ses collègues. La gastrostomie est le plus souvent une opération d'urgence, les médecins envoyant généralement les malades aux chirurgiens quand ils sont mourants. Il a toujours pratiqué, dans ces cas, l'opération le plus rapidement et le plus simplement possible, en se contentant d'appliquer l'estomac contre la paroi et de l'ouvrir directement. Or, ses opérés sont toujours restés continents.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que les premières gastrostomies qui ont été pratiquées n'ont pas donné de si mauvais résultats. Avant même les auteurs cités par M. Ricard, on pratiquait la gastrostomie, et les résultats obtenus n'étaient pas mauvais. Les opérations les plus simples sont souvent les meilleures et M. Lucas-Championnière ne voit aucun avantage à compliquer les procédés de gastrostomie.

M. SCHWARTZ a renoncé pour jamais à l'opération en deux temps, depuis que, dans un cas, ayant beaucoup de peine à former l'orifice stomacal dans le second temps, on a injecté, à un de ses malades, les aliments dans l'arrière-cavité des épiploons. Il a recours au procédé le plus simple, ne constate pas la moindre incontinence et obtient de bons résultats.

M. MONOD a également abandonné le procédé en deux temps.

M. GUINARD a obtenu de très bons résultats du procédé valvulaire décrit par M. Ricard.

M. RICARD est heureux de voir ses collègues abandonner les procédés en deux temps. Quant à la tentative de réhabilitation en faveur du procédé simple par ponction, il ne la comprend guère. Si ce procédé donnait les résultats que MM. Routier, Championnière et Schwartz donnent comme constants, il eût été inutile que tant de chirurgiens aient consacré leurs recherches pour la création de procédés aussi divers, si le plus simple avait réellement été le meilleur.

Pour ne pas allonger la séance, M. Ricard renvoie aux discussions qui ont eu lieu autrefois, et pour le moment, il se contente de signaler à ses collègues la simplicité et l'efficacité du procédé valvulaire, qu'ils n'ont point encore essayé.

La séance est levée.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Manuel de pharmacologie clinique** (1), par M. E. LIOTARD, pharmacien de première classe, ex-interne lauréat des hôpitaux.

Le titre de ce livre indique le but recherché par l'auteur. C'est un exposé simple de l'étude des principaux médicaments anciens et nouveaux. M. Liotard s'est surtout efforcé de mentionner les solubilités, l'action thérapeutique, les modes d'emploi, antidotes, formules, doses, incompatibilités. Pour la plupart des médicaments, l'auteur a calculé les coefficients thérapeutiques qui permettront de connaître la dose à donner à tout malade, la plus convenable en raison de son poids. Il a, enfin, noté autant que possible les réactions nouvelles pour caractériser les produits.

L'ouvrage se termine par un tableau des doses maxima, aussi complet que possible, avec le coefficient thérapeutique pour chaque médicament.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 1er mai 1898, M. Vieron, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, a été désigné pour être détaché, pendant les saisons thermales de 1898, à l'hôpital de Vichy, en remplacement de M. le médecin-major de deuxième classe Duponchel, maintenu au 50e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 3 mai 1898, M. le médecin de deuxième classe de la marine Nègre (J.-J.-C.-A.), en congé de convalescence depuis plus d'une année, a été placé dans la position de non-activité pour infirmités temporaires, par application de la loi du 19 mai 1834, sur l'état des officiers.

— M. le médecin de deuxième classe Porquier, aide-major au 2e régiment d'infanterie de marine de Brest, est destiné aux tirailleurs tonkinois, en remplacement de M. le docteur Poret, rentré en France pour cause de santé.

— Le jury du concours de l'adjuvat est composé de : MM. Le Dentu, Tillaux, Poirier, Tuffier et Thiéry, juges ; et de MM. Duval, Ricard et Sébileau, suppléants.

— Le jury du concours pour une place de médecin-adjoint à l'hospice de Bicêtre est formé de : MM. Auguste Voisin, Séglas, Charpentier, Marandon de Montyel, Siredey, Widal et Queyrat.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chollot (de Pontoy, près Thionville), reçu docteur en 1837, et doyen des médecins d'Alsace-Lorraine ; Labrevoit, père de M. le docteur Labrevoit, médecin principal en retraite, décédé à l'âge de quatre-vingt-sept ans, à Gerbéviller ; de Schacken (de Pont-à-Mousson), inhumé à Château-Salins (Lorraine).

— M. le docteur Marage, docteur ès sciences, fera le vendredi à onze heures, à partir du 6 mai, dans l'amphithéâtre de physiologie de la Sorbonne, des conférences sur l'étude des voyelles par la photographie des flammes manométriques et sur les applications à la parole des sourds-muets et des phonographes.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

(1) In-18. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 53. — SAMEDI 7 MAI 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 7 MAI 1898. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### RÉACTION AGGLUTINANTE DU SÉRUM

DANS LES INFECTIONS A PNEUMOCOQUES ; APPLICATION AU DIAGNOSTIC DE CES AFFECTIONS

Par MM. F. BEZANÇON et V. GRIFFON (de Paris).

La propriété agglutinative existe dans le sérum au cours des infections expérimentales et humaines à pneumocoques. Nous avons déjà montré ce fait chez les lapins infectés par le pneumocoque, et chez sept malades atteints d'affections pneumococciques variées (Soc. de biol. 1897).

L'étude de dix-huit cas nouveaux d'affections à pneumocoques nous permet de confirmer nos premières observations, et de préciser la technique à suivre pour la recherche de l'agglutination pneumococcique.

La technique si simple de la méthode de Widal pour le diagnostic de la fièvre typhoïde, n'est pas applicable au diagnostic des infections à pneumocoques. Nos recherches sur le mode de développement du pneumocoque dans les divers sérums, nous ayant montré que dans le sérum humain ce microbe pousse en diplocoques isolés, jamais réunis en amas (contrairement au bacille d'Eberth, qui est parfois agglutiné en sérum normal pur, ce qui avait conduit à la pratique des dilutions), nous avons ensemencé directement le pneumocoque dans le sérum du malade, sans dilution aucune, et porté à l'étuve à 37 degrés. Le lendemain, la culture peut se présenter sous deux aspects principaux : ou bien le sérum est clair, et l'on voit au fond du tube une fausse membrane unique, cupuliforme, ou bien plusieurs fragments pseudo-membraneux, c'est l'agglutination macroscopique; ou bien le milieu est trouble, le microscope montre des amas de diplocoques ou des chaînettes enchevêtrées, ou longues et isolées, séparées par des espaces vides, c'est l'agglutination microscopique. Toutes nos observations sont positives : six fois le phénomène était visible à l'œil nu, douze fois il fallait l'intervention du microscope.

Dans aucune autre affection, chez aucun individu normal, le sérum ensemencé de la même façon n'a donné une culture analogue. Le pneumocoque y pousse pauvrement, en diplocoques ou en très courtes chaînettes isolées.

Pour recueillir le sérum, il n'est pas absolument nécessaire de ponctionner la veine du bras. Une simple piqûre du pouce, une ventouse scarifiée donnent un sérum suffisamment pur.

Il est facile d'avoir le pneumocoque à sa disposition, si on le conserve dans le sang dilué, milieu que nous avons récemment proposé.

Dans le plus grand nombre des cas, le sérum d'un malade atteint d'une affection à pneumocoques agglutine le pneumocoque que l'on a au laboratoire; exceptionnellement, il n'agglutine que le pneumocoque de la maladie en cours; il est alors nécessaire de l'isoler de la gorge du malade (ensemencement en sérum de lapin jeune, puis inoculation à la souris).

Cette diversité des races pneumococciques au point de vue de l'agglutination, jointe à la délicatesse de la technique à suivre, fait que la recherche de la propriété agglutinative du sérum dans les infections à pneumocoques, paraît d'une application moins pratique que le séro-diagnostic de Widal pour la fièvre typhoïde. Cette recherche nous a cependant rendu service dans plusieurs circonstances, entre autres dans les deux cas suivants : 1° chez un malade entré dans le service de M. le professeur Landouzy avec le diagnostic de fièvre typhoïde, le sérum n'agglutina pas le bacille d'Eberth, mais fournit, par contre, le plus beau type d'agglutination macroscopique du pneumocoque. Il s'agissait d'une pneumonie à forme typhoïde, dont les signes devinrent nets les jours suivants; 2° à un vieillard atteint de cardiopathie on pratiqua un jour une légère saignée. Nous ensemençâmes son sérum avec le pneumocoque, dans le but d'avoir un tube témoin, comparatif, à côté d'une culture en sérum de pneumonique. Il se trouva que ce sérum de cardiaque présenta l'agglutination microscopique du pneumocoque. Or, un examen plus approfondi du malade permet de découvrir une pleurésie purulente à pneumocoques, demeurée latente jusque-là.

La recherche de l'agglutination pneumococcique rendra possible le diagnostic bactériologique des bronchopneumonies infantiles. Dans un cas où elle fut négative, l'autopsie révéla une bronchopneumonie à streptocoques. Chez un enfant atteint de bronchopneumonie à pneumocoques, elle nous a donné un résultat positif.

## CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

(4e SESSION, TENUE A MONTPELLIER)

### COMMUNICATIONS DIVERSES

Aujourd'hui que les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de solutions salines jouent un si grand rôle dans la thérapeutique médicale et chirurgicale, il n'est pas étonnant qu'on ait cherché à utiliser l'eau de mer. Deux auteurs, MM. Quinton et Hallion, avaient paru établir d'après leurs expériences que l'eau de mer diluée dans 83 p. 190 d'eau distillée injectée dans les veines de chiens, de telle façon que la vitesse de l'excrétion urinaire égale la vitesse de l'injection, serait dépourvue de toute toxicité et serait même mieux supportée que le sérum artificiel. On ne constaterait pas en effet les accidents produits par ce dernier; elle produirait une baisse de température au lieu d'hyperthermie et favoriserait davantage le jeu de la fonction rénale. L'eau de mer ainsi diluée serait donc le meilleur liquide à injecter dans le sang.

MM. BOSC ET WEDEL font connaître au Congrès le résultat de leurs expériences contradictoires.

Le résumé peut se formuler ainsi : l'eau de mer employée en injections intra-veineuses est toxique et les caractères de sa toxicité sont en rapport avec les sels de potasse et de magnésie qu'elle contient.

La dilution de l'eau de mer à 83 p. 190 d'eau est l'équivalent d'une solution salée à 9 p. 1000 de NaCl, avec adjonction de symptômes toxiques paralytiques.

La solution salée simple à 7 p. 1000 de NaCl demeure donc, comme les orateurs l'ont précédemment indiqué, la solution de choix à employer en thérapeutique.

**Réaction agglutinante du sérum dans les infections à pneumocoques; application au diagnostic de ces affections**, tel est le titre d'une communication de MM. F. BEZANÇON et V. GRIFFON (de Paris), que nos lecteurs trouveront à la page précédente.

M. BOINET (de Marseille) fait une communication sur les **grands abcès du foie consécutifs à la dysenterie de nos climats**. Il rappelle les cas qu'il a déjà publiés dans la *Revue de médecine*, les 38 cas réunis dans la thèse de Jourdan (Lyon 1897), 9 observations qui existent dans le traité de Bertrand et Fontan sur l'hépatite suppurée, et enfin 4 cas qu'il a pu nouvellement recueillir.

Si on examine les détails de toutes ces observations, on voit que souvent une dysenterie, parfois légère, a précédé de quelques mois, rarement d'une année, le développement de l'abcès du foie. L'observation personnelle suivante prouve que l'hépatite suppurée peut être constatée trois ans après une dysenterie. « Joannès, fort, bien constitué, non alcoolique, âgé de vingt-neuf ans, n'ayant jamais quitté la France, contracte en 1893, à Fontaine, petit village des environs de Lyon, une dysenterie nettement caractérisée par de nombreuses selles composées de glaires, de matières d'aspect graisseux, de sang. Les épreintes sont fort pénibles; le malade compare les douleurs qu'il éprouve à l'anus à celle que produirait un fer rouge. Cette dysenterie dure un mois et demi; le malade est, à ce moment, si faible et si amaigri qu'il ne peut plus travailler à l'atelier. En 1894, il va à Marseille, et a pendant deux jours des selles dysentériques.

Vers la fin de l'année, il reçoit un coup de brancard dans la région hépatique. La douleur disparaît au bout d'une heure et le malade se remet immédiatement au travail. Il vient nous trouver, en août 1897, et nous constatons un vaste abcès du foie faisant une forte saillie à l'épigastre. Chloroformisation, incision couche par couche, suture à la paroi abdominale de la poche non adhérente, large incision de l'abcès, issue d'un litre de pus. En introduisant le doigt dans cette vaste cavité, je constate que la paroi inférieure de l'abcès n'a qu'un centimètre d'épaisseur. Le pus contient des staphylocoques. Au bout de trois mois, la guérison était complète et s'est maintenue depuis cette époque. »

Les sept cas d'abcès tardifs du foie qui ont été réunis par Josserand, sont tous consécutifs à des dysenteries des pays chauds. Souvent ces malades sont considérés comme des phtisiques au troisième degré. M. Boinet a observé, à l'Hôtel-Dieu, deux cas analogues. Malgré l'évolution lente et torpide de l'abcès du foie tardif du malade, malgré la forte saillie de cette poche à l'épigastre, il n'a constaté aucune adhérence. Autant elles sont exceptionnelles dans les abcès du foie nostras, autant elles sont relativement fréquentes dans les abcès tropicaux observés par l'auteur au Tonkin. Elles expliquent la tendance qu'ont ces abcès à s'évacuer par le gros intestin et par les bronches. En résumé ces 51 cas d'abcès du foie nostras doivent, en clinique, faire songer à la possibilité de cette affection. Il faut rechercher avec soin dans les antécédents l'existence même éloignée d'une dysenterie. Sa bénignité peut la faire passer inaperçue; mais, même à ce faible degré, elle peut déterminer un abcès du foie, comme le prouvent les cicatrices cæcales que M. Boinet a trouvées à l'autopsie de malades atteints d'abcès du foie, qui niaient cependant toute dysenterie antérieure.

L'application des rayons X n'est pas toujours très innocente, et l'on commence à enregistrer quelques **accidents dus à l'emploi des rayons Rœntgen.**

MM. RODET et BERTIN-PARIS (de Montpellier) ont vu, sous l'influence des radiations intenses, se produire chez deux sujets, outre la chute des poils et des plaies étendues, des phénomènes paralytiques et convulsifs. Ceux-ci débutèrent sous forme de paraplégie, compliquée bientôt de convulsions toniques et cloniques, généralisées et désordonnées. Les accidents se terminèrent par la mort en huit à douze jours.

L'autopsie démontra une méningo-myélite.

Les auteurs éliminent l'hypothèse d'une infection surajoutée partie des plaies, vu la stérilité des mesures faites avec le sang, la sérosité péritonéale et la moelle épinière.

Il paraît très vraisemblable qu'il s'agit d'une influence directe des rayons X sur la moelle à travers la colonne vertébrale, quel qu'en soit le mécanisme que ces auteurs cherchent à étudier par de nouvelles expériences.

MM. DUCAMP, SABATIER et PETIT (de Montpellier) rappellent que **l'ingestion des huîtres** a paru, dans quelques cas, pouvoir être rangée parmi les causes de la fièvre typhoïde. Les recherches bactériologiques entreprises à la station zoologique de Cette ont montré :

1° Que les huîtres des parcs d'élevage de Cette ne renfermaient ni le coli-bacille ni le bacille typhique, mais des espèces banales fréquemment rencontrées dans les eaux.

2° Que des huîtres placées pendant un mois à l'embou-

chure d'un égout ne renfermaient ni le coli-bacille ni le bacille typhique, mais seulement des bactéries à fluorescence verte.

3° Que des huîtres inoculées directement, soit par le coli-bacille, soit par le bacille d'Eberth en cultures liquides ou solides et abandonnées dans les parcs d'élevage, ne renfermaient, au bout de peu de jours, ni le coli-bacille, ni le bacille typhique. Les microbes disparaissent donc, soit que l'eau salée leur constitue un milieu peu favorable, soit que les huîtres exercent à leur égard leurs moyens de défense vitale.

Il résulte de ces recherches, que l'ingestion alimentaire des huîtres, considérée par quelques auteurs comme l'une des conditions étiologiques démontrées de la fièvre typhoïde, ne paraît pas mériter de prendre place définitivement en médecine.

A l'appui de **l'origine névropathique de la paralysie faciale**, formulée par Neumann et défendue par Charcot, M. RAUZIER (de Montpellier) fait connaître le fait intéressant que voici :

Un lycéen de quatorze ans, pâle et maigre, lymphatique (glandes, blépharite), très nerveux et présentant un zézaiement habituel, est pris, le 13 janvier 1898, sans refroidissement apparent et sans prodromes, d'une paralysie faciale gauche, complète et totale, répondant au schéma habituel de la paralysie faciale périphérique. Le 7 février, le syndrome est en voie d'atténuation. Le 2 avril, sous l'influence d'un traitement électrique, les troubles ont presque disparu dans le domaine du facial inférieur, mais le facial supérieur est encore très atteint : l'orbiculaire amène avec effort l'occlusion du globe de l'œil, le frontal et le sourcilier ne répondent nullement à l'invitation volontaire, le point lacrymal gauche demeure paralysé.

Voici maintenant le point intéressant de cette histoire : la grand'mère maternelle de l'enfant, actuellement âgée de soixante-six ans, a été atteinte, à trente ans, d'une paralysie faciale gauche, totale et complète, qui a duré cinq ou six mois et a laissé après elle une paralysie définitive du frontal et du sourcilier. Cette dame a eu deux filles, dont l'une (la mère du petit malade), nullement nerveuse, est morte à trente-cinq ans, d'une affection thoracique; l'autre, actuellement âgée de quarante ans, a présenté, il y a cinq ans, une paralysie faciale gauche, qui a disparu partiellement au bout d'un mois et a laissé, comme chez la mère, une paralysie définitive des muscles de la partie gauche du front. Cette dernière personne, très nerveuse et affectée de bronchite chronique, a un fils de dix ans bien portant et une fille hydrocéphale.

Voici les conclusions d'un travail de M. MAUREL, sur l'arthritisme.

1° La surnutrition exagère les produits de combustion incomplète.

2° Ces produits agissent sur divers tissus, et plus spécialement sur le tissu conjonctif et ses dérivés, qui se modifient dans le sens de la sclérose.

3° Cette sclérose, après quelques générations, prend une marche presque irrévocablement progressive. Elle porte sur tous les organes, diminue leur valeur fonctionnelle, et quand elle porte sur les organes de la génération, elle conduit à l'infécondité.

4° L'arthritisme est donc, au fond, surtout une sclérose produite par les substances en voie d'oxydation et dont la tendance se transmet par hérédité.

Ces idées bien comprises, il sera facile désormais de voir, parmi les formes si multiples et si variées de l'arthritisme, celles qui dépendent de la surnutrition elle-même, celles qui dépendent de la sclérose, et celles qui sont destinées, au contraire, à éviter à l'organisme les dangers de la surnutrition.

M. F. DELÉAGE (de Vichy), s'appuyant sur une observation de 300 cas de diabète, étudie **les facteurs de gravité du diabète**. Il insiste sur ce fait que la gravité n'est pas proportionnelle au degré de la glycosurie, cette gravité est influencée surtout par l'âge, par l'état de la nutrition et des fonctions digestives, par l'état du foie, du rein et du système nerveux.

En raison du rôle qu'il a dans la genèse de la glycosurie, l'état du foie est un des facteurs principaux de la gravité du diabète. Cette glande est, en effet, hypertrophiée chez les deux tiers des diabétiques gras, souvent alcooliques. Aucun danger ne vient de là, tant que la cellule hépatique est capable de subvenir à la suractivité fonctionnelle qui lui incombe. Cette congestion peut aboutir à la cirrhose, qui domine alors la scène, car la glycosurie diminue à mesure que s'établissent les lésions cellulaires; ces lésions sont favorisées par l'abus de l'alcool, des arsenicaux et des graisses. L'administration rationnelle de l'alcool, de l'arsenic et des graisses n'est indiquée que dans les formes consomptives du diabète.

La gravité vient du rein, si cet organe devient insuffisant; l'hyperglycémie se double alors d'une toxhémie. L'albuminurie n'a de signification sérieuse que si elle est abondante et surtout si elle est symptomatique d'une néphrite. M. Deléage cite le cas d'un malade ayant, depuis dix-huit ans, de 3 à 10 grammes d'albumine et de 20 à 110 grammes de sucre dans les urines des vingt-quatre heures, sans présenter de troubles sérieux de l'état général, albumine due probablement à une gomme syphilitique cicatrisée et ayant déterminé une sclérose limitée d'une portion du rein.

Le diabétique ne pourra subvenir à la désassimilation exagérée que si ses fonctions digestives sont normales. Toute perturbation dans ces fonctions peut avoir des conséquences graves et aboutir à l'acétonémie.

A propos de l'influence du système nerveux sur le diabète, M. Deléage envisage la question des réflexes tendineux, question encore bien obscure; il est d'avis que l'état des réflexes tendineux n'a aucune importance pronostique dans le diabète non compliqué de lésions nerveuses, et ne peut donner aucune indication touchant l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

M. PETIT (de Royat) fait un résumé des **maladies arthritiques justiciables de la cure à Royat.**

Ce sont les arthritiques de la quarantaine, les goutteux, les suralimentés, les surmenés avec tendance aux eczémas, à l'asthme, aux dyspepsies, aux gonflements des jointures des pieds et des mains. Chez eux, Royat agit surtout en luttant contre la vitalité amoindrie des tissus, qui livre sans défense les arthritiques aux complications microbiennes ou à la dégénérescence nerveuse.

Par leur alcalinité, les eaux de Royat combattent l'hyperacidium humoral; par leur dynamisme, leur thermalité et leur composition chimique, ces eaux remarquables remon-

tent, équilibrent les réserves nerveuses, éliminent les déchets, régénèrent l'individu en chassant de l'économie les cellules mal oxydées, véritables résidus de la combustion humaine.

MM. **Boinet** et **Rey** lisent un mémoire sur **les troubles psychiques dans l'impaludisme**.

Tantôt l'intoxication palustre peut être seule incriminée, tantôt elle joue un rôle prépondérant, mais elle s'exerce sur des sujets alcooliques, fatigués, surmenés, exposés à l'insolation ou présentant des accès de dégénérescence (disciplinaires, légionnaires). Les troubles psychiques sont tellement influencés par ces divers facteurs étiologiques que l'on peut rapporter tel ou tel élément de modalité clinique à l'élément palustre, à l'alcoolisme ou à la dégénérescence concomitante.

Ces troubles psychiques sont rares à la suite de l'impaludisme contracté en Camargue, en Corse, en Algérie; ils sont favorisés par l'intensité de l'intoxication palustre que l'on observe au Tonkin, au Siam, à Madagascar. Au Tonkin, l'un deux a observé des centaines de cas de délires liés aux manifestations aiguës de l'impaludisme. Les auteurs ont exclu de parti pris ces cas de troubles psychiques, attribués à des manifestations légères de l'impaludisme datant de dix, quinze et vingt ans. Cette circonspection leur paraît d'autant plus nécessaire qu'ils ont remarqué cinquante fois à l'asile de Marseille et d'Aix, que l'explosion d'accidents palustres aigus au cours des troubles psychiques chroniques liés à l'impaludisme n'avaient, en général, aucune action appréciable ni sur leur aggravation, ni sur leur marche, ni sur leur durée.

Les troubles psychiques tenant aux manifestations aiguës de l'impaludisme (accès intermittent, pernicieux, comateux, fièvre rémittente, fièvre des bois, fièvre continue palustre, etc.), consistent surtout en des délires passagers liés à l'accès ou à l'exacerbation fébrile palustre et disparaissent souvent avec eux. Ils sont habituellement caractérisés par des hallucinations auditives, plus souvent visuelles, terrifiantes, donnant lieu à des interprétations délirantes, laissant croire à ces paludéens qu'ils sont poursuivis par des ennemis imaginaires, des pirates. Il en résulte des terreurs profondes avec mouvements de fuite, de crise, d'attaque, de lutte pour la conservation de l'existence. Ces troubles délirants souvent nocturnes s'accompagnent souvent de l'inconscience et de l'oubli des actes accomplis. C'est ainsi que l'un d'eux a vu, au Tonkin, des paludéens, non alcooliques et non dégénérés, qui, pendant leur accès de fièvre, cherchaient à s'évader, à fuir; quelques-uns se perdaient dans les bois, d'autres se noyaient en essayant d'éviter les poursuites d'ennemis imaginaires. Certains voulaient se servir de leur revolver contre les assistants, d'autres attentaient à leurs jours avec leurs armes, l'un d'eux contrefaisait le mort sous la tente qui servait de dépositoire aux morts de l'ambulance.

Souvent ce délire est furieux, agressif, dangereux pour les assistants et le malade; ainsi, un premier paludéen prend son boy pour un pirate et veut le tuer avec son revolver, un second cherche à se débarrasser d'un caporal par le même procédé, un troisième poursuit son capitaine avec une bayonnette, un quatrième se précipite sur ses voisins avec un coutelas. Un des malades essaie d'étrangler un camarade pendant un accès pernicieux. Enfin l'intoxication palustre si intense qui détermine la fièvre rémittente ou continue paludéenne s'accompagne habituellement d'un délire d'action avec conceptions imaginaires et interprétations délirantes guidées par des hallucinations visuelles ou auditives, ou basées sur des souvenirs de faits récents (combats, pirates, dangers courus, etc.). C'est surtout pendant la nuit que le paludéen se lève, crie, vocifère, cherche à fuir. Cette période d'excitation est plus accusée pendant les fortes chaleurs, chez les alcooliques, les dégénérés. A cette période d'excitation succède une sidération assez rapide, favorisée par l'action de la température extérieure de l'insolation, de la rétention de produits excrémentiels liée à l'altération si profonde et si fréquente du foie et des reins. Dans les cas de fièvre des bois, on constate des associations de microcoques, cultivables sur l'agar, à l'hémotozoaire de Laveran. Le sang provenant de la piqûre de l'index a donné des colonies de microcoques, d'aspect blanchâtre, crémeux.

Parfois, le délire peut revêtir un caractère religieux, plusieurs de ces paludéens catholiques ou musulmans avaient des visions, entendaient des voix célestes; sous l'influence de ces idées, un Arabe s'évada en plein accès et fut retrouvé à 7 kilomètres auprès d'un marabout vénéré. Le délire avec un caractère érotique est exceptionnel. Certains malades cherchent à se suicider; les uns se donnent des coups de sabre, les autres se tuent d'un coup de revolver pour un motif futile, d'autres se noyent pour des raisons insignifiantes, à la suite de légers reproches. Ces derniers cas établissent la transition avec les troubles psychiques de la convalescence et de la cachexie palustre.

Ces troubles psychiques qui peuvent exister indépendamment de l'alcoolisme, de l'insolation, de la dégénérescence antérieure, cessent habituellement avec les manifestations fébriles de l'impaludisme; ils peuvent cependant exister dans la convalescence et dans la cachexie palustre; ils présentent alors ces particularités cliniques nécessitant une description spéciale et différant de ce délire infectieux, toxique, comparable à celui que l'on observe dans l'influenza, l'érysipèle, la pneumonie, le rhumatisme, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde. Comme dans ces derniers cas, cette intoxication palustre aiguë peut mettre en relief et révéler une prédisposition jusqu'alors latente qui n'est pas pour cela une condition *sine qua non* de la production de ces troubles psychiques d'origine paludéenne.

Dans la convalescence des accidents paludéens et dans la cachexie paludéenne les auteurs ont observé des troubles psychiques qui présentent, en général, d'autres modalités cliniques. Le plus souvent, c'est la stupeur, l'hébétude, la débilité mentale, le délire mélancolique, la lypémanie avec idées de persécution, troubles sensoriels. Dans les cas les plus légers, c'est un état de dépression mélancolique simple. Un certain nombre de ces malades ont des fugues inconscientes. Ces divers états s'améliorent assez souvent avec l'état général, sous l'influence d'un régime tonique réparateur, de l'hydrothérapie. Ils ne s'aggravent généralement pas sous l'influence d'accès paludéens intercurrents. La récidive, sous l'action d'une nouvelle atteinte palustre, est exceptionnellement constatée. Parfois ces troubles intellectuels évoluent vers la chronicité et la démence; à l'autopsie, on trouve une hypertrophie paludéenne de la rate, du foie, parfois un peu d'opalescence des méninges, jamais d'adhérences; les lésions macroscopiques du cerveau sont peu caractéristiques et consistent surtout dans les altérations de l'anémie observée sur les centres nerveux

des mélancoliques mourant à la période de dépression.

Chez les dégénérés (pénitenciers militaires, légionnaires, etc.), l'intoxication paludéenne entraîne plus particulièrement des états maniaques avec excitation et prédominance du délire ambitieux alternant avec des périodes de dépression. Chez certains, on peut reconnaître les caractères cliniques appartenant soit à l'intoxication palustre, soit à la dégénérescence.

Quelques paludéens présentent encore de la dépression mélancolique avec idées mystiques, délire religieux ou avec tendance au suicide.

Lorsque le paludéen est alcoolique, son délire offre un aspect clinique assez particulier, il s'accompagne parfois d'actes de violence, d'impulsions, d'attitudes agressives, hautaines.

Dans plusieurs faits, l'impaludisme joint son action à l'insolation. Les formes sont plus graves, la démence mélancolique peut faire de rapides progrès et dans un cas nous avons trouvé des méninges épaissies, opalescentes, peu adhérentes. Chez les paludéens qui avoisinent la quarantaine, ces états vésaniques, ce délire mélancolique, s'observent plus rarement; on constate plutôt des troubles de la parole, de la moralité, de l'intelligence, que l'on peut rattacher à une sorte de paralysie générale paludéenne. Mais souvent il existe d'autres facteurs étiologiques concomitants (syphilis, alcoolisme). Cependant les pseudo-paralysies générales palustres peuvent s'amender et même disparaître sous l'influence de la quinine à haute dose.

Lorsque les délires, les dépressions mélancoliques dépendent simplement de l'impaludisme, ils peuvent s'améliorer et plusieurs malades ont quitté l'asile dans un état satisfaisant. Le traitement avait consisté en quinine, régime tonique, hydrothérapie. Mais le pronostic est moins bon, lorsque ces paludéens sont en même temps dégénérés ou alcooliques. Le retour d'accidents palustres au cours de ces troubles psychiques paludéens n'a pas entraîné leur aggravation dans cinquante cas observés à l'asile de Marseille. Le paludisme paraît servir d'agent provocateur chez les malades présentant une prédisposition héréditaire.

M. DESTARAC étudie, sous le nom de **myoclonies**, consacré par M. le professeur Raymond et qui embrasse divers faits, depuis le tremblement fibrillaire jusqu'à la maladie des tics : clignottement, blépharospasme, convulsions cloniques du facial, du trijumeau, du spinal, qui ont réagi diversement sous l'influence du traitement électrique.

Il préconise l'action stable du pôle positif, courant descendant avec progression très lente et intensité poussée jusqu'au degré extrême de tolérance du sujet. Bain statique.

Il résulte de ces observations que le traitement est d'autant plus efficace qu'il est appliqué plus près du début de l'affection, qu'il agit même chez des sujets à hérédité très chargée.

M. RAUZIER (de Montpellier) rappelle que, depuis longtemps, l'angine de poitrine n'est plus considérée comme une entité morbide, mais bien comme un syndrome commun à plusieurs affections, et divise, suivant la règle, l'angine de poitrine en deux variétés : l'angine organique, avec lésions de l'appareil cardio-vasculaire, et l'angine névrosique ou bénigne qu'on observe au cours de certaines intoxications, dans le diabète et dans certains états neurasthéniques.

Il décrit entre ces deux types une troisième forme symptomatique d'affections pleurales. Voici deux de ses observations résumées :

1° Il a observé, en 1892, un jeune homme de vingt-huit ans qui fut pris brusquement d'une crise d'angine de poitrine (douleur précordiale, algie scapulaire, angoisse, sueurs froides). En l'absence de fièvre et de symptômes objectifs suffisamment caractérisés, considérant d'autre part le tempérament névropathique du sujet, il crut pouvoir rapporter ces troubles à un récent abus de tabac. Quelques jours après, le malade présentait du côté gauche un épanchement pleurétique extrêmement abondant, qu'il fallut ponctionner. Ce sujet a conservé plusieurs années un épaississement considérable de la plèvre à la base gauche; il est mort l'an dernier de généralisation tuberculeuse.

2° Le mois dernier, M. Rauzier était appelé en toute hâte auprès d'un malade qui, brusquement, venait, sans fièvre, d'être pris de symptômes douloureux et angoissants d'une violence extrême : douleur très vive dans la poitrine et le dos, pâleur cadavérique, sueurs froides, opnée, strangulation, efforts de vomissement, sensation de mort imminente, absence de pouls radial et disparition presque complète de la contractilité cardiaque. Cette scène dramatique persiste deux à trois heures, puis disparaît sous l'influence d'une médication révulsive et tonicardiaque énergique. L'auscultation du thorax ne révélait à ce moment rien d'anormal. Le surlendemain, nouvelle crise angineuse avec collapsus cardiaque et constatation, quelques heures après, d'un épanchement pleural peu abondant, siégeant à la partie gauche du thorax; cet épanchement s'accrut par la suite et put être ponctionné.

En résumé, le syndrome de l'angor pectoris, accompagné ou non de collapsus cardiaque, peut constituer la première manifestation d'une pleurésie dont les symptômes pleuraux ne deviendront apparents qu'un certain nombre d'heures ou de jours après le début des manifestations angineuses.

Est-il possible de tirer parti de ces faits, en particulier de telle ou telle théorie de l'angine de poitrine? Il est difficile de les faire valoir à titre d'argument décisif, mais ils semblent rentrer dans la catégorie des formes névralgiques de l'angor.

Si l'étude des **altérations des cellules nerveuses** de la moelle décelée par la méthode de Nissl a été poussée très loin **dans le tétanos expérimental**, il n'en est pas de même pour le tétanos chez l'homme, et l'on ne retrouve guère que les recherches de Hunter et de Goldscheider et Flatau.

M. RISPAL (de Toulouse) a eu l'occasion d'examiner, par la méthode de Nissl, la moelle de deux sujets ayant succombé au tétanos, le premier en deux jours, avec une température de 38°5, le second, au bout de six jours, avec une température très élevée, dépassant 40 degrés.

Dans le premier cas, les cellules radiculaires antérieures présentent une tuméfaction du corps cellulaire, du nucléole et des corpuscules de Nissl avec chromatolyse plus ou moins accentuée, en un mot, les mêmes altérations que dans le tétanos expérimental. Dans le second exemple, au contraire, on constatait une transformation hyaline du protoplasma avec déformation et refoulement du noyau.

Les altérations rencontrées dans le second cas ont été observées également par Goldscheider et Flatau et doivent être attribuées, non au tétanos lui-même, mais à l'hyper-

thermie, car elles ressemblent à celles que l'on produit expérimentalement chez les animaux surchauffés.

M. BOINET (de Marseille) relate le résultat de ses **recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur le diabète**. La première observation se rapporte à un malade de trente-neuf ans, mort de coma diabétique; elle montre les dangers de l'usage immodéré des eaux de Vichy : l'augmentation de l'acidité des urines, la présence de l'acétone, de l'acide oxybutyrique, indique l'imminence du coma diabétique. L'injection intraveineuse d'eau salée, additionnée de bicarbonate de soude, n'a pas donné de résultats thérapeutiques. Le pancréas présentait le type des scléroses artérielles. C'est probablement à l'intensité de cette intoxication acide que sont dues les altérations vésiculeuses spéciales du foie et les lésions d'Ebstein, d'Armauni et d'Erlich, constatées sur les coupes du rein.

Le second fait établit les dangers d'un traitement trop intensif; c'est un exemple de la forme dyspnéique de l'intoxication acide du diabète. Le pancréas était atteint de sclérose péricanaliculaire consécutive à l'oblitération du canal de Wirsung par un long calcul blanc, crayeux. Le processus de cette seconde variété de pancréatite scléreuse est analogue à celui qui suit la ligature expérimentale des conduits excréteurs des glandes. Des cas d'atrophie scléreuse du pancréas, survenant à la suite de ces gros calculs, ont été publiés par Cowley (1788), Chopart (1821), Recklinghausen (1864), etc. Chez l'homme, une destruction incomplète des cellules pancréatiques peut entraîner le diabète; la glycosurie expérimentale ne se produit guère que lorsqu'il ne reste plus de vestige du pancréas; elle n'a pas été observée à la suite de l'oblitération expérimentale du canal de Wirsung (Cl. Bernard, Heidenhain, Finkler, Arnozan et Vaillard).

Enfin, le troisième cas établit l'influence d'une infection grippale sur le développement d'une artérite de l'humérale chez un diabétique. Le sphacèle secondaire de la main et de l'avant-bras a été sans doute favorisé par les lésions si considérables du nerf médian, qui, au niveau du bras, c'est-à-dire bien au-dessus de la portion gangrénée, présentait une dégénérescence de tous ses tubes nerveux. Il est rare de voir une thrombose d'origine infectieuse aussi étendue que celle qui existait dans les artères humérale, radiale et cubitale gauches.

MM. POIX et GAILLARD (du Mans) citent un cas de **névrite du plexus brachial avec atrophie des muscles de l'épaule, consécutive à la fièvre typhoïde**.

Les névrites consécutives à la fièvre typhoïde sont relativement rares; elles se manifestent de préférence dans la zone du saphène au niveau des membres inférieurs et dans celle du cubital au niveau des membres supérieurs; nous avons eu l'occasion d'en observer un cas intéressant par sa localisation. Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, présente des phénomènes douloureux au niveau du membre supérieur droit, bientôt suivis de parésie des muscles rhomboïde, grand dentelé, deltoïde, sus et sous-épineux du côté droit. Le malade ne peut élever son bras au-dessus de l'horizontale : dans cette position, l'omoplate présente, avec le thorax, un écartement de 8 centimètres, c'est le type de la déformation décrite sous le nom d'épaule ailée; pas de contractions fibrillaires; diminution de la sensibilité tactile, thermique et douloureuse au niveau des fosses sus et sous-épineuses; pas de troubles vaso-moteurs et trophiques; réaction de dégénérescence au niveau des muscles atteints.

Tous les muscles qui ont été touchés appartiennent au groupe innervé par les branches collatérales du plexus brachial; c'est le seul cas signalé d'une pareille localisation de névrite à la suite de la fièvre typhoïde.

MM. HAUSHALTER et G. ÉTIENNE (de Nancy) étudient le **rôle des infections secondaires dans les formes hémorragiques des fièvres éruptives**.

Dans la variole, les accidents hémorragiques paraissent être la conséquence d'une infection secondaire habituellement due au streptocoque. C'est la conclusion à laquelle arrivent les auteurs en étudiant les circonstances dans lesquelles se sont développées les formes hémorragiques qu'ils ont eu l'occasion d'observer. C'est le streptocoque qu'ils ont trouvé en culture pure dans le sang et les viscères d'un enfant mort de septicémie hémorragique, survenue à la période de pustulation d'une variole jusque-là normale, variole elle-même contractée à l'hôpital dans la convalescence d'une diphtérie. Mais l'argument le plus important consiste dans la véritable dissociation pouvant exister entre la variole et la septicémie streptococcique hémorragique, comme chez une enfant atteinte d'une variole discrète très bénigne, évoluant normalement, lorsque, au cours de la convalescence, survinrent des accidents hémorragiques mortels, parce que, pendant la première période de sa variole, cette enfant avait été hospitalisée dans une salle où étaient des malades atteints de variole hémorragique. En outre, la forme hémorragique paraît indépendante des vaccinations antérieures.

Il peut donc exister, dans la variole, une infection hémorragique streptococcique mixte ou secondaire.

Une observation de septicémie hémorragique staphylococcique, à la phase de desquamation de la scarlatine, permet de généraliser ces conclusions et de les étendre par analogie aux autres maladies éruptives.

M. MARMISSE (de Bordeaux), après avoir donné une notice biographique sur Brown-Séquard, rappelle que la nouvelle méthode fut d'abord accueillie avec un enthousiasme où entrait certainement de la curiosité. Puis l'engouement subit une véritable détente. Mais la **séquardothérapie** est enfin entrée dans la science officielle; et, ce qui le prouve, c'est que M. Landouzy a donné à la méthode la dénomination d'opothérapie et lui a fait les honneurs de ses leçons; c'est que l'Académie de médecine a créé une commission spéciale dite des extraits organiques, chargée d'étudier les préparations séquardiennes, parallèlement aux préparations pasteuriennes; et c'est enfin la discussion qui a eu lieu au Congrès français de médecine.

L'auteur termine en déclarant que la séquardothérapie est entrée définitivement dans les sentiers de la science et qu'elle peut désormais dédaigner les sceptiques, les moqueurs ou les indifférents. Il renvoie le lecteur à un tableau synoptique dans lequel il étudie la partie dogmatique et la partie clinique de l'œuvre, en s'appuyant sur neuf annexes et dix-huit observations.

Les opinions les plus diverses et les plus contradictoires règnent dans le monde médical sur l'efficacité des eaux de Lamalou dans le tabes. Malgré le scepticisme d'un grand

…bre de médecins, les consultations des malades sont …ées par les plus grandes illustrations médicales de la …nce et de l'Europe.

…e travail de M. DONADIEU a pour but d'établir sur des …s solides : 1° l'efficacité certaine des **eaux de Lamalou** … **le tabes** ; 2° l'opportunité de cette eau ; 3° d'établir …n les cas réfractaires ou aggravés par la cure thermale.

*…s de guérisons ou de rémissions jugés par des médecins étran… à la station.* — Le professeur Rauzier, dans son travail … « le traitement de l'ataxie locomotrice » (*Traité de théra…que* du professeur Robin, 1896), affirme que, sans avoir … témoin de guérisons complètes, il a pu néanmoins …stater la diminution rapide et quelquefois la disparition … douleurs fulgurantes, l'atténuation ou la suppression … crises gastriques et des troubles sphinctériens ; de plus, …arche de la maladie a paru, à cet observateur, enrayée …alentie par une saison annuelle ou même bisannuelle.

… le professeur Grasset cite deux observations remar…bles, contrôlées par deux médecins de la région. Dans …remière observation, le diagnostic du tabes est indis…ble. L'amélioration s'affirme après la cure thermale et …uérison ou rémission persiste durant sept ans. Dans la …xième observation, le diagnostic du tabes est aussi …ntestable. La maladie qui a débuté en 1891, est enrayée … le traitement thermal et antisyphilitique, et en 1894, ce …ade paraît guéri ; il chasse des journées entières et fait …t 20 kilomètres dans la journée.

…a qualité et l'honorabilité des observateurs étrangers à …ation sont des garanties incontestables au point de vue …diagnostic et des résultats.

…ous les médecins qui ont exercé dans la station depuis …demi-siècle, ont constaté des rémissions, sinon des gué…s, qui s'étendent sur une période de cinq, dix, quinze …ngt-cinq ans. 1° Ces rémissions ou arrêts de la maladie …t pu être obtenus que par une ténacité persistante dans …aitement balnéaire ; 2° ces rémissions ou arrêts de la …die se manifestent surtout dans l'ataxie au début ; 3° …s rémissions ou améliorations, faciles à obtenir durant …période préataxique, deviennent plus difficiles dans la …ode ataxique ou confirmée et plus difficiles encore … les périodes ultimes avec incoordination motrice in…e.

… la première période ou période des douleurs fulgu…es, les troubles sensitifs passagers (douleurs fulgu…es, crises gastriques, etc.) sont ordinairement apaisés …uéris après une ou plusieurs cures.

…s troubles sensitifs permanents sont plus tenaces (dou…s en ceinture, engourdissement cubital, douleurs con…tives, hyperesthésie et anesthésie par plaques, etc.). …observations nombreuses viennent démontrer ces affir…ons et démontrer aussi que les rémissions de trois, cinq, … ans et plus, se manifestent surtout nombreuses dans …ériode préataxique ou dans les périodes prémonitoires …abes.

… la deuxième période ou période d'ataxie confirmée, les …bles moteurs caractérisent ce groupe. C'est l'incoordi…on motrice, la perte de l'équilibration ayant pour base …erte du sens musculaire qui spécialise l'ataxique vrai. … démarche de ce malade est significative. Durant cette …ode, les rémissions de trois, cinq, sept ans et plus, ne … pas rares, mais déjà le nombre de rémissions se res…t et le symptôme trouble moteur devient un bloc de … en plus résistant à l'action thermale. Les troubles sensitifs sont presque toujours améliorés ou apaisés, comme dans la première période.

A la troisième période ou période d'incoordination motrice intense, les arrêts ou rémissions deviennent de plus en plus rares, et nous n'obtenons plus que des améliorations de détail (apaisement de la douleur, remontement, marche un peu plus assurée). Les troubles moteurs deviennent de plus en plus irréductibles et l'évolution de la maladie poursuit sa marche progressive.

*Indications.* — De ce travail, il ressort clairement ce principe, qu'un diagnostic précoce et un envoi précoce à Lamalou s'imposent.

Quand l'incoordination motrice est intense et que le malade est parvenu aux périodes ultimes de la maladie, l'action thermale est nulle et impuissante. L'anémie mercurielle ou thérapeutique (traitement antisyphilitique), la dégradation organique par les excès vénériens, le surmenage, etc., l'arthritisme, sont autant d'indications formelles de nos eaux reconstituantes et toniques. Le traitement hydro-thermal est un adjuvant précieux du traitement anti-syphilitique, qui peut être administré durant la cure ou dans l'intervalle.

*Contre-indications.* — L'évolution rapide du tabes (tabes malin), l'état inflammatoire, ou l'apparition rapide et violente de la fièvre durant la cure, sont autant de contre-indications. Il faut se méfier des tabétiques qui, brisés par la cure thermale, n'éprouvent pas de sédation post-thermale. Il faut se méfier des tabes sensitifs qui, durant la cure, deviennent hyperesthésiques au possible et voient éclater sous la poussée thermale, un véritable feu d'artifice douloureux avec fièvre, prostration, etc., sans sédation, sans apaisement progressif. Enfin, les tabétiques dont la syphilis survit encore à la cure (apparition de plaques muqueuses, etc.) ou a été mal traitée.

M. BENOIT (du Martouret) dépose sur le bureau du Congrès un travail sur le **traitement médical des pyélites**, par les bains de vapeurs résineuses, sèches, de copeaux frais de pin Mugho.

Il indique l'origine et la nature du traitement qu'il a l'habitude d'employer ainsi que les principaux résultats obtenus.

L'origine du traitement par les vapeurs résineuses du pin Mugho est fort ancienne et la découverte de l'action salutaire de ces vapeurs est due à des bûcherons qui exploitaient sur le mont Glandaz, dans la Drôme, des forêts de pins Mugho, pour la fabrication de la poix.

La nature des maladies traitées a été d'abord les maladies arthritiques ; et, depuis 1847, la goutte, le rhumatisme, les névralgies, les sciatiques, etc., sont traitées avec le plus grand succès par cette méthode.

Dans ces dernières années, il a été amené à étendre ce traitement aux affections des reins : néphrites et pyélonéphrites chroniques. Il ne peut pas encore fixer d'une façon définitive les conditions et le mode suivant lequel agit le traitement thermo-résineux ; mais d'après une série d'observations, les résultats obtenus sont assez satisfaisants pour marcher résolument dans cette nouvelle voie, grâce au perfectionnement d'un appareil balnéaire à chaleur et à vapeur graduées.

Les résultats du traitement sont les suivants :

1° Une modification dans la composition des urines, qui se traduit par une augmentation de l'acide urique, modifi-

cation qui se montre dès les premiers jours du traitement et continue longtemps après.

2° L'albumine diminue ou disparaît. Cet effet peut ne se produire qu'à la fin du traitement et même après le retour du malade à la maison. Si l'albumine réapparaissait pendant la saison humide, une autre cure rendrait définitive la disparition de ce symptôme.

3° Corrélativement à ces changements d'ordre chimique, ont lieu les modifications qui signalent le retour vers l'état normal de la sécrétion urinaire et de son organe.

En définitive, les maladies justiciables du traitement thermo-résineux du Martouret sont : la goutte et le rhumatisme sous toutes leurs formes, les névralgies, les sciatiques, les cystites, les néphrites et les pyélites chroniques.

A dire vrai, l'auteur est embarrassé pour donner l'explication théorique des résultats obtenus. Sans doute, l'état hygrométrique remarquablement sec de la station du Martouret, l'altitude élevée, la brise des Alpes, le climat privilégié de ces montagnes, la pureté des eaux peuvent entrer pour une part dans les effets curatifs qu'on y constate, mais l'agent principal est le traitement thermo-résineux, tel que l'auteur le pratique.

Ce traitement agit sans doute d'une façon multiple :

1° Il excite et rétablit la fonction de la peau, dont l'état a, comme on le sait, un retentissement énorme sur les affections des reins.

2° Il introduit dans le sang des substances balsamiques ayant sur les reins eux-mêmes un effet topique et salutaire.

3° Il modifie dans un sens favorable la composition des urines, d'où des effets incontestables dans le traitement des affections des voies génito-urinaires.

Ces trois actions réunies concourent effectivement au traitement des pyélites et des pyélo-néphrites; et le docteur Benoît affirme que leur amélioration est constante et que leur guérison intégrale est possible.

M. JEANNEL (du Mont-Dore) a observé le développement d'une épidémie de fièvre typhoïde dans laquelle l'infection s'est produite non du fait de l'eau, qui était absolument privée de tous germes pathogènes, mais du fait de la poussière des rues et dans les conditions suivantes : les déjections d'un typhique jetées tout simplement à la rue et rapidement desséchées ont été mêlées à la poussière, qui n'était jamais balayée. La rue soumise à cette infection fut le point de départ d'une épidémie qui atteignit plusieurs maisons et finit par se répandre dans le village. Les premières et les plus nombreuses victimes furent de jeunes enfants qui se traînaient journellement en s'amusant sur le sol contaminé : sur 34 cas, 18 se rapportent à des enfants âgés de moins de douze ans. Une hygiène mieux appropriée (balayage, arrosage des rues) suffit à arrêter les progrès de l'épidémie.

M. RIBEROLLES (de Saint-Sauves) lit un travail sur quelques névropathies et leurs rapports avec les lésions congénitales et héréditaires du cœur.

La littérature médicale n'avait pas démontré jusqu'à présent que les cliniciens eussent déposé des conclusions formelles au sujet du rapport des névropathies avec la pathologie du système circulatoire. Toutefois, après l'observation approfondie d'un très grand nombre de sujets atteints de maladies nerveuses, M. Riberolles a été amené à rejeter l'hypothèse de la pure coïncidence, hypothèse qui avait été assez généralement admise jusqu'à maintemant.

En effet, les divers troubles nerveux dont il s'agit ne sont presque jamais en rapport avec une lésion anatomique bien déterminée des centres nerveux; dans les cas où les lésions anatomiques existent, elles sont loin d'être caractéristiques, la cause primordiale de la névropathie restant sous la dépendance de l'hérédité dite neuro-arthritique; enfin, bon nombre d'auteurs ont admis qu'un ralentissement ou une accélération de la circulation dans les centres nerveux pouvaient provoquer des phénomènes convulsifs : ce que, d'ailleurs, les expériences sur les animaux ont suffisamment démontré.

La conclusion qui découle des données qui précèdent, c'est qu'il existe une hérédité cardio-vasculaire, en rapport avec une anomalie du système circulatoire, laquelle fait que le sujet qui en est atteint pourra, suivant les circonstances de la vie, présenter des troubles névropathiques généralement passagers ou intermittents, mais susceptibles par leur fréquence ou leur persistance d'entraîner à leur suite des lésions définitives du système nerveux, surtout s'il y a association de la syphilis ou de l'alcoolisme.

## THÉRAPEUTIQUE

### Trional dans les insomnies.

Dans les insomnies provoquées par une douleur inten[se] associer le trional à la morphine, codéine, phénacétine, e[tc.]

| | | |
|---|---|---|
| *a.* | Trional . . . . . . . . | 1 gramme. |
| | Morphine . . . . . . . | 1 centigramme. |
| *b.* | Trional. . . . . . . . | 1 gramme. |
| | Codéine . . . . . . . | 25 milligrammes. |
| *c.* | Trional. . . . . . . . | 1 gramme. |
| | Phénacétine . . . . . | 50 centigrammes. |

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mai 1898. — Présidence de M. BERGER.

### LECTURE

**Traitement du ptosis.** — M. MOTTAIS (d'Angers) l[it] une communication sur un nouveau procédé destiné [à] remédier au ptosis. Ce procédé consiste à se servir, p[our] relever la paupière, du muscle droit supérieur ou relev[eur] du globe de l'œil. M. Mottais fait suivre cette note de tr[ois] observations dans lesquelles ce procédé lui a donné [de] bons résultats.

### RAPPORT

**Des hydro-hémato-néphroses.** — M. TUFFIER fait un r[ap]port sur une observation adressée par M. Loison et relat[ive] à un cas d'hydro-hémato-néphrose suppurée, guérie par néphrectomie lombaire. Il s'agit d'un soldat de vingt-de[ux] ans qui entre au Val-de-Grâce pour une bronchite aig[uë.] Au cours de cette maladie, on s'aperçoit qu'il porte dans [le] flanc droit une tumeur volumineuse qui jusqu'ici n'av[ait] donné lieu à aucun symptôme. On relève seulement q[ue] cet homme avait fait une chute sur le côté droit. On pen[sa] qu'il s'agissait d'un kyste hydatique de la face inférieure [du] foie et, le 26 mars, M. Loison fait dans cette tumeur u[ne] ponction transpéritonéale. Il donne issue à 50 gramm[es] environ d'un liquide brun que l'analyse chimique a mont[ré] être un mélange d'urine et de sang. A la suite de cet[te] ponction sont survenus des accidents graves de péritoni[te]

...n même temps la tumeur diminuait considérablement ...volume, ce qui portait à croire qu'il s'était fait un épan...ment uro-hématique dans le péritoine. Le 29 avril, on ...te sans succès le cathétérisme de l'uretère, et M. Loison ...décide alors à pratiquer une néphrotomie transpérito...le. Il retire trois litres et demi à quatre litres de liquide ...nâtre. Il reste une poche qui dans la suite donna lieu à ... sécrétion abondante. Cet état reste stationnaire pen...t plusieurs mois, et en septembre M. Loison pratique la ...phrectomie lombaire. Il extrait un rein atrophié présen... en divers points des plaques calcaires. Le malade a ... guéri.

... Tuffier, résumant cette observation, fait remarquer ...l s'agit bien réellement dans ce cas d'une uro-hémato...phrose dont la ponction a donné lieu à des accidents ...ves de péritonite, pour laquelle la néphrotomie transpérito...le a été insuffisante et qui somme toute n'a été guérie que ... l'ablation du rein. M. le Rapporteur ajoute que la ...hogénie de cette affection est encore bien obscure; il ...se en revue les différentes causes qui ont été invoquées, ... hydro-néphroses congénitales par rétrécissement de ...etère, les hydro-hémato-néphroses d'origine trauma...e, etc., et semble disposé à admettre que, dans le cas ... M. Loison, c'est le traumatisme qui a été la cause pro...e de l'affection.

... **BAZY** rappelle une observation analogue qu'il a com...iquée à l'Académie de médecine et dans laquelle il a ... l'abouchement de l'uretère à la vessie. [illegible] ... devoir admettre que la cause de l'hémorragie était la ...ension exagérée du bassinet.

... **POIRIER** rapproche de ces faits l'observation d'un ...me qui avait des hématuries unirénales. On avait pu ...effet s'assurer qu'un seul uretère donnait du sang dans ...essie. Le diagnostic porté avait été celui de calcul ou de ...cer. Il fit la néphrectomie et trouva un rein petit, gra...ux, sur lequel il fut impossible de saisir le point de ...art de l'hémorragie.

### COMMUNICATIONS

**...raitement des suppurations pelviennes par l'incision ... culs-de-sac.** — **M. MONOD** est depuis longtemps entré ...s cette voie et possède une quarantaine d'observations ...s lesquelles il a eu recours à l'incision des culs-de-sac ...s le traitement de ces accidents. Les cas de suppurations ...viennes sont loin d'être superposables. Il en est dans ...uels une simple ponction suffit pour atteindre la collec... suppurée. Il en est d'autres dans lesquels, bien qu'il ...ait pas de fluctuation, l'incision du cul-de-sac amène un ... de pus. Enfin, il est encore d'autres cas dans lesquels ...meur se trouve un peu éloignée du vagin. Dans ces ... après avoir incisé le vagin, on ne trouve pas encore le ...; mais si l'on va plus loin, on trouve une membrane que ... perfore, et on arrive alors sur la collection purulente, ... qu'il s'agisse d'une poche péri-salpingienne, soit qu'il ...isse d'une poche logée dans les annexes. M. Monod cite ...exemple où, pendant son absence, son interne fit une ...mière incision du cul-de-sac sans amener aucune issue ...quide. Deux jours après, M. Monod, étant rentré, prati... une ouverture par la même voie en allant un peu plus ..., et ouvrit ainsi une poche intra-ovarienne. Chez ces ...ades, cette intervention vaginale vaut mieux qu'une ...rotomie.

... résulte des faits avancés par M. Monod que souvent une ...mmation péritonéale circonscrite accompagne une col...on séreuse ou suppurée des annexes. Il faut que, dans ... cas, le chirurgien sache bien qu'il peut intervenir par ...vagin et qu'il est souvent obligé d'aller chercher un se...d foyer après une première incision.

### PRÉSENTATIONS

**Traitement du tétanos par le sérum antitétanique.** — **M. QUÉNU** présente un malade, qui, après un traumatisme grave de la jambe, fut atteint du tétanos. Il pratiqua l'amputation de la jambe et fit en même temps des injections de sérum antitétanique. L'affection revêtit alors une marche chronique; le trismus ne disparut qu'au trente-deuxième jour et le malade guérit. On sait combien le tétanos est fréquent après les plaies de la tête. M. Quénu a l'habitude de pratiquer chez ces blessés des injections préventives antitétaniques.

**M. SCHWARTZ** pratique également ces injections préventives dans les plaies de la tête, en raison de la fréquence du tétanos chez les blessés apportés à l'hôpital Cochin. Il a guéri de la sorte plusieurs malades atteints du tétanos; mais il a remarqué que les contractures persistaient fort longtemps. C'est ainsi qu'il a vu un blessé conserver pendant plus de dix semaines des contractures de l'abdomen.

**M. TUFFIER.** Le tétanos, qui guérit, dure longtemps, quelquefois pendant un mois. Dans ces cas chroniques, généralement bénins, le sérum antitétanique ne donne pas les résultats meilleurs que l'ancien traitement médic[illegible] sur la le chloral; il semble donc avoir peu d'[illegible] marche du tétanos.

**M. CHAMPIONNIÈ[illegible]** Le sérum antitétanique est surtout prophyla[illegible]que; il est peu curateur, même dans les [illegible] lentes.

La séance est levée.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**La bicyclette, ses effets psycho-physiologiques** (1), par le docteur Eugène GUILLEMET, médecin de la marine.

*Conclusions.* — L'exercice de la bicyclette met en jeu la presque totalité des muscles de l'organisme.

Dans le cours d'un exercice prolongé à bicyclette, la température extérieure étant élevée (28 à 29 degrés), la température rectale peut s'élever jusqu'à 40 degrés. Cependant, l'abaissement est très rapide avec le repos (au bout d'une demi-heure environ). Il serait utile de procéder à une longue série d'expériences, afin de savoir exactement si la rapidité de cet abaissement est égale pour tous les sujets, ou si elle dépend de leur nutrition générale individuelle.

Après une course d'une certaine durée, la pression dynamométrique révèle une augmentation de force.

Pour bien courir, il faut savoir bien respirer. Le type cirtométrique de la respiration pulmonaire est fourni par tous ceux qui ont fait subir un entraînement régulier à leurs poumons (hommes de sports, chanteurs). Les grands coureurs vélocipédiques présentent ce type au plus haut degré.

L'usage de la bicyclette provoque le développement régulier de la cage thoracique.

La capacité vitale augmente en raison du développement thoracique.

L'action de la bicyclette sur le cœur peut être très violente; elle s'accuse par des chocs du cœur forcé sur les parois thoraciques, par l'augmentation des pulsations, par des phénomènes congestifs, par de la tachycardie, de l'intermittence cardiaque, de l'atonie du myocarde. Les courses de vitesse réclament de la part du sujet une structure anatomique particulière et un entraînement spécial.

Les courses de fond à bicyclette provoquent une diminution de poids très appréciable. Cette diminution se mani-

---

(1) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

feste même dans les courses de peu de durée. La perte de poids est due à l'évaporation pulmonaire et à la sueur.

Il faut surveiller l'alimentation du coureur d'une façon particulière. Les aliments protéiques et hydrocarbonés devront être donnés pendant l'entraînement en quantité suffisante, pour subvenir aux dépenses exagérées qui ont lieu au moment de la course.

Les aliments excito-moteurs ne doivent être donnés qu'avec beaucoup de ménagement. Leur répétition semble atténuer leur effet. Ces aliments, n'empêchant pas les dépenses protéiques hydrocarbonées et nerveuses, paraissent être des provocateurs à la fatigue, provocateurs d'autant plus sérieux qu'ils donnent au sujet une illusion de résistance marquée.

Les constatations que nous avons faites semblent établir que l'excito-moteur kola n'empêche pas la fatigue, mais en supprime la sensation.

La fatigue profonde occasionnée par l'usage de la bicyclette se manifeste par différents troubles psychiques, tels qu'automatisme, hallucinations, amnésie, dédoublement de la personnalité, etc.

Chaque sujet possédant un potentiel nerveux qui lui est propre, potentiel variable d'après l'entraînement, la fatigue [illegible] l'exercice à bicyclette devra lui être mesuré selon son pouv[illegible] [illegible]éparation somatique et psychique.

**Technique ophtalmologique**, *anesthésie, [illegible]psie et instruments de chirurgie oculaire* (1), par le docteur [illegible], chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Académie, de la Faculté de médecine et des hôpitaux de Paris.

La chirurgie oculaire a été appelée à bénéficier considérablement de l'introduction de l'anesthésie et de l'antisepsie dans la chirurgie générale. Peut-être même la perfection à laquelle est arrivée la pratique de l'anesthésie locale et l'importance des séries d'opérations oculaires sans complications infectieuses, dépasse-t-elle les résultats cependant si beaux de la chirurgie générale antiseptique.

Pour la chirurgie oculaire, il faut une discipline antiseptique spéciale.

Aussi, à la veille de mettre en pratique la technique opératoire qu'il a vu recommander et employer, le chirurgien qui se destine à l'exercice journalier de l'ophtalmologie peut-il éprouver quelques hésitations et quelques incertitudes; ce livre a pour but de les atténuer. Il présente, en effet, sous la forme la plus concise, un ensemble de conditions dans lesquelles une opération bien exécutée doit réussir.

M. Terson a groupé d'abord les pratiques de l'anesthésie générale et locale, de l'antisepsie du malade, du chirurgien et du matériel chirurgical. Pour un grand nombre de ces manœuvres, il a eu présents à la mémoire les résultats qu'il a vu obtenir par son père, le docteur Terson (de Toulouse), puis par MM. Trélat, Polaillon, Le Dentu, dont il a été l'externe et l'interne, enfin et surtout par M. le professeur Panas, dont il a été successivement l'interne, le chef de laboratoire et le chef de clinique.

Il a accompagné cet exposé d'une « Étude sur les instruments de chirurgie oculaire ». Décrivant exclusivement les instruments nécessaires, ceux avec lesquels on peut exécuter toutes les opérations sur l'œil et les annexes, sans s'encombrer d'instruments inutiles, il lui a semblé intéressant de montrer aussi d'où étaient venus ces modèles, et comment chaque instrument, réalisant une indication formelle, est arrivé par une sélection progressive au type actuel. Ce livre n'est du reste que le développement [illegible] cours technique de chirurgie oculaire que l'auteur fait [illegible] le patronage de M. Panas, à l'Hôtel-Dieu.

(1) In-16. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Napias, membre de l'Académie de méde[illegible] inspecteur général des services administratifs au ministère [illegible] l'intérieur, est nommé directeur de l'Administration gén[illegible] de l'assistance publique, en remplacement de M. le do[illegible] E. Peyron, démissionnaire.

— Les épreuves d'admissibilité du concours de chirurgie[illegible] hôpitaux de Paris sont terminées. Sont déclarés admissi[illegible] MM. Souligoux, Glantenay, Morestin, Bouglé, Riche, La[illegible] Longuet et Michon.

— Par décret, en date du 3 mai 1898, il est créé à la Fa[illegible] de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux [illegible] chaire de chimie biologique (fondation de l'Université de [illegible]deaux).

M. Denigès, agrégé près la Faculté mixte de médecine [illegible] pharmacie de l'Université de Bordeaux, chargé d'un cours [illegible]plémentaire de chimie, est nommé professeur de chimie [illegible]gique à ladite Faculté.

— Un concours pour la nomination à deux places d'aide [illegible]tomie à l'amphi[illegible] d'anatomie des hôpitaux s'ouvri[illegible] lundi 4 juillet 1898, à midi, à l'administration centrale, a[illegible] Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription sera ouvert au [illegible]tariat général de l'administration, du lundi 6 juin au same[illegible] du même mois inclusivement, de onze heures à trois heure[illegible]

— Un concours est ouvert, en 1898, entre les internes titu[illegible] ou provisoires des hôpitaux de Paris, pour l'attribution du [illegible] biennal de 1000 francs, fondé par feu le docteur Civiale, [illegible] profit de l'étudiant qui aura présenté le travail jugé le me[illegible] sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'a[illegible]nistration avant le 15 décembre 1898, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires qui au[illegible] été déjà présentés pour le concours des prix de l'internat [illegible]daille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Les élèves qui désireraient obtenir des renseignements su[illegible] conditions du concours devront s'adresser au secrétariat gé[illegible] (bureau du service de santé).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerrané[illegible] *Fêtes de l'Ascension et de la Pentecôte.* — A l'occasion des fêt[illegible] l'Ascension et de la Pentecôte, les coupons de retour des bil[illegible] d'aller et retour, délivrés du 17 au 22 mai et du 27 au 31 mai [illegible] seront respectivement valables jusqu'aux derniers trains [illegible] journées des 24 mai et 2 juin.

— La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours [illegible] l'agence des Voyages économiques, une excursion en Suiss[illegible] en Savoie, du 26 mai au 13 juin 1898. Prix au départ de P[illegible] (tous frais compris) : 1re classe, 555 francs ; 2e classe, 510 fra[illegible]

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux [illegible] l'agence des Voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, [illegible]bourg Montmartre, à Paris.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 9 mai 1898.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

MM. Jeanselme et Bufnoir présentent un malade d'âge moyen atteint de **lipomatose symétrique**, très analogue par conséquent à celui dont MM. Launois et Bensaude ont antérieurement entretenu la Société. Chez ce nouveau malade, la face est encadrée d'un énorme collier adipeux. Des amas volumineux surmontent la nuque. D'autres comblent les creux sus et sous-claviculaires et les triangles de Scarpa. Des masses diffuses doublent la partie postérieure du moignon des épaules. Plusieurs pelotons adipeux mamelonnent la paroi abdominale antérieure. Enfin, d'autres sont disposés de part et d'autre de la colonne lombaire sous forme de chapelet. On peut s'assurer facilement qu'il ne s'agit pas là de ganglions hypertrophiés ou indurés. Les ganglions de l'aine sont un peu augmentés de volume, il est vrai, mais n'en est-il pas ainsi fréquemment chez l'homme sain? Cette observation ne peut donc pas servir à confirmer l'hypothèse de l'origine lymphatique des lipomes symétriques, mais elle ne l'infirme pas non plus, car la plupart des masses adipeuses occupent des régions ganglionnaires. L'examen hématologique, pratiqué par M. Bensaude, dénote une anémie du second degré avec leucocytose légère et rareté des petits globules blancs mononucléaires. Les auteurs attirent en outre l'attention sur certaines particularités relevées chez ce malade, et les relèvent seulement à titre de symptômes insolites. Parmi ceux-ci, il faut ranger : 1° la pigmentation, très accusée, au niveau du cou, des extrémités supérieures et inférieures, et des parties latérales du tronc; 2° le vitiligo de la région antibrachiale et l'éruption de nature indéterminée qui est située à son niveau; 3° le cordon dur et irrégulier observé sur la face externe de la cuisse gauche. Le malade, d'ailleurs, ne présente pas un développement anormal du réseau veineux sous-cutané, comme cela a été noté par plusieurs observateurs.

M. Jacquet présente un malade atteint de **rhumatisme blennorragique chronique et ancien** chez lequel, il y a quinze jours, apparut un zona ophtalmique léger, accompagné d'une névralgie du nerf facial, phénomènes sans aucun doute attribuables à l'ingestion d'iodure de potassium, lequel avait été administré depuis deux jours. Cette pathogénie paraît indiscutable, si on rapproche l'ensemble des phénomènes observés de ces deux faits : 1° que quatre ans auparavant le malade, à la suite de l'ingestion de 2 grammes d'iodure et d'une cuillerée de sirop de Gibert, avait présenté une paralysie faciale gauche de six semaines de durée; 2° que deux ans avant, l'ingestion de l'iodure avait amené de très vives douleurs dorso-lombaires.

Ces divers troubles nerveux trouvent peut-être leur explication dans les lésions cellulaires nerveuses décrites par Nageotte et Ettlinger dans l'intoxication iodo-potassique.

Il importe de signaler en outre une observation bien curieuse de **bégaiement**, rapportée aussi par M. Jacquet. Il s'agit d'un jeune homme, ne présentant aucune tare ni hystérique ni alcoolique, qui depuis son enfance éprouve des difficultés considérables pour parler dès qu'on l'interroge. Avant la réponse, un temps assez long s'écoule, pendant lequel aucun son n'est perçu ; ce temps est employé à la mise en train de la parole ; le malade fait à ce moment des efforts énormes, le diaphragme se contracte spasmodiquement, des contractions s'observent sur les muscles abdominaux, enfin la parole sort tantôt avec les caractères habituels du bégaiement, tantôt facile et nette. Le point le plus intéressant, c'est que parfois, au moment où l'effort initial fait place à l'émission des sons, on voit se produire des constrictions pharyngo-œsophagiennes et, en auscultant l'œsophage, on perçoit alors un bruit de glou-glou très marqué.

M. Le Gendre rapporte un cas typique de **phlébite goutteuse à localisation tout à fait anormale**. A la suite de grandes fatigues, le malade ressentit une douleur très intense à la racine du scrotum. A la palpation, on put percevoir à ce niveau une tuméfaction mollasse, longue de 3 à 4 centimètres, assez difficile à délimiter. A ce moment survint un accès de goutte très net et la tuméfaction scrotale diminua avec rapidité. M. Le Gendre a laissé le malade au repos, s'abstenant de donner du colchique, pensant que, dans ces formes de goutte viscérale, il y a tout avantage à laisser l'accès articulaire se produire.

M. Lesné lit une observation **d'arthrite et de synovite à pneumocoques primitives**.

## DE LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

Rapport lu à l'Académie de médecine par M. le professeur Grancher.

I

Nous avons dit ce que nous pensions de cet important document; nous en avons donné les conclusions; nous en commençons aujourd'hui un résumé dans lequel nous donnerons de nombreux extraits, ce travail devant être connu et médité par tous les praticiens.

M. Grancher commence par rappeler les méfaits de la tuberculose, de cette peste, de ce fléau, de cette lèpre des temps modernes, qui fait à elle seule plus de malades et de morts que toutes les autres maladies contagieuses; qui, au cours d'une génération, touche un quart des individus qui la composent et en tue un sixième, et cependant nous vivons côte à côte, indifférents avec ce redoutable adversaire. Sans doute, on a fait quelques efforts des plus méritants, et M. Grancher rend hommage aux Congrès imaginés par Verneuil, à l'Œuvre de la tuberculose, aux lois sanitaires sur les bovidés dues aux travaux de M. Nocard, aux sanatoria pour les pauvres, etc., etc. Mais tout cela est peu de choses, et l'Académie peut faire mieux et plus en prenant la tête et la direction du mouvement contre le bacille tuberculeux. L'Académie est toute désignée pour cette œuvre; n'est-ce pas à sa tribune, en effet, que Villemin a fait connaître ses immortels travaux sur la contagiosité de la tuberculose, de 1865 à 1869? C'est vers la même époque que Pasteur appliquait la même méthode à l'étude des vers à soie. La médecine expérimentale, qui est l'œuvre de Pasteur, est donc aussi un peu l'œuvre de Villemin. C'est encore à l'Académie de médecine que, de 1872 à 1878, l'école anatomo-pathologique française a fait revivre la doctrine de Laënnec sur l'unité de la phtisie. Enfin, en 1882, survient la grande découverte de Koch sur le bacille tuberculeux, découverte qui confirment les recherches de Villemin.

« Ainsi tour à tour, dit M. Grancher, la pathologie expérimentale, l'anatomie pathologique et la microbiologie ont contribué à cette évolution scientifique toute récente, mais si puissante déjà et si pleine de certitudes que l'esprit des médecins du monde entier, orienté désormais vers la pathogénie, ne peut plus se détacher de ce grave et obsédant problème : la prophylaxie de la tuberculose. »

On n'a pas encore fixé les limites réciproques de la contagion et de l'hérédité; mais nous savons aujourd'hui de source certaine que la tuberculose est contagieuse, qu'elle l'est d'homme à homme et d'animal à homme, nous savons aussi comment se comporte le bacille tuberculeux, combien il résiste aux agents de destruction, qu'il reste parfois longtemps silencieux, guettant la moindre défaillance de l'organisme, combien de victoires il remporte chaque jour. Instruit sur la biologie du bacille de Koch, nous devons recourir à des mesures prophylactiques.

La tuberculose est curable, la plus curable de toutes les maladies chroniques; elle est, en outre, évitable.

En 1890, une première instruction fut faite par l'Académie; mais la peur de semer l'effroi chez les tuberculeux ou dans leur foyer familial conduisit l'Académie à limiter à dessein son action, car cette instruction proclamait la contagiosité de la tuberculose par les crachats, par la viande et par le lait.

Plus récemment, en 1896, la question fut de nouveau portée devant l'Académie par MM. Jaccoud, Terrier et Debove au sujet de la contagion hospitalière de la tuberculose. L'Assistance publique s'émut; un rapport fut fait par MM. Grancher et Thoinot qui concluait : 1° à l'isolement des tuberculeux; 2° à l'antisepsie médicale de toutes les salles des malades; 3° à l'amélioration du personnel hospitalier; 4° à la désinfection du domicile des tuberculeux inscrits au bureau de bienfaisance. Ces conclusions ont été adoptées; une somme de 12 millions de francs a été votée pour les mettre à exécution.

Donc l'opinion publique est aujourd'hui plus mûre qu'en 1890, pour écouter et suivre les conseils de l'Académie, qui, seule, a l'autorité suffisante pour parler à tous et se faire écouter de tous. Elle doit donc intervenir hardiment pour susciter partout l'application des mesures d'hygiène qu'il convient d'opposer au bacille tuberculeux. Il ne s'agit, en effet, que de l'application de principes posés et proclamés depuis longtemps par l'Académie elle-même.

M. Grancher passe ici en revue et discute les différents moyens à mettre en œuvre : La Commission, dont il est l'organe, ne croit pas que le moment soit venu de solliciter des pouvoirs publics une législation sanitaire concernant la prophylaxie de la tuberculose. Cette loi rencontrerait trop de difficultés d'application. Ce sera l'œuvre d'une future commission, quand on aura compris que les vivants et les bien portants ont droit à la protection de leur santé et de leur vie, qui sont une propriété aussi respectable qu'un titre de rente ou une maison, et que la liberté d'être malade ne va pas jusqu'à la liberté d'empoisonner son voisin.

M. Grancher montre ici que le premier coupable est le suffrage universel, l'autorité locale tenant son mandat de l'électeur, et évitant, par conséquent, tout ce qui pourrait le molester et l'aliéner. Placé entre ces deux alternatives, déplaire à un élélecteur ou ignorer la loi, un maire n'hésitera pas, il ignorera la loi. La même indifférence accueille la déclaration dite obligatoire des maladies, et M. Grancher cite ici des lettres de médecins qui se plaignent des difficultés et même des impossibilités qu'ils rencontrent pour l'exécution de cette loi.

Dans ces conditions, M. Grancher estime qu'il n'y a pas lieu d'inscrire la tuberculose sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire. Il y a pour cela deux raisons : la première confine au secret médical et vise l'effet moral produit sur le malade et sa famille par la déclaration de la tuberculose. Les familles n'accepteraient pas sans protester la divulgation de leurs misères pathologiques. La seconde raison est l'impossibilité matérielle de faire une prophylaxie utile dans une famille récalcitrante.

Sommes-nous donc entièrement désarmés? Non, et on peut réaliser une prophylaxie utile de la tuberculose en dehors des voies légales et administratives.

II

Règles générales de la prophylaxie contre la tuberculose. — M. Grancher compare ce qui se faisait autrefois avec les quarantaines infligées aux navires, avec la désinfection des bateaux qui se fait aujourd'hui. Il rappelle ce qui se fait pour la fièvre typhoïde, la diphtérie, ce qui s'est fait, avec tant de succès, pour le choléra. Arrivant à la tuberculose, il s'exprime ainsi :

« Il n'est pas de maladie dont le bacille soit mieux connu, mieux étudié, et dont la contagion, dans ses divers modes, soit plus scientifiquement établie. En conséquence, il est

aisé de ne pas s'égarer et de ne prescrire que les moyens vraiment efficaces.

Il y a trente ans déjà, Villemin, en arrosant de l'ouate avec des crachats de tuberculeux, qu'il laissait se dessécher, et en faisant piétiner cette ouate par des cobayes, les voyait devenir tuberculeux et proclamait la nocuité des crachats desséchés et des poussières baccilifères avant d'avoir vu le bacille dont il affirmait l'existence sans le connaître.

Depuis la découverte de R. Koch, il n'est pas de trait essentiel de la biologie du bacille tuberculeux qui ne nous soit familier, tant on a multiplié, répété, contrôlé de toutes parts les mêmes expériences relatives à sa vitalité et à sa résistance aux agents physiques et chimiques.

L'accord est fait dans tous les esprits sur les points importants. Par exemple, il est démontré que l'air expiré ne contient pas le bacille et qu'il en est de même des produits de sécrétion physiologique. Seuls les crachats, ou les suppurations bacillifères, sont dangereux, et encore faut-il que ces liquides desséchés flottent dans l'atmosphère à l'état poussiéreux. Il est démontré aussi que ces crachats desséchés ou ces poussières séjournent sur les parois de la chambre du phtisique, sur les meubles, le plancher et y gardent longtemps leur virulence pendant des mois et même des années. Il est démontré, au contraire, que la lumière solaire détruit très vite, en quelques heures, le bacille de Koch, et la lumière diffuse aussi, quoique moins rapidement. Il est encore démontré que nous contractons la tuberculose surtout par les voies respiratoires, mais aussi, beaucoup plus rarement, par le lait et, peut-être, par la viande d'animaux tuberculeux; d'où deux voies de pénétration principales : le poumon et l'intestin.

Enfin, nous savons qu'il existe une tuberculose *fermée*, très fréquente, ganglionnaire, osseuse et même viscérale, mais dont les bacilles sont prisonniers dans les tissus et, partant, inoffensifs; d'où cette conséquence que ces tuberculoses n'offrent aucun danger de contagion. Nous savons, au contraire, que le tuberculeux qui crache ou suppure ses bacilles est dangereux et qu'il faut nous protéger contre lui. La tuberculose *ouverte*, voilà l'ennemi qu'il faut combattre incessamment.

Les points d'attaque et de défense sont donc bien précis l'un et l'autre.

Si nous laissons de côté, pour un moment, la tuberculose par ingestion, et les tuberculeux suppurants, qui sont relativement peu nombreux, le crachat bacillifère apparaît ce qu'il est : le véhicule habituel du germe de la phtisie ! C'est donc lui qu'il faut détruire — sur l'heure — avant qu'il ne soit desséché; et, par mesure de prudence, il faut autant que possible éviter la formation des poussières, de peur que quelque crachat n'ait échappé à la destruction. Voilà tout. Deux choses, en somme, qui paraissent bien faciles à réaliser par le tuberculeux lui-même ou ceux qui le soignent : *recueillir et détruire les crachats ; laver, au lieu de balayer, le parquet et les meubles*. Et si ces deux choses si simples à formuler étaient, par un coup de baguette magique, subitement réalisées partout où il y a un tuberculeux, on verrait décroître très rapidement la tuberculose, qui, au contraire, reste immobile ou progressive, alors qu'autour d'elle toutes les autres maladies contagieuses perdent rapidement du terrain.

Ce n'est pas que depuis quelques années on n'ait tenté aucun effort dans ce sens. Au contraire, la formule une fois trouvée — et elle ne varie pas — a été proclamée un peu partout. C'est la formule que vous avez votée en 1890, que le Congrès de la tuberculose avait proposée depuis 1888 et que mettent en pratique, depuis qu'ils existent, tous les sanatoria, et j'ajoute quelques médecins, quelques familles et quelques tramways. Mais ces microscopiques et rares foyers d'hygiène sont perdus dans l'indifférence et l'apathie universelles qui conspirent en faveur de la contagion. Au lieu de recueillir leurs crachats dans un *crachoir de poche*, qui est, pour la prophylaxie de la tuberculose, *l'instrument de choix*, les tuberculeux continuent à cracher par terre ou dans leur mouchoir. Je ne connais rien de suggestif comme la petite enquête à laquelle s'est livré notre honorable secrétaire annuel M. Vallin sur la vente des crachoirs de poche pour phtisiques.

« J'ai demandé ces crachoirs, dit M. Vallin, dans une vingtaine de pharmacies les plus renommées et dans les quartiers centraux de Paris; presque partout, j'ai vu qu'on n'en connaissait même pas l'existence. Dans une seule pharmacie, on m'a dit qu'on en avait vu la description dans un prospectus, mais qu'on n'en avait pas fait venir, parce que jamais les malades ni les médecins n'en demandaient. Je me suis adressé alors aux fabricants d'instruments de chirurgie : cinq n'en avaient jamais entendu parler, un en avait vendu trois depuis quelques années, mais n'en possédait plus. J'ai été assez heureux pour en trouver un chez un fabricant (1). »

Voilà où nous en sommes huit et dix ans après la publication des instructions du Congrès de la tuberculose et de celles de l'Académie, et il s'est rencontré, en 1890, quelques académiciens qui redoutaient l'éclat d'une publicité trop grande et craignaient de faire le vide autour des tuberculeux et de provoquer leur abandon! Rien de pareil n'est survenu et ne pouvait survenir, mais les conseils de notre Compagnie n'ont pas été entendus comme ils devaient l'être. Il convient donc d'y revenir avec plus de persévérance et de décision et en précisant mieux les devoirs et les responsabilités de chacun. » (*A suivre.*)

---

## SCARLATINE A POUSSÉES SUCCESSIVES

### DANS LE COURS D'UNE GRIPPE (1)

Par les docteurs Monteux et Lop (de Marseille).

Le diagnostic d'une éruption scarlatineuse présente quelquefois des difficultés très grandes. Le cas suivant, que nous avons eu l'occasion de voir, dans le courant de cette année, en est la preuve.

Un jeune homme de dix-sept ans est pris de symptômes de grippe avec broncho-pneumonie généralisée, qui s'amendent au bout de quelques jours. Mais, le dix-huitième jour de la maladie, alors que l'état général se relève, la fièvre, qui avait disparu, reparaît, en même temps qu'un exanthème scarlatiniforme se montre sur le thorax, puis sur tout le corps. La desquamation, commencée trois jours après, se poursuit pendant une semaine environ, quand de nouveau l'exanthème couvre le thorax et tout le corps, et cela à trois reprises différentes, chaque poussée se faisant en vingt-quatre heures et s'accompagnant de frissons, d'élévation thermique et de congestion pulmonaire. Une nouvelle desquamation survient sur les régions envahies aussi intense

(1) Communication faite au Congrès français de médecine interne de Montpellier.

que la première, et se termine en quatre ou cinq jours. La guérison s'obtient sans incidents, si ce n'est une entérorragie et un peu d'induration du sommet du poumon gauche. L'urine n'a jamais renfermé de l'albumine, les crachats, plusieurs fois examinés, ne contenaient pas de bacilles tuberculeux; enfin, il n'y a pas eu d'angine.

En résumé, grippe avec complications broncho-pulmonaires, éruption scarlatineuse au bout de quelques jours, suivie d'une seconde éruption s'effectuant en trois fois.

Cette observation, que l'on trouvera complète à la fin de ce travail, soulève immédiatement cette question : S'agit-il ici d'une scarlatine ou d'un exanthème scarlatiniforme? C'est ce qu'il nous faut maintenant rechercher.

Nous éliminerons tout de suite les érythèmes scarlatinoïdes développés à la suite des maladies infectieuses : fièvre puerpérale, diphtérie, etc.; car, chez notre malade, il y a eu une desquamation typique qui n'existe pas dans ces divers érythèmes post-infectieux. Le diagnostic avec les érythèmes scarlatiniformes desquamatifs est plus ardu.

La symptomatologie de ces érythèmes, bien étudiée par Besnier (1), Brocq (2), Jeanselme (3), présente, en effet, bien des points communs avec la scarlatine : même brusquerie du début, avec hyperthermie, desquamation marquée, éruption semblable à l'éruption scarlatineuse. Il y a cependant quelques caractères différentiels sur lesquels a insisté Besnier. Ainsi, dans l'érythème scarlatiniforme, la fièvre dure moins longtemps que dans la scarlatine, et les poussées suivantes s'accomplissent sans élévation de température; en second lieu, l'érythème scarlatiniforme n'a pas de lieu d'élection, tandis qu'ici l'érythème a débuté par le tronc, ce qui est habituel dans la scarlatine. La desquamation est toujours contemporaine de l'éruption; ici, nous avons eu seulement deux desquamations; enfin, la desquamation de l'érythème idiopathique se renouvelle sans cesse, dure deux à six semaines et récidive très souvent. « En présence d'un exanthème à poussées successives, dit Jeanselme, on ne peut donc affirmer l'existence d'une scarlatine véritable que dans les cas où les conditions inverses sont réalisées, c'est-à-dire quand la durée de la poussée n'excède pas une dizaine de jours, quand la desquamation ne coexiste pas avec l'éruption, mais la suit; enfin, quand le nombre des atteintes est très restreint. »

On peut donc, nous semble-t-il, écarter, dans notre cas, le diagnostic d'érythème desquamatif et admettre celui de scarlatine, bien que l'angine du début fasse défaut et qu'il n'y ait pas eu de contagion.

C'est donc à une scarlatine que nous avons affaire, mais à une scarlatine anormale, l'anomalie portant sur l'éruption.

Il ne s'agit pas, en effet, d'une rechute, celle-ci exigeant au moins une guérison apparente de la première atteinte. Du reste, ces rechutes, observées par Trojanowski, Körner, Baginsky, Hénoch, qui constituent la forme récurrente de la scarlatine, sont rares et sujettes à controverse, à en juger par les *Comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux*, en 1896, où l'on discuta les faits apportés par M. Comby.

Il n'est pas question non plus de ce que Jaccoud appelle scarlatine à réversion, l'exanthème se faisant en deux actes, à deux ou trois jours de distance, ni de ce que Jeanselme (1) nomme fausse rechute. La seconde éruption est, dans ces cas, polymorphe, souvent morbilliforme; et cette forme paraît rentrer dans le cadre des érythèmes infectieux.

Nous pensons, au contraire, que, chez notre malade, l'infection s'est faite par poussées successives, comme chez les varioleux observés par M. Coste (2). On retrouve, dans quelques auteurs, des cas semblables, ainsi qu'en témoignent ces lignes de Barthez et Sanné (3) : « L'éruption peut reparaître à plusieurs reprises, elle s'éteint au bout de quelques jours pour renaître un peu plus tard...; la seconde reprise peut être régulière ou anormale. Un malade observé par M. Sanné présenta trois éruptions successives; la seconde eut lieu à sept jours de la première, la troisième deux jours après la seconde, pendant la desquamation. » « L'éruption, dit aussi M. Wurtz (4), peut se faire en plusieurs fois, à différentes reprises, en disparaissant pour reparaître quelques jours après. »

Observation. — Jeune homme, dix-sept ans, typographe, sans antécédents héréditaires ni personnels, de santé cependant délicate; trois de ses frères sont morts après une longue maladie (?), un quatrième a succombé à la grippe.

Le 28 janvier 1898, frissons, vomissements, fièvre intense, délire. Cet état persiste le lendemain.

Le 30, température 40 degrés, dyspnée très grande, point de côté à gauche, céphalalgie, lassitude générale, aphonie prononcée, douleur à la déglutition, langue très saburrale, vomissements, bronchite généralisée à l'auscultation.

Prescription : ipéca à dose vomitive qui met fin à l'intolérance gastrique.

Les jours suivants on constate, du côté de l'appareil respiratoire, les mêmes symptômes, qui font penser à la grippe.

Le cinquième jour, la dyspnée et le point de côté, qui avaient disparu, apparaissent de nouveau, l'état général s'aggrave. On perçoit à l'auscultation des crépitants et du souffle tubaire à la partie inférieure du lobe gauche, le diagnostic de pneumonie se confirme par l'expectoration rouillée. La dépuration urinaire se fait bien.

Le surlendemain, broncho-pneumonie droite, qui se généralise du septième au douzième jour, avec prédominance à gauche sous forme pseudo-lobaire.

8 février. La résolution se fait lentement, surtout à gauche.

Le 12 février, température 37 degrés, bon état général, appétit revenu, mais aphonie toujours marquée, sous-crépitants à gauche, expectoration sans caractères particuliers.

Le 14, la mère du malade nous signale un exanthème rouge foncé du thorax, et nous constatons, en effet, une éruption scarlatineuse de tout le corps. Pas d'angine.

Température : matin 38 degrés, soir 40 degrés.

Les 17, 18, 19, la desquamation s'établit, furfuracée, et gagne successivement cou, oreilles, nez, dos, scrotum; le thermomètre marque 38 degrés le matin et 40 degrés le soir.

Le 20, le thorax desquame en larges plaques.

Cette desquamation continue les 21, 22 et 23, mais, chacun de ces jours, on note une poussée cutanée nouvelle, accusée principalement au thorax. Chaque éruption, rouge framboisée, précédée de frissons, s'accompagne de congestion pulmonaire gauche et d'élévation thermique.

(1) Besnier. *Annotations du Livre de Kaposi*, 1891.
(2) Brocq. *Précis élémentaire de dermatologie* et *Arch. de méd.*, 1891.
(3) Jeanselme. Étude sur la fausse rechute, la rechute et la récidive de la scarlatine, *Arch. gén. de méd.*, 1892.

(1) Jeanselme. Loc. cit.
(2) Coste. *Rev. de méd.*, 1897.
(3) Barthez et Sanné. Scarlatine, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 1891.
(4) Wurtz. *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel, art. Scarlatine.

M. le docteur Coste, maître et ami de l'un de nous, appelé en consultation, constate lui-même une de ces poussées en pleine efflorescence et admet le diagnostic de scarlatine.

Les jours suivants, les régions qu'occupe l'exanthème sont le siège d'une nouvelle desquamation, aussi intense que la première et typique, surtout aux mains, qui pèlent en doigt de gant. La congestion pulmonaire a disparu.

Le 25, entérorragie (30 grammes environ de sang vermeil), sans hémorroïdes.

La semaine d'après, le malade est convalescent, très amaigri, présentant une eschare au sacrum et une au talon. L'auscultation montre de l'induration du sommet gauche. Les crachats, examinés bactériologiquement, ne révèlent aucun bacille; les urines, souvent analysées, ne contiennent pas d'albumine.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Considérations sanitaires sur l'Expédition de Madagascar et quelques autres expéditions coloniales françaises et anglaises** (1), par le docteur G.-A. Reynaud, médecin en chef des colonies.

L'auteur de cet ouvrage a eu pour but, en répandant la connaissance des événements sanitaires les plus marquants des principales expéditions coloniales, d'appeler de nouveau l'attention sur la nécessité pressante d'une organisation sanitaire rationnelle des troupes coloniales en garnison et en expédition.

Les dernières expéditions du Tonkin et de Madagascar avaient profondément ému l'opinion publique et tout le monde était d'accord pour reconnaître, devant l'énormité des sacrifices qu'elles coûtaient, l'urgence de réformes jugées indispensables.

Les réformes ne sont pas encore opérées; la question reste à l'étude et le souvenir des faits qui avaient révélé une situation si dangereuse paraît s'affaiblir dans le public.

Cependant il est plus que jamais nécessaire de penser à ces réformes qui doivent figurer parmi les plus pressantes, si l'on considère les compétitions et les conflits sans cesse menaçants entre les nations européennes dans les régions tropicales où leurs colonies s'étendent tous les jours.

Ce livre vient rappeler l'attention sur ces questions qui touchent aux intérêts les plus chers du pays, à la préservation de la vie de nos soldats. Pour démontrer avec plus de force la nécessité de ces réformes, le docteur Reynaud ne se borne pas à l'examen des évéments de la récente expédition de Madagascar. Il passe en revue les faits principaux des guerres coloniales exécutées par les Français et les Anglais au cours des quarante dernières années et du parallèle qu'il établit entre elles il tire les enseignements les plus précieux pour la conduite de ces opérations.

Sur ces données, il établit les bases de l'organisation rationnelle d'une armée coloniale qui est encore à créer. Il n'est pas de question d'une actualité plus immédiate et d'un intérêt plus grand.

Ecrit consciencieusement, avec le souci unique d'être utile en même temps que sincère, ce livre inspiré par un ardent patriotisme et un invariable attachement au bien de notre armée, se recommande à notre attention, par sa forme et par les notions variées qu'il contient.

(1) In-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société française d'éditions d'art, L. Henry May, 9 et 11, rue Saint-Benoît.

**Des accouchements rapides ou non surveillés et de leurs complications** (1), par M. le docteur C. Bonnemaison.

M. le docteur Bonnemaison résume ainsi le travail dont nous venons de reproduire le titre :

L'accouchement rapide est très fréquent et s'accompagne rarement de complications graves. L'absence d'accidents, ou leur peu de gravité, est due aux conditions dans lesquelles ces accouchements se produisent, et à un ensemble de circonstances naturelles tendant à écarter tout grave danger. L'accouchement étant un phénomène physiologique, les suites de couches sont presque toujours normales, si, dans le cours du travail, la parturiente n'a été touchée ou soignée par des personnes étrangères à l'art des accouchements ou même à la plus élémentaire asepsie. Il serait à souhaiter, en se basant sur les suites des accouchements rapides, non assistés, que, dans les campagnes, les femmes accouchent seules, plutôt que de se faire aider par des matrones qui, loin d'empêcher, par leur présence, les complications inévitables, provoquent, par leur zèle intempestif, de graves déchirures, et, ce qui est le plus fréquent, des infections parfois mortelles. Il est admis que, dans certains cas, avec perte de l'intelligence et de la sensibilité, la femme peut accoucher sans le savoir. On admet aussi, mais avec plus de réserves, que la femme puisse être surprise par la brusquerie du travail, ou bien ignorer totalement la cause de ses douleurs, ou encore accoucher d'un fœtus très petit, ce qui explique qu'on ait observé maintes fois la chute de l'enfant dans les cabinets. La mort de l'enfant peut provenir de fractures du crâne produites par la chute sur le sol après rupture du cordon, dans la position debout. C'est là, du reste, la plus grave des complications qui puisse exister dans les cas que nous venons d'étudier.

**La fièvre jaune** (2), par le docteur J. Sanarelli, directeur de l'Institut d'hygiène expérimentale de Montevideo. N° 8 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (docteur Critzman, directeur).

Le docteur Sanarelli a, par ses intéressantes découvertes, complètement bouleversé l'histoire pathologique de la fièvre jaune. Ses premiers travaux, publiés par les « Annales de l'Institut Pasteur », ont causé une grande sensation. « L'Œuvre médico-chirurgicale » a demandé à ce célèbre élève de l'Institut Pasteur, de faire une monographie complète sur la fièvre jaune, éclairée à la lumière de ses propres découvertes. La monographie, ainsi conçue et exécutée, est d'un intérêt soutenu. L'auteur y fait l'historique de la question, et trace ensuite un tableau clinique, concis mais complet, de cette redoutable affection. Les découvertes de Sanarelli ont surtout porté sur l'anatomie pathologique, la microbiologie et le traitement du *vomito negro*. Il faut lire ces trois chapitres, dans la monographie que nous avons sous les yeux, pour se rendre compte du très grand service que Sanarelli a rendu à l'humanité et à la science. Quant à la prophylaxie, elle sera utilement expliquée par quiconque s'est imprégné des vérités microbiques contenues dans la présente brochure. On y voit pourquoi la fièvre jaune, pour se développer, aime les pays humides et à l'abri de la lumière. Le rôle des moisissures comme protection du bacille ictéroïde est surtout curieux et mérite d'attirer l'attention de tous les médecins s'intéressant aux choses des sciences biologiques appliquées.

(1) Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 16 AU 21 MAI 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 16 MAI 1898**, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Rémy, Hanriot et Guébhard.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Delbet, Jalaguier et Varnier ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Ribémont-Dessaignes et Broca ; — (3e série) : MM. Monod, Humbert et Bonnaire ; — M. Widal, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Tuffier et Lejars ; — (2e série) : MM. Marchand, Segond et Walther ; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Marie ; — M. Sebileau, suppléant.

**MARDI 17 MAI**, à une heure. — 2e examen (2e partie, 1re série) : MM. Gariel, Gley et Chassevant ; — (2e série) : MM. Hanriot, Guébhard et Thiéry.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Budin, Schwartz et Brun ; — (2e série) : MM. Peyrot, Quénu et Bar.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* (1re série) : MM. Proust, Ménétrier et André ; — (2e série) : MM. Raymond, Gilbert et Thoinot ; — M. Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Campenon, Richelot et Nélaton ; — (2e série) : MM. Polaillon, Bouilly et Albarran ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Charrin ; — M. Marie, suppléant.

5e examen (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Ballet et Roger ; — (2e série) : MM. Cornil, Debove et Achard ; — M. Marfan, suppléant.

**MERCREDI 18 MAI**, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Ch. Richet, Hanriot et Guébhard.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Marchand, Ricard et Walther.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilles de La Tourette et Widal ; — M. Déjerine, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Humbert et Sebileau ; — (2e série) : MM. Monod, Jalaguier et Tuffier ; — M. Marie, suppléant.

5e examen (1re partie obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire.

**VENDREDI 20 MAI**, à une heure. — 2e examen (2e partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, Rémy et Guébhard ; — (2e série) : MM. Gariel, Déjerine et Hanriot.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Netter et Thoinot.

2e examen (définitif, officiat) : MM. Potain, Poirier et André ; — M. Ricard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Reclus et Sébileau ; — (2e série) : MM. Tillaux, Delens et Humbert ; — (2e partie) : MM. Grancher, Gaucher et Marie ; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire ; — M. Broca, suppléant.

**SAMEDI 21 MAI**, à une heure. — 2e examen (2e partie) : MM. Rémy, Hanriot et Poirier.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Ballet et Gilbert ; — Weiss, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Polaillon, Schartz et Albarran ; — (2e série) : MM. Campenon, Bouilly et Thiéry ; — (2e partie) : MM. Raymond, Roger et Marfan ; — M. Nélaton, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar.

### Thèses de doctorat.

**VENDREDI 20 MAI**, à une heure. — M. GOUFFIER. De différents traitements de l'hydrocèle. Cure radicale (MM. Terrier, président ; Landouzy, Delbet et Widal). — M. DUBOIS. Des atrophies musculaires d'origine hystérique (MM. Landouzy, président ; Terrier, Delbet et Widal).

**SAMEDI 21 MAI**, à une heure. — M. GUESSARIAN. Incontinence d'urine chez la femme par anomalies du développement des organes génito-urinaires (MM. Guyon, président ; Berger, Richelot et Quénu). — M. ROBINEAU. Traitement chirurgical des phlébites ; — M. SASSI. Incontinence du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes ; — M. KOUINDJY. Appendicectomie (MM. Berger, président ; Guyon, Richelot et Quénu). — M. LEBEDINSKY. Les gingivo-stomatites et le polymicrobisme buccal (MM. Dieulafoy, président ; Chantemesse, Ménétrier et Achard). — M. MARTIN (G.). Étude sur la neurasthénie et l'état mental des neurasthéniques (MM. Chantemesse, président ; Dieulafoy, Ménétrier et Achard). — M. LIAUTAUD. Du délire des actes dans la paralysie générale (MM. Debove, président ; Hutinel, Marie et Letulle). — M. DEZIROT. Étude sur la maladie d'Addison chez l'enfant ; — M. AUDAT. De la rhino-pharingite chez les enfants ; — M. JEULAIN. De la chlorose thyroïdienne (MM. Hutinel, président ; Debove, Marie et Letulle).

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour deux places de médecin titulaire et deux places de médecin suppléant de l'hôpital civil français de Tunis, s'ouvrira le 31 mai 1898, à Tunis, devant un jury composé de trois professeurs ou agrégés, désignés par le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général du gouvernement tunisien, à Tunis.

— Un concours pour l'internat de l'Asile national de Vincennes s'ouvrira le jeudi 2 juin, à 9 heures du matin, au ministère de l'Intérieur. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'asile national de Vincennes.

— Un concours pour la nomination de deux internes titulaires et d'un interne adjoint à l'hôpital N. de Rothschild, à Berck-sur-Mer, et à la policlinique H. de Rothschild, 82, rue de Picpus, s'ouvrira le 16 mai prochain dans les salles de l'hôpital Rothschild, 76, rue de Picpus. Pour tous renseignements, s'adresser à M. Aron, directeur de l'hôpital Rothschild, 76, rue de Picpus.

— Le concours pour la nomination de médecins du dispensaire général de Lyon s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Barjon, Rivière, Aurand et Bonne.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Billot (de Tulle), et de M. Gaume, externe des hôpitaux de Lyon.

— *Conférence d'internat.* — MM. Couvelaire, Fresson, Merklen, Milian, Pédeprade et Sainton commenceront, le samedi 14 mai 1898 à trois heures moins un quart, le deuxième tour de leur conférence d'internat (larynx et bronches). La conférence a lieu à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) : copie le vendredi, conférence le samedi.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 55. — JEUDI 12 MAI 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 12 MAI 1898. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI, ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion que doit soulever le rapport de M. Grancher sur la prophylaxie de la tuberculose a été reportée à mardi prochain, sur la demande même des orateurs inscrits. La séance a été entièrement remplie par diverses communications et quelques rapports.

Citons d'abord une communication de M. Ollier sur les greffes épidermiques. Ce travail puise surtout son intérêt dans ce fait qu'il s'agit d'observations anciennes, remontant à quinze ans et plus, et qui permettent conséquemment d'être fixé sur les résultats éloignés de ces greffes épidermiques.

M. Reclus a fait un rapport sur un travail de M. Moty, relatif à la pathogénie de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse. Pour M. Moty, les accidents seraient dus à l'inclusion d'une masse épithéliale qui s'enflammerait spontanément à l'époque de l'éruption. M. le rapporteur n'accepte pas cette pathogénie et reste fidèle à l'ancienne explication qui attribue les accidents de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse au manque de place, au trop petit espace que mesure le maxillaire.

Dans un rapport sur une note fort intéressante de M. Vincent (du Val-de-Grâce), M. Kelsch appelle l'attention sur l'immunité de la race arabe à l'égard de la fièvre typhoïde. Pour M. Vincent, cette préservation des Arabes serait due à une immunité naturelle, car il a recherché la séro-réaction, et il a constaté que le sang des Arabes se comporte exactement comme celui des individus accessibles à l'infection typhoïdique.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Liétard (de Plombières) pour la lecture d'un travail sur la résistance qu'opposent aux influences hygiéniques les types des races considérées au point de vue de la taille. Il montre que la misère physiologique a pour résultat certain l'abaissement de la taille moyenne dans un groupe de population.

Signalons enfin un certain nombre de communications, celles de M. Blondel sur divers emplois de l'orthoforme en gynécologie, de M. Cany sur le meilleur lait, de M. Mendelsohn sur la valeur diagnostique des réflexes dans les lésions de la partie cervicale de la moelle épinière, de M. Cautru sur l'action diurétique du massage abdominal dans les affections du cœur, et de M. Doyen sur l'hémostase en chirurgie. On trouvera plus loin le résumé ou les conclusions de ces communications.

### DE LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE (1)

Rapport lu à l'Académie de médecine par M. le professeur GRANCHER.

III

En général, le tuberculeux qui tousse et crache depuis quelques mois se croit simplement atteint d'une bronchite. La famille et le médecin conspirent pour l'entretenir dans son erreur. Nous pensons que, lorsqu'un tuberculeux peut guérir, il serait préférable de ne pas lui laisser ignorer la gravité de son état.

Si, jusqu'à présent, nos confrères s'efforcent de tromper les tuberculeux, c'est qu'ils croient encore à l'incurabilité de la tuberculose. Cette opinion est heureusement controuvée par les succès obtenus par la thérapeutique hygiénique dans les hôpitaux et même dans les milieux les plus défavorables, et par les espérances que nous donnent les réformes projetées. Le devoir du médecin devra changer avec ses convictions scientifiques. Il lui faudra alors beaucoup de tact et de courage pour lutter contre les préjugés du malade et de la famille; il lui faudra agir dès le début de la maladie, et tourner ses regards vers les notions modernes de la curabilité, non exceptionnelle, mais fréquente, et de la contagion.

La curabilité même de la phtisie caverneuse était admise par Laënnec, à titre exceptionnel. On a reconnu depuis que, à la condition de faire un diagnostic précoce et un traitement énergique, on arrivait le plus souvent à la guérison. Mais il faut le consentement et la volonté de guérir du malade; il faut donc le prévenir, avec toute la prudence nécessaire, quand on peut espérer la guérison. D'autre part, le médecin doit, quand les crachats contiennent des bacilles, combattre la contagion et prévenir le reste de la famille. L'usage du crachoir de poche et d'appartement s'impose, de même que la désinfection de ces crachoirs par l'ébulli-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 498.

tion ou un lavage antiseptique. La chambre du malade doit être lavée, non balayée.

Il ne faut pas s'exagérer l'impression que produit le mot de tuberculose prononcé devant un malade, surtout si on lui persuade qu'il n'est pas de maladie si obéissante au traitement quand elle est prise au début et bien soignée. Cette vérité si redoutée, une fois acceptée, devient le ressort toujours actif de la fidélité au traitement. Il faut qu'il sache qu'un traitement sévère sera suivi d'amélioration, et que les fautes entraîneraient des rechutes fatales.

Le médecin doit donc dire la vérité au malade ; il lui faut même parfois, si c'est nécessaire, être un peu dur : défendre les visites, les réceptions, empêcher même un mariage déjà convenu. Ce devoir difficile incombe surtout au médecin traitant, car c'est à lui à ouvrir les yeux du malade sur ses propres intérêts.

M. Grancher insiste ici tout particulièrement sur le diagnostic précoce de la tuberculose. Pendant longtemps, le signe de certitude, c'est-à-dire le bacille dans les crachats fait défaut. Il ne faut donc pas attendre cette élimination des bacilles et il faut, autant que possible, ne pas permettre à une tuberculose fermée de se transformer en tuberculose ouverte. On le peut en faisant un diagnostic précoce et une thérapeutique également précoce.

« Pour cela, ajoute M. Grancher, il ne faut pas suivre les errements classiques et attendre la submatité et les craquements pour reconnaître la tuberculose pulmonaire. Cette soi-disant première période de la maladie est, au contraire, voisine du ramollissement, c'est-à-dire des cavernules, dernière phase du processus anatomique. Il faut se contenter d'un diagnostic de probabilité et le faire alors qu'avec la chute des forces et l'amaigrissement on constate une altération permanente et fixe du murmure vésiculaire à l'un des sommets du poumon. Il ne faut attendre ni la matité, ni les craquements, ni même, ni surtout les crachats bacillifères pour prescrire un traitement et y tenir une main ferme. A ces conditions, la thérapeutique sera vraiment efficace et la contagion supprimée.

Que, dans toute cette phase qui précède la destruction et le ramollissement des tissus, on ne prononce pas le mot tuberculose, soit, et c'est même à ces malades que, depuis trente ans, je dis en atténuant ma pensée : « Vous êtes candidat à la tuberculose ! » Cette parole, dont le sens a été un peu modifié et élargi par M. Landouzy en 1891, suffit à tenir les gens en éveil et à les prémunir contre les fautes qu'ils pourraient commettre.

Je crois qu'en agissant ainsi on peut faire beaucoup de bien, guérir beaucoup de malades et assurer toute prophylaxie par la suppression même du bacille. »

Mais il y a d'autres moyens de faire le diagnostic de la tuberculose : le plus important, c'est l'emploi de la tuberculine. M. Grancher rappelle les remarquables travaux de M. Nocard sur l'usage de la tuberculine pour la tuberculose des bovidés. N'ayant pas d'expérience personnelle sur l'emploi de la tuberculine dans l'espèce humaine, n'ayant jamais osé l'employer, M. Grancher a demandé, sur ce sujet, l'avis de MM. Escherich (de Gray) et Epstein (de Prague) qui l'ont employée comme moyen de diagnostic chez les enfants. Tout en reconnaissant qu'elle rend de précieux services, ils la considèrent comme un réactif délicat à manier, difficile à doser suivant les sujets ; il ne faut donc pas songer à son emploi habituel dans la pratique. C'est aussi l'opinion de MM. Grasset et Hutinel. Il faut renoncer, *a fortiori*, à l'emploi des sérums préparés ou artificiels. Restent les rayons X. MM. Kelsch et d'autres ont publié des faits tendant à prouver que, dans certains cas, l'auscultation est primée par la radiographie. Ce sont là jusqu'ici des faits trop récents pour autoriser autre chose que des espérances. Le médecin doit donc compter avant tout sur les moyens cliniques. Reçoit-il pour cela l'instruction nécessaire ? M. Grancher reconnaît qu'il n'en est rien et nous citons ici ses propres paroles :

« Combien, parmi ceux qui prennent chaque jour leur diplôme de docteur, sont capables de pratiquer un examen bactériologique des crachats et de reconnaître avec certitude le bacille tuberculeux ? C'est la petite, très petite minorité. Et ils ne savent pas beaucoup mieux quels conseils de préservation et de prophylaxie ils doivent donner aux familles, car ils traitent volontiers l'hygiène comme une science secondaire *ou qui se sait a priori*, sans étude et sans efforts. C'est là, il faut en convenir, une mauvaise préparation à la mission si délicate et si ardue à laquelle nous les conviions tout à l'heure. Comment auront-ils l'ascendant nécessaire pour vaincre les répugnances et l'apathie naturelles, si leur science et leur conviction ne sont pas solides sur cette question de la contagion et de son mode, et s'ils sont incapables de reconnaître eux-mêmes l'heure où commence ce danger, l'heure où le bacille est mis en liberté ?

Il y a sur tous ces points, dans l'enseignement aussi bien que dans les examens probatoires, une réforme qui s'impose. Pourquoi, par exemple, puisqu'il existe une épreuve d'histologie normale au deuxième examen de doctorat où l'étudiant doit reconnaître au microscope un globule sanguin, un muscle, etc., ne pas lui demander, à l'examen de thérapeutique et d'hygiène, de reconnaître un bacille tuberculeux, diphtérique ou typhique ? Rien n'est plus facile et rien n'est plus nécessaire que cette épreuve. Que si on objecte qu'il faudra créer de nouveaux laboratoires, je réponds qu'il existe dans chaque hôpital, presque dans chaque service, des laboratoires très suffisants pour cela. Il suffit que l'étudiant *le veuille pour l'apprendre*. Voilà tout ; mais il ne le voudra que si on l'y oblige par l'examen.

Cette réforme dépend, il est vrai, beaucoup plus des Facultés que de l'Académie, qui n'a pas charge d'enseignement, mais, par le fait même que l'Académie approuvera ce rapport, elle donnera beaucoup de poids aux désirs qui y sont formulés. Si notre compagnie proclame que la lutte contre la tuberculose, dans la famille, relève du MÉDECIN, dont le devoir est de traiter le malade aussitôt que possible et en même temps de préserver l'entourage, si elle incite nos Facultés à renforcer sur ce point l'instruction des étudiants, elle aura fait œuvre utile ; elle aura fait du moins ce qu'elle peut.

Et si votre commission m'a permis de tant insister sur la *Tuberculose dans la famille*, c'est qu'elle pense qu'on n'aura rien fait tant qu'on n'aura pas modifié radicalement les habitudes traditionnelles de pessimisme et d'abandon dans le milieu familial. La tuberculose est si répandue qu'il n'y a pas de familles où on ne compte quelques tuberculeux au cours d'une génération. C'est là qu'il faut d'abord l'attaquer si on veut la réduire, et, à l'*heure actuelle*, on ne le peut que par le médecin. »

M. Grancher insiste sur ce point que, ce qu'il faut éviter d'abord, c'est la souillure du plancher ou des linges par le

crachat des tuberculeux ; le crachoir de poche et d'appartement y suffirait s'il entrait dans nos mœurs. Mais qui peut les imposer, sinon le médecin?

La désinfection du logis serait utile à de longs intervalles ou après décès. On ne saurait, à cet égard, mieux faire que ce qui se fait actuellement dans les sanatoria de tuberculeux. Le sanatorium, en effet, loin d'être un lieu de contagion, est un foyer de salubrité où les tuberculeux non seulement se soignent et guérissent, mais encore apprennent à se soigner sans semer autour d'eux les germes de la maladie. Telle est la confiance que doit inspirer un bon sanatorium, qu'il n'y a pas lieu de se préoccuper de la direction dominante des vents par rapport à la ville voisine ; son voisinage pour celle-ci est plutôt salutaire, témoin les stations de Falkenstein et de Gœrbersdorf. Il est regrettable qu'on ne puisse en dire autant des stations hivernales de la Méditerranée, où il reste encore beaucoup à faire. M. Grancher, au sujet de ces stations, partage l'avis du docteur Frémy (de Nice), qui voudrait les voir réserver aux suspects et convalescents, c'est-à-dire aux tuberculoses fermées.

(*A suivre.*)

---

## SUR L'HÉMOSTASE EN CHIRURGIE

Par le docteur DOYEN (de Reims).

L'auteur donne les résultats de sa nouvelle méthode d'hémostase par accolement de la tunique celluleuse des artères, sous une pression de 400 à 1200 kilogrammes.

M. Doyen a fait ses premières expériences en mai 1896 sur les ligaments larges, avec une pince à glissière, à laquelle il a substitué, au commencement de 1897, sa puissante pince à levier, dont il a relaté récemment, à l'Académie et au Congrès de chirurgie de Berlin, les applications à la chirurgie gastro-intestinale.

« L'emploi de cet instrument, dit-il, simplifie singulièrement l'hémostase des artères d'un certain calibre.

Pour l'hystérectomie vaginale, une simple application de la pince à levier, serrée à fond pendant trente secondes sur chaque ligament large, permet de couper entre la pince et l'utérus, puis d'enlever la pince sans aucun risque d'hémorragie.

Le fond de l'organe apparaît immédiatement sous l'écarteur. Un coup de pince au-dessus des annexes, de chaque côté, une fine ligature de soie, par mesure de sécurité, et tout est terminé.

Les pédicules des kystes ovariques sont traités de même. L'hémostase de l'artère est assurée. Mais une fine ligature est nécessaire pour empêcher le reflux du sang veineux. Les grosses veines, en effet, ont des parois trop minces pour pouvoir s'oblitérer par simple accolement aussi sûrement que les artères. De même pour les résections étendues de l'épiploon, j'écrase puis je lie.

On supprime ainsi les ligatures en chaîne et les énormes moignons intra-péritonéaux.

Tout récemment, j'ai employé ma pince à levier avec plein succès dans une opération de goitre.

Pour les artères de moyen calibre, telles que la faciale, j'emploie un instrument plus simple : une forte pince à anneaux à mors courts et larges, qui multiplie 8, je la serre de toute la puissance de la main. La compression est de 400 à 500 kilogrammes. Il faut laisser l'instrument en place deux à trois minutes. Si les parois de l'artère sont saines, l'hémostase est assurée lorsque l'on retire la pince.

J'ai étudié les effets de ces instruments sur plusieurs centaines d'opérations : dont un grand nombre de laparotomies et 60 hystérectomies vaginales ; en chirurgie gastro-intestinale, j'ai fermé 25 fois avec succès, par ligature en masse, après écrasement, comme je l'ai décrit, le calibre de l'intestin ou de l'estomac.

La multiplicité des applications en chirurgie de ma pince à levier, la simplification de l'hémostase des gros pédicules vasculaires donnent à cet instrument une importance qui n'échappe pas aux plus septiques.

Jamais je n'ai observé un cas d'hémorragie secondaire.

L'hystérectomie vaginale et toutes les autres opérations où s'applique cette nouvelle méthode, sont devenues à la fois plus rapides et plus sûres. »

---

## DE L'ACTION DIURÉTIQUE

### DU MASSAGE ABDOMINAL DANS LES AFFECTIONS DU CŒUR

Par le docteur CAUTRU, ancien interne des hôpitaux.

*Résumé et conclusions.* — 1° Le massage abdominal a une action *diurétique* indéniable, qu'il soit employé seul ou associé au massage général et à la gymnastique suédoise.

Dans certains cas cependant, l'ensemble de ces différents agents donne des résultats plus prompts, plus durables et plus complets.

2° Chez les cardiaques, la diurèse se produit rapidement, surtout chez les malades porteurs d'œdèmes sous-cutanés ou viscéraux ; quelquefois dès le premier jour, ordinairement vers le troisième jour du massage. J'ai vu les urines monter de 250 grammes à 3000 et 3500 après trois massages.

3° L'état général s'améliore en même temps que la circulation se régularise.

La composition des urines se rapproche de la normale.

4° Le massage et la gymnastique suédoise peuvent, par des manœuvres variées, produire à volonté une augmentation ou une diminution de pression au niveau du cœur et des vaisseaux. Ils peuvent donc, dans une certaine mesure, rendre à ceux-ci l'élasticité qui leur fait défaut dans les affections cardio-vasculaires chroniques et doivent être considérés comme *le meilleur remède préventif* de l'*artério-sclérose* chez les arthritiques prédisposés.

5° Le massage n'exclut pas absolument les autres médications cardiaques employées jusqu'alors. Il les aidera, alternera avec elles ou les remplacera lorsqu'elles n'agiront plus. C'est un moyen à ajouter aux autres. Cependant il semble qu'on doive lui donner la préférence à cause de son innocuité, lorsqu'il est employé d'une façon méthodique, et par ce fait surtout que c'est un *moyen naturel*, un véritable agent *thérapeutique physiologique*.

---

## TRAITEMENT DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC.

M. Gaston Lyon a résumé ainsi, devant la Société de thérapeutique, les principales indications de ce traitement :

1° ASSURER LA CICATRISATION DE L'ULCÈRE. — A. *Repos de l'organe : régime lacté.* — Au début, le lait doit être donné écrémé, en très petites quantités, à raison d'un demi-verre

toutes les trois heures, puis d'un verre, finalement d'un verre toutes les deux heures, et l'amélioration s'accentue progressivement.

*Alimentation rectale exclusive.* — Ne peut être employée que pendant un temps très limité; sa principale indication est l'existence d'hématémèses qui se prolongent, parfois aussi des vomissements incoercibles et de douleurs très violentes (spasme du pylore). Le traitement systématique et prolongé par l'alimentation rectale, proposé par quelques-uns, est à rejeter comme insuffisamment justifié et exposant les malades à un affaiblissement considérable.

Le lavement alimentaire le mieux supporté se compose de lait (un verre) et de deux jaunes d'œuf battus, on peut y associer une pincée de sel et quelques gouttes de laudanum. On peut donner de quatre à six de ces lavements par jour, et, en plus, des lavements désaltérants d'eau simple, tiédie (200 à 300 grammes).

B. *Repos corporel.* — Le séjour au lit est de rigueur et doit être imposé pendant quinze jours à trois semaines au minimum.

C. De tous les traitements médicamenteux, un seul mérite d'être employé, c'est le pansement au bismuth, consistant à introduire par la sonde dans l'estomac, ou à faire avaler directement au malade une forte dose de sous-nitrate de bismuth (10 à 15 grammes) en suspension dans 200 grammes d'eau ou de lait. La poudre de bismuth se répartit à la surface de l'estomac, grâce aux différentes attitudes prises par le malade.

Le sous-nitrate de bismuth agit comme isolant; il supprime les douleurs, les vomissements, et favorise la cicatrisation de l'ulcère. Contrairement à l'assertion de Fleiner, il n'a pas d'action sur l'hyperchlorhydrie (Olivetti).

En dépit des doses élevées que l'on emploie, il n'y a pas à redouter d'accidents d'intoxication.

2° La deuxième indication est de combattre la cause provocatrice, l'hyperchlorhydrie.

On traite l'hyperpepsie par les enveloppements humides (compresses chaudes sur la région épigastrique) et par l'emploi du sel de Carlsbad (Leube) ou de solutions salines, dont la composition est analogue à celle de Carlsbad :

| | |
|---|---|
| Eau distillée. . . . . | 1 litre. |
| Sulfate de soude. . . . | 2gr50 à 3 grammes. |
| Bicarbonate de soude. . | 2 grammes à 2gr50. |
| Chlorure de sodium. . . . | 1 gramme. |

(Hayem.)

Chaque jour, donner 250 grammes (tiédis à 40 degrés) et augmenter de 50 grammes par jour jusqu'à 500 grammes (à prendre en trois fois, le matin à jeun, avec vingt minutes d'intervalle entre chaque prise).

Plus simplement, on peut prescrire de prendre chaque matin un verre d'eau à 40 degrés additionnée d'une, puis de deux cuillerées à café de :

| | |
|---|---|
| Bicarbonate de soude. . . } Sulfate de soude. . . . . } | 40 grammes. |
| Chlorure de sodium. . . . | 20 grammes. |

(Liebermeister.)

Ce traitement a pour effet d'abaisser le taux du chlore total et de l'acide chlorhydrique; il diminue la sécrétion et accélère l'évolution de la digestion.

*Traitement des symptômes.* — Les hémorragies cèdent habituellement au traitement général; elles nécessitent la réduction au minimum ou même la suppression absolue, mais momentanée, du régime lacté; on complète le traitement par l'emploi de la glace, de la morphine en injections sous-cutanées. Quand elles sont très abondantes, il faut avoir recours à la ligature des membres, aux injections stimulantes d'éther, de caféine, d'huile camphrée et surtout de sérum artificiel (200 à 500 grammes).

Les injections intraveineuses de sérum artificiel et surtout la transfusion du sang constituent des procédés d'exception.

Les douleurs ne réclament pas, en général, l'emploi des narcotiques, sauf dans les cas où elles revêtent une intensité exceptionnelle.

Les alcalins à hautes doses (10 à 30 grammes) constituent un bon moyen de les calmer, mais il faut se garder de considérer le bicarbonate de soude comme un remède spécifique; ce n'est qu'un palliatif qui peut être suppléé par le sous-nitrate de bismuth. Il présente d'ailleurs, quand on l'emploie à doses massives, des inconvénients (distension excessive de l'estomac par l'acide carbonique) et pourrait même exagérer l'hyperchlorhydrie par son emploi prolongé. C'est de l'huile jetée sur le feu.

On peut associer au bicarbonate de soude d'autres alcalins (craie, magnésie) qui permettent d'employer celui-ci à doses moindres (une partie de magnésie calcinée sature autant d'acide chlorhydrique que quatre parties de bicarbonate de soude).

L'anémie, quand elle est prononcée, peut être combattue à la fin du traitement par le fer (perchlorure de préférence), l'arsenic, par le séjour à la campagne, les douches.

La marche du traitement doit être réglée avec soin. Après une période variable comme durée, suivant les cas, de régime lacté absolu, on revient progressivement, mais lentement, à l'alimentation mixte (potages aux pâtes, œufs peu cuits, bouillon; puis viandes pulpées, volailles jeunes, viandes de bœuf ou d'agneau, rôties ou braisées, quelques légumes secs ou compote de fruits peu sucrée, eau ou lait comme boisson). Le traitement par les solutions salines est institué au bout de dix à quinze jours et poursuivi pendant vingt à ving-cinq jours.

Traitement chirurgical. — 1° La gastro-entérostomie a la plus heureuse influence dans l'hyperchlorhydrie avec ulcère; elle supprime la contracture du pylore, d'où la stase alimentaire et l'irritation gastrique provoquée par la rétention du suc hyperacide.

La mortalité de l'opération tend, du reste, à s'abaisser de jour en jour avec les nouveaux procédés opératoires; mise en regard des dangers encourus par les malades atteints d'ulcères graves abandonnés à eux-mêmes, elle paraît moins périlleuse.

Les véritables indications de la gastro-entérostomie sont :

*a.* L'impuissance dûment constatée du traitement médical méthodiquement appliqué pendant un temps suffisant;

*b.* Les hémorragies incessantes.

2° Il faut encore recourir au chirurgien en présence des complications suivantes :

*Perforation* (on ne doit pas hésiter à intervenir aussitôt que possible); *abcès sous-phréniques; adhérences.*

3° Enfin, le traitement chirurgical s'impose dans les cas de sténose, quand celle-ci est assez prononcée pour déterminer des troubles fonctionnels graves persistants. De toutes les opérations proposées, c'est la gastro-entérostomie qui présente le plus d'avantages.

Conclusions. — Au médecin revient la part principale dans le traitement, puisque, suivant Leube, il peut guérir radicalement les malades dans 74,1 p. 100 des cas, et les améliorer dans 21,9 p. 100.

Alors même que des hémorragies abondantes et répétées se produisent, qu'une récidive survient après guérison apparente, le médecin devra persévérer sans perdre espoir; il ne se reconnaîtra désarmé qu'en présence des ulcères rebelles à tout traitement méthodique et prononcé, des ulcères chro-

niques avec vomissements et douleurs incoercibles ayant déterminé une cachexie mettant la vie en danger ou annihilant le rôle social du malade.

Dans ces cas, la gravité de l'intervention est inférieure à celle de l'abstention.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mai 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### LECTURE

**De l'abaissement de la taille et de l'hygiène.** — M. LIÉTARD fait une communication sur la résistance qu'opposent aux influences hygiéniques les types des races considérées au point de vue de la taille. Il montre, par des exemples résultant de l'étude faite par lui de la répartition des tailles dans les divers cantons des Vosges que la misère physiologique a pour résultat certain l'abaissement de la taille moyenne dans un groupe de population. Mais les influences par lesquelles elle agit, retentissent toujours sur l'ensemble, elles ne peuvent avoir pour conséquence de créer un type secondaire, par différenciation pathologique, dans une agglomération se rattachant à une seule race. Elles ne sont pas davantage capables d'amener, à elles seules, la fusion des types dans une population formée par deux races juxtaposées.

### RAPPORT

**De l'immunité de la race arabe à l'égard de la fièvre typhoïde. Recherche de la séro-réaction.** — M. KELSCH fait un rapport sur un travail de M. Vincent (du Val-de-Grâce), relatif à ce sujet. M. Vincent a trouvé que les soldats français étaient en moyenne cent fois plus éprouvés que les militaires indigènes par la fièvre typhoïde, résultat d'autant plus surprenant que celle-ci est, en général, grave chez les Arabes.

La préservation relative des Arabes serait due, d'après les recherches de M. Vincent, non à une atteinte antérieure, ni à une lente accoutumance par le séjour dans les villes, mais à une immunité naturelle, comparable à celle de la race nègre pour la fièvre jaune, où à celle des moutons algériens pour la bactéridie charbonneuse.

M. Vincent a recherché si le sang des Arabes présente la réaction agglutinante lorsqu'il est en présence du bacille typhique. Cet examen a été pratiqué sur vingt-trois indigènes; aucun d'eux n'a présenté d'une façon nette la séro-réaction, c'est-à-dire que le sang de ces sujets s'est comporté exactement comme celui des individus accessibles à l'infection typhoïdique.

C'est donc là une nouvelle preuve que le pouvoir agglutinant du sang n'est pas nécessairement lié à l'immunité naturelle ou acquise, que la séro-réaction est bien une réaction d'infection, peut-être de défense, mais non une réaction d'immunité.

**Évolution vicieuse de la dent de sagesse.** — M. PAUL RECLUS fait un rapport sur une note de M. Moty, médecin principal, relative à la pathogénie de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse. La théorie qu'il propose diffère absolument de la doctrine devenue classique à la suite des travaux de Paul Broca et de la thèse d'agrégation de son élève, Albert Heydenreich.

Voici la théorie classique : au moment où la dent de sagesse perce la gencive, en général de vingt à vingt-cinq ans, il n'est pas rare de voir éclater des accidents légers ou graves et qui vont d'une simple irritation de la muqueuse avec constriction de la mâchoire, d'une amygdalite sans importance, d'une angine à répétition, jusqu'à des inflammations intenses, stomatites ulcéro-membraneuses, périostites et ostéo-périostites suppurées compliquées de nécroses, d'accidents septiques, infection purulente et abcès du cerveau qui, pour être exceptionnels, n'en ont pas moins été observés. Ces accidents de toutes sortes auraient pour unique cause la difficulté qu'a la dent de sagesse d'effectuer son éruption sur une arcade occupée par les quatorze dents déjà percées. Cette théorie de « place insuffisante » ou du « tout petit espace » trouve un appui dans ce fait que l'évolution vicieuse est dix fois plus fréquente au maxillaire inférieur — où la dent de sagesse est bloquée entre la deuxième grosse molaire et la branche montante de l'os — et dans cet autre que les accidents sont surtout l'apanage des races supérieures chez lesquelles le front se développe au détriment du maxillaire inférieur qui diminue en rétrécissant l'espace qu'occupera la dent de sagesse, ce qui faisait dire à Darwin et à Paul Broca que l'humanité est en travail pour se débarrasser des dents de sagesse : elles viennent de plus en plus tard, elles disparaissent de plus en plus tôt et leur éruption, trop souvent vicieuse, devient un danger pour l'espèce.

La conception de M. Moty est tout autre : les accidents inflammatoires causés par l'éruption de la dent seraient dus à l'inclusion d'une masse épithéliale méconnue jusqu'alors, mais dont une série d'examen microscopiques a permis à M. Moty d'affirmer l'existence, sinon constante, du moins fréquente; elle paraît être le vestige d'un germe abortif et dérivé sans doute du germe de la dent de sagesse. Pour M. Moty, cette masse épithéliale s'enflammerait spontanément à l'époque de l'éruption, tout comme peuvent s'enflammer des kystes dermoïdes auxquels l'auteur compare les masses épithéliales incluses. Et cette inflammation serait une sorte d'effort de l'organisme « pour se débarrasser d'un élément gênant et inquiétant par la faculté qu'il possède de proliférer ».

On le voit, la note de M. Moty comprend deux points : un fait et une théorie ; le fait est l'existence constatée par lui de masses épithéliales incluses dans l'alvéole et dont il attribue l'origine à un germe abortif. Les observations relatées dans son mémoire, celles qu'il a accumulées depuis ont mis ce fait hors de doute et M. Reclus lui donne acte de cette intéressante quoique petite découverte. Puis, à ce fait, M. Moty ajoute une théorie, celle de l'inflammation spontanée de cette masse épithéliale, inflammation qui se traduisait par des accidents attribués jusqu'alors à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse. Cette interprétation lui semble hasardée et soulève des objections sérieuses.

Et d'abord cette inflammation spontanée des kystes dermoïdes que M. Moty invoque comme un accident fréquent et presque comme une phase dans l'évolution de ces tumeurs ne paraît-elle pas plutôt exceptionnelle ? M. Moty dit avoir vu trois cas; puis il cite à l'appui de son opinion quelques lignes de Paul Broca, de Gillette, de Lannelongue et Achard. M. Reclus ne méconnaît pas l'existence de ces faits et, pour sa part, a vu un kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne dont la suppuration faillit provoquer l'asphyxie du malade; mais pour exister, ces faits n'en sont pas moins fort rares et on peut citer des observations de kystes dermoïdes de la queue du sourcil, par exemple, qui ont évolué sans s'enflammer pendant dix, vingt, trente ans jusqu'à leur extirpation. Et il ne voit pas pourquoi l'inflammation, exceptionnelle dans le kyste dermoïde, serait si fréquente dans les inclusions épithéliales de la dent de sagesse.

Et puis, si l'ancienne doctrine du trop petit espace est fausse, s'il faut tout rapporter à l'inflammation spontanée de la masse épithéliale et rien à l'insuffisance de place, pourquoi les accidents sont-ils dix fois plus fréquents au maxillaire inférieur ? La masse épithéliale n'y diffère pas

de celle du maxillaire supérieur ; elle est la même aux deux maxillaires ; un seul point est changé, c'est qu'au maxillaire inférieur, il y a moins de place qu'au supérieur. Et puis encore, pourquoi les accidents deviennent-ils infiniment rares à ce même maxillaire inférieur lorsque la deuxième molaire a été enlevée ? La masse épithéliale incluse reste pourtant la même et avec les tendances que lui attribue M. Moty ; à la suppuration un seul point a changé : la disparition de la deuxième grosse molaire a fait de la place à la dent de sagesse qui, dès lors, évolue sans accident.

Aussi il ne peut accepter la théorie que propose M. Moty et pour lui les accidents qui marquent l'évolution vicieuse de la dent de sagesse sont dus au manque de place, au trop petit espace que mesure le maxillaire. Il reste fidèle à la vieille doctrine et de la note de M. Moty, il n'accepte que le premier point mis par lui en évidence : l'existence d'une masse épithéliale incluse dans l'alvéole et qui peut compliquer les phénomènes inflammatoires, mais non les provoquer.

**De l'orthoforme.** — M. POZZI présente une note de M. Blondel sur divers emplois de l'orthoforme en gynécologie, en particulier sur son application à l'anesthésie locale de l'utérus dans le traitement de l'endométrite et même pour la pratique du curetage.

L'orthoforme, c'est-à-dire l'*acide para-amido-métoxy-benzoïque*, est un dérivé de la cocaïne, jouissant du même pouvoir analgésique que celle-ci, mais avec une durée qui peut atteindre vingt-quatre heures, et une innocuité absolue. M. Blondel a employé pour la dilatation utérine des laminaires ayant séjourné huit jours dans l'éther saturé d'orthoforme et qui, dans presque tous les cas, n'ont provoqué qu'une douleur insignifiante. Une série de cinquante malades ont été guéries de leur endométrite dans une moyenne de trois semaines par l'emploi du drainage intra-utérin à la gaze antiseptique imbibée de glycérine, pansement que l'auteur emploie depuis six années avec succès et resté jusque-là assez douloureux encore mais qui, grâce à l'adjonction d'orthoforme en suspension dans la glycérine, n'a provoqué aucune douleur et a permis aux malades d'aller et venir en vaquant à leurs occupations. Le curetage a pu être pratiqué d'une façon presque complètement indolore après tamponnement préalable de l'utérus avec la gaze à l'orthoforme une heure avant l'opération.

**Des greffes autoplastiques obtenues par la transplantation de larges lambeaux dermiques ; de leur stabilité et des modifications qu'elles subissent.** — M. OLLIER fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

**Le meilleur lait.** — M. CANY considère comme le meilleur lait : celui d'une vache à rendement moyen, vivant au moins partiellement au grand air, et nourrie de foin de prairie naturelle. Il appuie cette proposition sur un certain nombre d'observations.

**De l'action diurétique du massage abdominal dans les affections du cœur.** — M. CAUTRU fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 507.)

**Sur l'hémostase en chirurgie.** — M. DOYEN (de Reims) lit une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 507.)

**Le glutol et l'emploi du paraformol pour la désinfection.** — M. DOYEN dans une deuxième communication, dit que, depuis trois mois, il expérimente pour le traitement des plaies septiques ouvertes une poudre grisâtre, inodore et insoluble, le glutol, qui est le résultat de l'action de l'aldéhyde formique sur la gélatine. Le produit est desséché et pulvérisé.

L'action de ce topique est remarquable et très supérieur à celle des autres poudres antiseptiques.

Des plaies de mauvais aspect se couvrent en quelques jours de bourgeons charnus exubérants.

Quant à l'emploi des pastilles de paraformol volatilisées par un appareil spécial, le formolateur, par la désinfection des locaux et de la literie, la facilité du dosage et la perfection de la désinfection lui font préférer cette méthode à toutes celles qu'il avait antérieurement expérimentées.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 mai 1898, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin principal* : M. le médecin de première classe Féraud.

*Au grade de médecin de première classe* : M. le médecin de deuxième classe Courtier.

— Le concours pour une place de médecin à l'hospice de Brévannes s'est terminé par la nomination de M. le docteur Touche.

— Le concours pour l'internat de Saint-Lazare s'est terminé par la nomination de MM. Bizard, Rellay, Monel, Perrier, Lefert et Vallet.

— M. le médecin de première classe de la marine Laugier, secrétaire du Conseil supérieur de santé de la marine, est nommé, en remplacement de M. Bourguignon, membre de la commission de l'Exposition internationale des armées de terre et de mer, en 1900.

— M. le docteur Gasser est nommé médecin-adjoint au lycée d'Oran.

— M. le docteur Dubrandy est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque municipale d'Hyères.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Berrut dont les obsèques ont eu lieu à Auriol (Bouches-du-Rhône). Notre confrère, ancien chef de clinique à Marseille, exerçait la médecine à Paris, depuis une quarantaine d'années ; il laisse le souvenir d'un excellent confrère tout dévoué aux questions professionnelles et d'une exquise bonté pour les classes laborieuses.



Le Directeur-gérant : Dr É. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 57. — MARDI 17 MAI 1898. 71e ANNÉE MARDI 17 MAI 1898. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.



## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 mai 1898, M. Henric, médecin de deuxième classe de la marine, a été nommé médecin de deuxième classe des colonies, pour prendre rang à compter du 1er septembre 1895, date de sa nomination dans le corps de santé de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 mai 1898, un concours s'ouvrira le 10 novembre 1898, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour deux emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

— *École de médecine de Marseille.* — Les concours de clinicat médical et chirurgical se sont terminés par les nominations suivantes : M. François est nommé chef de clinique médicale et M. Reynès est nommé chef de clinique chirurgicale.

— *Cours de bactériologie.* — Un cours et des travaux pratiques de bactériologie médicale commenceront le mardi 7 juin, à deux heures, à l'École de médecine, au laboratoire de bactériologie de M. le professeur Cornil, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon. — Se faire inscrire au laboratoire de l'École pratique, de deux à cinq heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Destival (de Miradoux).

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 23 AU 28 MAI 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 23 MAI 1898**, à une heure. — 3e examen (oral, 1re partie) : MM. Humbert, Ribémont-Dessaignes et Lejars.

4e examen (1re série) : MM. Potain, Hayem et Gilles de La Tourette ; — (2e série) : MM. Landouzy, Hanriot et André ; — M. Sebileau, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delens, Reclus et Tuffier ; — (2e série) : MM. Monod, Marchand et Ricard ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Widal ; — M. Kirmisson, suppléant.

**MARDI 24 MAI**, à une heure. — 3e examen (2e partie) : MM. Hutinel, Charrin et Achard.

4e examen (1re série) : MM. Proust, Thoinot et André ; — (2e série) : MM. Pouchet, Ballet et Gilbert.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* (3e série) : MM. Grancher, Chantemesse et Chassevant ; — M. Gley, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Campenon, Bouilly et Brun ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Raymond, Joffroy et Roger ; — M. Thiéry, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar.

**MERCREDI 25 MAI**, à une heure. — 3e examen (oral, 1re partie) : MM. Segond, Jalaguier et Bonnaire.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Fournier, Pouchet et Netter ; — M. Guébhard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Lejars et Walther ; — (2e série) : MM. Delens, Humbert et Delbet ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Déjerine et Widal ; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

**JEUDI 26 MAI**, à une heure. — 3e examen (2e partie) : MM. Joffroy, Letulle et Achard.

4e examen (1re série) : MM. Proust, Debove et Hanriot ; — (2e série) : MM. Raymond, Thoinot et Chassevant ; — (3e série) : MM. Cornil, Chantemesse et André ; — M. Guébhard, suppléant.

**VENDREDI 27 MAI**, à une heure. — 4e examen (1re série) : MM. Pouchet, Netter et Thoinot.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* (2e série) : MM. Déjerine, Hanriot et André ; — M. Broca, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Ricard ; — (2e série) : MM. Terrier, Delbet et Walther ; — (2e partie) : MM. Grancher, Gaucher et Widal ; — M. Sébileau, suppléant.

5e examen (1re partie obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire.

**SAMEDI 28 MAI**, à une heure. — 3e examen (2e partie) : MM. Dieulafoy, Letulle et Roger ; — M. Poirier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Polaillon, Bouilly et Quénu ; — (2e partie) : MM. Cornil, Ballet et Achard ; — M. Richelot, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar.

5e examen (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Debove, Ménétrier et Marfan ; — (2e série) : MM. Raymond, Chantemesse et Gilbert ; — M. Nélaton, suppléant.

Paris, le 16 mai 1898.

Après avoir dirigé pendant treize ans l'Administration générale de l'assistance publique à Paris, M. le docteur Peyron a été admis à se retirer dans une petite localité de Seine-et-Oise où il exerçait modestement la médecine, lorsque vint le chercher la faveur ministérielle. Pour son départ, M. Peyron n'a pas eu une bonne presse. C'est qu'il laisse derrière lui une situation singulièrement embarrassée : les caisses sont vides, les réserves complètement épuisées ; les dépenses ont, déjà, pour l'exercice en cours dépassé les recettes. C'est le gâchis, ce serait la banqueroute, si nos hôpitaux pouvaient faire banqueroute.

Le docteur Napias, qui vient d'être appelé à prendre cette triste succession, va se trouver aux prises avec de grosses et presque d'insurmontables difficultés. Quelles que soient sa bonne volonté, son intelligence et sa compétence administrative que l'on dit fort grandes, lui sera-t-il possible, à lui seul, de résister à la lente destruction de l'édifice qu'il est chargé de soutenir ? Que peut un directeur isolé contre l'inertie routinière des bureaux, dont il est le prisonnier ?

Le mot d'ordre de la nouvelle direction ne peut être qu'économie, ordre dans les finances, disparition du gâchis et des dilapidations. Ce n'est pas par de petites mesures ridicules et vexatoires que la balance pourra s'établir dans la caisse. Ce n'est pas en supprimant la minime indemnité accordée aux externes, comme on a tenté de le faire dans la direction passée, qu'on arrivera à boucler le budget de l'Assistance et à joindre les deux bouts, mais bien par une gestion mieux comprise et un remaniement complet du fonctionnement général de la machine administrative.

Aucune administration, même française, n'est aussi compliquée que l'Administration parisienne de l'assistance publique. Ne nous expliquait-on pas dernièrement qu'une pièce régulièrement apportée à l'Administration centrale devait faire de bureau en bureau, de visa en visa, huit jours de voyage devant les différents employés de l'Administration, avant d'arriver à la signature du directeur général ? Et dans l'espèce, il s'agissait d'une chose des plus simples, qu'on eût pu facilement et définitivement trancher, enquête comprise, en un quart d'heure.

La gestion est donc défectueuse dans son ensemble. Pour s'en convaincre le nouveau directeur n'a qu'à jeter un coup d'œil sur la note des dépenses, et voir dans quelles proportions entrent les frais d'administration vis-à-vis des dépenses nécessitées pour le seul entretien des malades. L'éloquence de ces chiffres lui montrera qu'il y a un vice radical à la base même de son Administration.

Lorsque Péan, fut mis à la retraite des hôpitaux, à l'âge imposé par la loi, il se sentit encore trop actif pour déposer le bistouri, et il se fit construire un hôpital, de ses propres deniers, un hôpital où tout le confort moderne existait, où les dernières exigences de l'asepsie avaient été imposées aux architectes. Or, comparez le prix de revient de cet hôpital au dernier hôpital de l'Assistance publique, autour duquel on a fait cependant tant de bruit et tant de réclame, et voyez la différence entre le prix de revient d'un lit dans l'un ou l'autre de ces établissements? Mais, ce n'est pas tout et, puisque nous sommes sur ce terrain de comparaison entre les hôpitaux de l'Administration et les maisons particulières, informons-nous du prix de la journée de malade, dans ces fondations et dans nos hôpitaux, nous y trouverons une différence de prix de 30 p. 100 en faveur des premières !

Et cependant, la puissante administration de l'Assistance publique a sa boulangerie, sa boucherie, sa buanderie, sa lingerie, ses acheteurs, ses fournisseurs, ses cahiers des charges, et combien de facilités pour dépenser à bon compte ! Si seulement les malades des hôpitaux étaient bien nourris, couchés dans des draps propres, avec du linge blanc ! Nous ne savons tous que trop qu'il n'en est rien.

M. le docteur Napias a eu, contrairement à son prédécesseur, une bonne presse. C'est un médecin distingué, connaissant les besoins des malades. C'est un hygiéniste particulièrement compétent ; depuis de longues années, il s'occupe des questions d'assistance. Le ministre ne pouvait donc mieux choisir. Le nouveau directeur a déjà fait ses preuves comme médecin et comme administrateur ; mais la tâche qui lui incombe est si lourde qu'il aura besoin pour la mener à bien de toute son énergie et de toute son activité.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Lemoine (du Val-de-Grâce) apporte une étude intéressante sur la **possibilité de la contagion de la rougeole à la période de convalescence** ; c'est là un enseignement précieux, puisqu'il est couramment admis que le contage morbilleux est peu persistant, et que le rougeolleux convalescent est considéré presque unanimement comme incapable de propager la maladie. Cependant M. Vallin, en 1892, puis il y a peu de temps encore, M. Kelsch, insistaient sur la nécessité de la désinfection après la rougeole comme après toute autre maladie contagieuse. Le fait que rapporte M. Lemoine, et sur lequel il s'appuie pour défendre la même opinion, est singulièrement démonstratif. Il s'agit de quatre malades parvenus aux quarante-et-unième, quarante-quatrième, trente-troisième, dix-huitième jour de la maladie et ne présentant ni catarrhe, ni éruption, réunis avec les convalescents de scarlatine dans une même salle. Deux de ceux-ci prirent la rougeole de douze à quatorze jours après le départ en congé des convalescents de cette rougeole, alors qu'il n'existait plus aucun cas de cette maladie dans tout l'hôpital. Ces derniers furent le point de départ d'une série de quatre cas intérieurs. Quant aux scarlatineux, ils avaient déjà fait un séjour de trente-cinq jours au moins à l'hôpital, dans une salle isolée, avant d'être réunis aux convalescents de rougeole. Tous avaient été baignés auparavant et il ne se produisit aucun cas intérieur de scarlatine.

M. Netter attire l'attention sur la fréqnence insolite, à l'heure actuelle, des cas de **méningite cérébro-spinale suppurée**, fréquence qu'indique actuellement à Paris l'existence d'une véritable petite épidémie, qu'il est urgent de dénoncer. On ne songe que rarement à la méningite cérébro-spinale suppurée, et l'esprit est toujours attiré vers la méningite tuberculeuse, dont on connaît les modalités cliniques diverses, dont on sait que la mort est la terminaison implacable. La méningite cérébro-spinale suppurée permet un pronostic moins sombre. Elle peut se terminer par la guérison, qui survient dans près de la moitié des cas. Il y a donc un grand intérêt à savoir qu'à l'heure actuelle, plus encore qu'à toute autre, une confusion est possible, qu'une

méningite peut ne pas être tuberculeuse. En cas de doute, il est tout indiqué de recourir à la ponction lombaire, puisqu'elle permet d'étudier les qualités du liquide accumulé dans le canal rachidien. Mais il faut savoir que le liquide retiré par la ponction, dans la méningite suppurée, n'est pas toujours du pus véritable ou de la sérosité purulente ; et que, dans la méningite tuberculeuse, le liquide est habituellement transparent ou à peine louche. M. Netter, qui se réserve de revenir sur la partie bactériologique de sa communication, a rencontré dans l'exsudat un microbe qui se présente ordinairement sous forme de petits microcoques arrondis, groupés en diplo ou en petites chaînettes de trois, quatre ou cinq grains, quelquefois entourés d'une capsule. Il retient le Gram. Dans le bouillon, qui prend en moins de vingt-quatre heures une réaction acide très nette, il forme des chaînettes souvent très longues. Sur la gélose, et surtout la gélose glycérinée, ses colonies sont demi-transparentes et les éléments ont la forme de chaînettes. Dans le sérum, et surtout le sérum de lapin, ils sont entourés d'une capsule. Il ne pousse pas sur la gélatine à 20 degrés. Ce microbe est certainement identique à celui que, en 1889, au cours d'une épidémie à Padoue, Bonome décrivait sous le nom de « streptococcus meningitides » et qu'il a bien différencié du streptocoque pyogène ; et d'après M. Netter, il s'agirait d'une variété de pneumocoque.

M. Vincent rapporte une observation d'infection généralisée par le bacille pyocyanique au cours d'une fièvre typhoïde mortelle.

M. Jacquet présente un malade atteint de paralysie faciale gauche douloureuse avec zoster de l'oreille et troubles vaso-moteurs du même côté.

---

## DE LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE (1)

Rapport lu à l'Académie de médecine par M. le professeur Grancher.

### V

La tuberculose a l'hopital. — En demandant l'isolement des tuberculeux dans des pavillons spéciaux, la commission hospitalière, nommée par M. Peyron, a visé non seulement l'amélioration du sort des malades non tuberculeux mais aussi l'amélioration du sort des tuberculeux eux-mêmes. La réforme qui se fait actuellement dans les hôpitaux est donc un grand progrès et le public, d'abord un peu ému, le reconnaîtra également. Citons ici quelques lignes du rapport de MM. Grancher et Thoinot au directeur de l'Assistance publique :

« Que faut-il donc donner aux tuberculeux pour les guérir quand la guérison est encore possible? Il faut leur donner des forces nouvelles et relever leur organisme. Et comment? Par une aération continue et réglée de jour et de nuit, par une alimentation vigoureuse, par le repos prolongé et le sommeil ; or, rien de cela n'est possible dans la salle commune.

Et encore, cette proposition de M. Roux, votée à l'unanimité, et résumant le sens de nos délibérations :

*La meilleure manière de combattre et de traiter la tuberculose, c'est d'isoler les tuberculeux, parce qu'ainsi on évitera la contagion et parce que, dans les hôpitaux spéciaux, les tuberculeux seront dans de meilleures conditions thérapeutiques.* »

La question du principe de l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux est donc en bonne voie d'exécution.

En même temps, cette commission demandait l'antisepsie médicale de toutes les salles des hôpitaux, étuvage de la literie, lavage des salles à la serpillère à la place du balayage et du cirage à sec, recueil et désinfection de tous les crachats, désinfection de tous les objets ayant servi au malade, réforme du mobilier des salles, du vêtement à donner au malade, etc., toutes mesures d'hygiène administrative propres à rendre le séjour à l'hôpital plutôt utile et plus agréable avec une entière salubrité.

A côté de ces améliorations il faut encore citer les améliorations du personnel des infirmiers.

L'antisepsie médicale devant être appliquée d'une façon générale dans les hôpitaux, la commission a demandé la création d'infirmiers sanitaires qui devront être choisis « parmi les agents les plus instruits et les plus sûrs, chargés de maintenir partout la bonne règle, de veiller à l'exécution des mesures prescrites et ayant sur le personnel des infirmiers et des malades une autorité suffisante pour se faire respecter. Ainsi, mais ainsi seulement, on obtiendra que les pratiques de l'hygiène ne tombent pas peu à peu dans l'oubli, car leur maintien est subordonné au concours et à la bonne volonté de tous — médecins, directeurs, infirmiers — et non pas au concours passif, mais au concours actif, fruit de la conviction scientifique et de l'éducation professionnelle. »

M. Grancher explique ici les raisons pour lesquelles la commission a renoncé à l'hôpital-hospice de Brévannes et a préféré s'en tenir au sanatorium d'Angicourt. « Si l'essai est heureux, comme il ne fait pas de doute, de nouveaux sanatoria s'élèveront après celui-ci, complétés par les colonies agricoles où les malades à demi guéris utiliseraient leurs forces à des travaux modérés et en plein air. Ils recueilleraient ainsi le bénéfice définitif d'une guérison pleine et assurée, comme le font les enfants moralement abandonnés que l'Assistance envoie et disperse partout dans les fermes.

Ces enfants, dont un si grand nombre, de souche tuberculeuse, portent le bacille de Koch en quittant Paris, deviennent cependant presque tous des paysans robustes; et l'Assistance publique, en les rendant à la vie paisible et saine de la campagne, les guérit et en fait des citoyens utiles. Double bienfait. »

Rappelant les travaux de cette commission hospitalière, les résultats obtenus, les 12,700,000 francs votés et obtenus pour accomplir les réformes proposées, M. Grancher termine ainsi son appréciation : « Portée par le sentiment presque unanime de l'Académie de médecine qui a été le *primum movens* de cette marche en avant, elle s'est efforcée, en s'appuyant sur des faits scientifiques certains, de ne demander que des réformes pratiques et immédiatement réalisables.

C'est le même esprit qui anime notre commission actuelle ; les yeux fixés sur la science, elle ne demande, cependant, pour chacun des milieux sociaux où sévit la tuberculose, que les mesures d'hygiène préventive compatibles avec l'état actuel de nos mœurs, avec les budgets des villes et de l'État, avec le respect de la liberté individuelle. Elle fait appel à la bonne volonté de tous et non pas au bras séculier ; et ainsi, elle espère réaliser un progrès que d'autres suivront, à mesure que l'opinion publique, mieux éclairée, les permettra ou les imposera. »

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 519.

VI

Tuberculose animale. — Un premier point était à fixer : l'identité ou la non-identité des deux tuberculoses animale et humaine. De toutes les expériences accumulées depuis trente ans dans le monde entier, l'identité ressort avec la plus complète évidence. Par les inoculations sous-cutanées, par l'ingestion, par les exemples de contagion de l'homme à l'animal et de celui-ci à l'homme, il a été prouvé cent fois que les deux tuberculoses n'en font qu'une et que le bacille de Koch est l'agent virulent unique dans toutes les races : humaine, bovine, équine, canine, porcine, caprine, etc.

Des expériences répétées par Villemin, Klebs, Gerlach, Viseur, Bollinger, Orth, Wessener, etc., donnèrent entre toutes les mains les mêmes résultats, et la masse des faits positifs accumulés nous autorise à repousser les conclusions de Colin, et à affirmer la contagiosité et l'identité des deux tuberculoses.

Un second fait très intéressant ressort de presque toutes les expériences. C'est la sensibilité extrême des jeunes animaux, qui se tuberculisent bien plus facilement et plus vite que les adultes, quand on mélange à leurs aliments quelques grammes de matière tuberculeuse humaine et animale.

Un troisième fait a été révélé par le hasard : c'est la facilité de la contagion entre bovidés.

La contagiosité de la tuberculose est donc grande par ingestion et aussi par inhalation. Une dernière preuve enfin, si elle était nécessaire, de l'identité et de la contagiosité des tuberculoses humaine et animale, serait fournie par les observations cliniques où l'on voit des hommes devenir tuberculeux après la consommation du lait d'une vache malade ; ou, inversement, les bêtes d'une étable se contaminer par un vacher phtisique. Rang, Demme, Gosse, Nocard, etc., ont cité des faits de ce genre où la précision des détails fournis par l'enquête équivaut presque à la certitude d'une expérience de laboratoire.

Si la contagion par la matière tuberculeuse mélangée aux aliments n'est pas douteux, existe-t-elle au même degré ou à un degré quelconque pour la chair musculaire? En d'autres termes, la chair d'une bête tuberculeuse, bœuf ou vache, peut elle ou non contaminer l'espèce humaine, et en conséquence, doit-elle être livrée à la consommation ou détruite? La réponse positive ou négative entraîne des conséquences économiques fort graves. Si toute viande suspecte, c'est-à-dire appartenant à un animal tuberculeux quel que soit le degré de la maladie, doit être saisie et détruite, telle est la fréquence de la tuberculose dans nos étables que la perte annuelle pour nos agriculteurs se chiffrerait par une dizaine de millions de francs (Strauss); en outre, l'élévation du prix de la viande qui serait la conséquence immédiate de cette saisie, ajoutée à la perte de la viande détruite, priverait la classe pauvre d'un aliment de première nécessité qui lui fait déjà défaut.

De toutes les nombreuses expériences qui ont eu lieu sur ce sujet, on doit conclure que la chair d'animal très tuberculeux contient quelquefois, mais exceptionnellement, le bacille de Koch. Si, au contraire, la tuberculose est peu avancée, la chair est inoffensive. Galtier a aussi expérimenté sur beaucoup de jeunes animaux de diverses espèces par voie d'ingestion, et jamais il n'a vu de tuberculose animale produite par la viande d'animaux même très tuberculeux. Le danger, s'il existe, serait donc négligeable, surtout si l'on a soin de cuire jusqu'au gris-rosé, comme le demande M. Vallin, la viande suspecte, et d'écarter toute partie telle que ganglion, etc., qui ne serait pas la chair musculaire.

De tout cela on peut en conclure au moins que le danger de tuberculisation par l'ingestion des viandes de source tuberculeuse a été fort exagéré.

En est-il de même de la consommation du lait? Pour le lait comme pour la viande, il importe de distinguer entre les expériences faites par voie d'inoculation intrapéritonéale et celles faites par voie d'ingestion. Siedamgretsky et Schreiber n'ont obtenu que des résultats négatifs. Gerlach eut de nombreux résultats positifs, puis Klebs, Puech et Bolinger. Ce dernier annonça même au Congrès des naturalistes allemands de 1879, que le lait d'animaux tuberculeux dont la mamelle est saine, peut néanmoins, injecté dans le péritoine, produire la tuberculose chez les porcs. Il est probable, comme le pensent MM. Nocard et Galetier, que, malgré les apparences, la mamelle qui donne du lait virulent est toujours atteinte de tubercules miliaires ou microscopiques. Mais en pratique, en diagnostic clinique, la mamelle est ou paraît saine. Tout le monde est d'accord du reste, et c'est le point important, de *tenir pour suspect* et de traiter comme tel le lait de toute vache tuberculeuse, quelque légère, quelque limitée que soit sa tuberculose, et même si la tuberculine seule peut la révéler.

En ce qui concerne la contagion humaine, autant il a été difficile de trouver un fait précis d'infection par ingestion de viande de provenance tuberculeuse, autant les faits abondent où l'on voit la consommation d'un lait virulent causer une phtisie intestinale. Les expériences faites par MM. H. Martin, M. Bang, Demme, Gosse (de Genève), tendraient à prouver la virulence du lait des vaches tuberculeuses.

En est-il de même du beurre et des fromages? Galetier, Heim et Gaspérini ont beaucoup insisté sur le danger de ces substances, même après un, deux et quatre mois de conservation. M. Grancher estime, comme M. Strauss, que les conséquences pratiques qu'on a voulu tirer de leurs expériences sont exagérées. En résumé, la Commission pense, avec M. Nocard, que le danger de la viande de provenance tuberculeuse est très restreint, et que celui du beurre et des fromages est à peu près nul.

S'inspirant de ces notions aujourd'hui définitivement acquises, le nouveau projet de loi concernant les bovidés tuberculeux, actuellement soumis au Parlement, adoucit beaucoup les mesures édictées par l'arrêté du 28 juillet 1888. Celui-ci ordonnait la saisie totale des chairs musculaires d'un animal : 1° atteint de tuberculose généralisée; 2° atteint d'une tuberculose localisée, mais étendue à la plus grande partie d'un viscère, poumon, etc.

Le nouveau projet prévoit la saisie totale ou partielle. La première n'est appliquée qu'aux animaux tuberculeux et étiques, ou tuberculeux avec généralisation des lésions aux parenchymes, aux ganglions, aux muscles.

La saisie partielle n'atteint que les portions de viande en contact direct avec les parties malades de la plèvre ou du péritoine.

C'est dans ce sens que M. Méline a pris un arrêté le 28 septembre 1896.

En outre, le projet de loi formulé en 1895 par M. Gadaud ordonnait que toutes les bêtes d'une étable d'où sortait un animal reconnu tuberculeux et en conséquence séquestré et abattu, seraient soumises à la tuberculine et qu'un délai

d'un an serait accordé au propriétaire pour livrer à la boucherie celles qui auraient réagi. Or, une instruction de M. Méline, du 4 août 1897, rend l'épreuve par la tuberculine facultative et non obligatoire. « Vous voudrez bien, dit cette instruction, rappeler aux agents du service vétérinaire que l'épreuve de la tuberculine ne peut être appliquée, même dans une étable où la tuberculose a été constatée, qu'avec le consentement du propriétaire. »

Ainsi, quelque intérêt qu'il y ait à purifier une étable par la sélection, le législateur recule devant l'obligation imposée par la loi. Il compte, et avec raison, croyons-nous, sur l'intérêt bien compris des cultivateurs. Ceux-ci, il est vrai, auront droit, à titre d'indemnité, au quart ou à la moitié de la valeur de la viande saisie, selon les cas, mais de toutes façons éprouveront une perte sensible, s'ils laissent la tuberculose faire des progrès, devenir reconnaissable par les procédés cliniques et donner lieu à saisie. Au contraire, en reconnaissant la tuberculose de bonne heure et en vendant les animaux alors que la viande ne peut être rejetée de la consommation, ils font une bonne affaire et en même temps suppriment la contagion.

Pour le lait, l'article 13 de l'arrêté de 1888 dit que : « La vente et l'usage du lait provenant de vaches tuberculeuses sont interdits. Toutefois, le lait pourra être utilisé sur place pour l'alimentation des animaux, après avoir été bouilli. »

D'autres articles de la loi en projet confirmeront les arrêtés en vigueur sur la frontière ordonnant de soumettre à la tuberculine les bovidés destinés à l'importation.

Votre commission ne peut qu'approuver ces mesures, qui sont la sauvegarde de la santé publique, tendant à réduire le progrès de la tuberculose animale, et permettant au cultivateur avisé d'assainir son étable sans subir aucune perte, par l'emploi judicieux de la tuberculine.

---

## DES GREFFES AUTOPLASTIQUES

### OBTENUES PAR LA TRANSPLANTATION DE LARGES LAMBEAUX DERMIQUES. DE LEUR STABILITÉ ET DES MODIFICATIONS QU'ELLES SUBISSENT (1)

Par M. le professeur Ollier.

J'ai désigné, sous le nom de greffes autoplastiques, les greffes cutanées obtenues au moyen de larges lambeaux de peau découpés sur les parties saines, avec le bistouri ou le rasoir, et comprenant la plus grande partie ou la totalité de l'épaisseur du derme.

Je les ai substituées, dès 1871, aux petites greffes épidermiques alors en usage et, dans une communication que j'ai faite à l'Académie, en 1872 (2), j'ai expliqué en quoi elles différaient des opérations analogues pratiquées avant moi.

Les greffes épidermiques de M. Reverdin, qui consistaient en un semis de lambeaux minuscules de 2, 3 ou 4 millimètres carrés, avaient pour but de hâter la cicatrisation des plaies en multipliant les centres d'épidermisation. De chaque îlot d'épiderme transplanté partaient des expansions épidermiques qui rejoignaient bientôt les expansions des îlots voisins. La cicatrisation des plaies était incontestablement avancée par cette pratique, mais le résultat final était le même que dans la cicatrisation naturelle.

Avec les grandes greffes autoplastiques, j'ai poursuivi un but tout différent. J'ai voulu non seulement obtenir rapidement la guérison de la plaie en recouvrant toute sa surface en une ou deux séances, mais remplacer le tissu cicatriciel rétractile, produit inévitable de toute réparation des plaies par granulation, par une peau véritable, souple, non rétractile, ayant dès l'abord et conservant indéfiniment les caractères de la peau normale. J'ai voulu faire, en un mot, une véritable autoplastie et obtenir, au point de l'avenir de la plaie, un résultat analogue à celui qu'on obtient dans les autoplasties par glissement ou par la méthode italienne.

Des faits journellement observés ont, depuis longtemps, mis hors de doute la réussite de la greffe et la vitalité des grands lambeaux dermo-épidermiques et démontré les avantages de notre méthode au point de vue de la cicatrisation rapide des vastes plaies qui n'ont pas en elles-mêmes des conditions favorables pour leur réparation. Mais ce qu'on ne connaît pas suffisamment, ce sont les résultats éloignés de ces greffes autoplastiques, soit au point de vue physiologique, c'est-à-dire au point de vue des modifications tardives qu'elles peuvent subir dans leur structure, soit au point de vue chirurgical, c'est-à-dire au point de vue de leur valeur définitive comme organe de protection et de délimitation. J'ai cependant déjà fait connaître des résultats datant de plus de quinze ans, qui m'avaient démontré la persistance et la stabilité de la greffe ; mais les faits que j'ai publiés se rapportaient à des plaies peu étendues. Celui que j'apporte aujourd'hui me paraît de nature à compléter cette démonstration. Il fournit, du reste, des données nouvelles sur les modifications de forme et de volume des lambeaux, et nous montre que ces lambeaux peuvent subir, dans certaines conditions, un accroissement notable.

Il s'agit d'une plaie de forme ellipsoïdale, de 2 décimètres carrés environ, que j'ai recouverte au moyen de huit lambeaux cutanés, taillés sur la peau des membres sains du même sujet. Ces lambeaux furent appliqués sur la plaie en deux séances, à un mois de distance, pour pouvoir apprécier comparativement la valeur de la greffe, selon qu'on la pratiquait sur une surface fraîchement cruentée ou bien sur une plaie bourgeonnante déjà recouverte d'une couche régulière de granulations. Le sujet auquel se rapportent les dessins que je mets sous les yeux de l'Académie est âgé de cinquante-cinq ans aujourd'hui. Je l'ai opéré en 1893. A l'âge de huit ans, il était tombé sur une marmite d'eau bouillante. Le genou gauche s'enfonça dans le liquide, qui se répandit sur la cuisse et la jambe. Il en résulta une vaste brûlure qui fut très longue à se cicatriser et ne se cicatrisa même jamais complètement à la face externe du genou. C'est sur cette partie, qui ne pouvait s'épidermiser, que se développa un cancroïde qui paraissait s'étendre profondément et pour lequel on avait proposé au malade l'amputation de la cuisse.

Avant d'en venir à cette extrémité, je voulus essayer l'ablation de la partie dégénérée et la réparation de la perte de substance par les greffes autoplastiques.

Le cancroïde ayant été enlevé largement et poursuivi au delà de l'aponévrose dans un interstice musculaire, je détachai avec un long bistouri, sur les cuisses du malade, six lambeaux de peau de 15 à 20 centimètres carrés, que j'étalai sur la plaie (en les rapprochant les uns des autres) de manière à en recouvrir les trois cinquièmes environ. Les lambeaux taillés en dédolant, la peau tendue avec les doigts, sont plus épais au centre qu'à la circonférence, à cause de la forme cylindrique du membre. Ils se rétractent immédiate-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) *C. R. de l'Acad. des sc.*, avril 1872.

ment et diminuent de moitié environ par le fait de cette rétraction.

Cette première opération fut faite le 27 novembre 1893. Tous les lambeaux se greffèrent parfaitement; aucune partie ne se mortifia sur les bords. Un mois après, quand la partie de la plaie laissée à nu fut recouverte d'une couche granuleuse, je détachai sur la face dorsale de l'avant-bras deux lambeaux longs de 25 à 28 centimètres carrés et je les étalai sur cette surface granuleuse. Ils prirent comme les premiers et, vingt jours après, la cicatrisation était à peu près complète; les intervalles des lambeaux étaient comblés par des expansions épidermiques provenant des bords de ces lambeaux.

Peu à peu cette nouvelle peau est devenue plus égale, plus uniforme. Les intervalles des transplants sont devenus de moins en moins apparents. On peut cependant les reconnaître toujours, comme le montrent les dessins pris à divers intervalles, et aujourd'hui, quatre ans et demi après la transplantation, il faut une grande attention pour déterminer les limites primitives des lambeaux, ce qui rend en certains points la mensuration difficile.

La coloration de la peau transplantée est devenue normale; elle présente encore cependant des nuances en rapport avec les régions sur lesquelles les transplants ont été pris. Ceux qui ont été taillés sur la face antérieure des cuisses sont plus blancs et plus glabres que ceux qui ont été empruntés à la face dorsale de l'avant-bras. Ces derniers sont plus pigmentés et plus poilus. Les poils ont continué de vivre, ainsi que les glandes qui les accompagnent et dont les sécrétions conservent à la peau une douceur et une souplesse que n'ont pas les cicatrices. N'ayant pu examiner la structure histologique de ces lambeaux, je puis seulement les apprécier au point de vue de leurs caractères macroscopiques et de leurs fonctions.

Ils donnent au toucher la sensation d'une peau souple, douce au toucher, épaisse, glissant sur les tissus profonds, plus souple que la peau ancienne qui les entoure et qui avait été altérée par la brûlure subie quarante-deux ans auparavant. Au point de vue de la sensibilité, le sujet prétend sentir comme du côté opposé, mais il est difficile d'isoler la sensibilité propre de la peau de celle des tissus sous-jacents.

Pendant longtemps nous avons fait protéger la partie opérée pour éviter les chocs et les frottements violents qui auraient pu ulcérer les lambeaux, mais aujourd'hui notre opéré ne prend plus de précautions spéciales. Il est vigneron et travaille la terre comme auparavant, mieux même, car ses mouvements sont plus libres, grâce à la suppression d'un tissu cicatriciel inextensible et à son remplacement par un tissu souple non rétractile qui ne limite pas, comme la cicatrice primitive, les contractions des muscles et, par suite, l'extension de l'articulation.

La souplesse du nouveau revêtement cutané est la même partout, au niveau des dernières greffes comme sous les premières, c'est-à-dire au niveau de celles qui ont été implantées sur une membrane granuleuse et de celles qui ont été appliquées immédiatement sur la plaie fraîchement cruentée. Une fois recouverte par les lambeaux dermo-épidermiques, la couche granuleuse se résorbe ou s'assouplit. Il est donc inutile de l'enlever par le râclage, comme le pratiquait Thiersch (de Leipzig), à moins qu'elle ne soit trop épaisse ou mal organisée, c'est-à-dire qu'elle soit diffluente ou hémorragique, et encore, dans ces derniers cas, vaut-il mieux la modifier par des pansements astringents que de l'enlever par le raclage, qui expose à des hémorragies consécutives. En comparant les dessins qui représentent le résultat de l'opération à trois ans et demi de distance, on voit que les dimensions de la partie recouverte par les greffes ne sont pas les mêmes. L'espace comblé par la peau de formation nouvelle est sensiblement plus grand. Au lieu de se resserrer comme les pertes de substance réparées par les processus de la cicatrisation secondaire, l'espace qui représente l'ancienne plaie s'est agrandi, et plusieurs lambeaux sont manifestement plus grands qu'au moment de leur implantation. La peau nouvelle s'est surtout étendue dans le sens longitudinal du membre. Le diamètre longitudinal, qui était de 196 à 200 millimètres, est de 235 millimètres aujourd'hui; le diamètre transversal maximum n'a gagné que 5 ou 6 millimètres.

C'est là un fait nouveau dans la physiologie des lambeaux transplantés en chirurgie humaine, et il n'est pas sans intérêt d'en rechercher l'explication. Les lambeaux de peau transplantés à distance ou seulement déplacés dans des régions voisines sont soumis à une atrophie progressive et perdent toujours plus ou moins de leurs dimensions premières.

C'est ce que l'on observe d'une manière saisissante après la rhinoplastie, les nez refaits avec des lambeaux empruntés aux parties voisines s'atrophient toujours dans une mesure très sensible et, souvent, dans des proportions telles que, au bout de quelques années, un organe primitivement exubérant devient à peine suffisant pour boucher l'ouverture des fosses nasales.

Si nous constatons un agrandissement de nos lambeaux, ce n'est pas à une hypertrophie propre, à une hyperplasie de leurs éléments anatomiques que nous devons l'attribuer. La transplantation n'augmente pas, surtout chez l'adulte, la vitalité des tissus transplantés; elle ne donne pas une nouvelle énergie à leurs propriétés végétatives. Il y a cependant, dans l'histoire de la greffe animale, des faits qui prouvent que la transplantation de certains tissus peut leur donner une énergie nouvelle; mais nous ne l'avons jamais observé sur l'homme, à titre définitif du moins. Et si, dans le cas présent, nous trouvons des lambeaux plus grands qu'au moment de leur transplantation, c'est à une autre cause que nous l'attribuons. Nous voyons là l'effet d'une cause physique. C'est l'extension de ces lambeaux par les tiraillements exercés sur eux dans les mouvements de la région, qui nous paraît expliquer l'agrandissement de leur surface.

Qu'il y ait, sous l'influence de ces mouvements et de l'activité plus grande de la circulation, un peu d'hyperplasie interstitielle, c'est possible, mais je n'ai vu jamais un agrandissement appréciable des lambeaux cutanés en dehors de la cause que je signale.

---

## DE L'UTILITÉ DE LA MÉDICATION PHARMACEUTIQUE
### DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE

Par le docteur E. Marandon de Montyel, médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

On ne traite pas les vésanies par les moyens pharmaceutiques; cela est vrai un peu partout et plus particulièrement en France. Tandis que dans les moindres maladies autres que celle-ci, les praticiens de tous les pays et de tous les

temps furent à l'affût des remèdes susceptibles de les atténuer, à défaut même de les guérir, il est de tradition d'abandonner les vésanies à elles-mêmes, de les confier à la seule nature médicatrice : qu'il en ait été ainsi autrefois, quand on voyait dans la folie une inspiration divine, une possession démoniaque ou un état hors nature, cela se comprenait, mais depuis que Pinel a élevé l'aliéné à la dignité de malade, comme on l'a très justement dit, que cette abstention de toute médication active se soit maintenue, on le comprend moins. Pourquoi a-t-on tant entrepris en faveur de l'hospitalisation de l'aliéné, de son bien-être et si peu en faveur du traitement direct du mal dont il souffrait? Pour deux raisons.

La première, c'est qu'on a eu le grand tort de doubler le médecin d'un administrateur : ceci a tué cela. Si on chargeait le directeur d'un hôpital quelconque de soigner en même temps les malades de l'établissement, parions-le, ceux-ci seraient vite négligés pour d'autres soins plus administratifs; l'idéal deviendrait de réduire au minimum les frais de traitement. Il y a, en effet, incompatibilité économique entre les deux fonctions; pour l'administrateur, la question budgétaire prime tout; économiser tout en améliorant son installation est sa devise; pour le médecin, l'argent n'entre même pas en ligne de compte, l'intérêt du malade à ses yeux est tout, le guérir est son unique but, quel que soit le prix de cette guérison. Confier à un même homme les deux fonctions est donc le mettre dans l'obligation de sacrifier l'une à l'autre, or l'expérience a malheureusement appris, avec une clarté et une précision sans réplique, que, dans ce cas, toujours le directeur l'emporte sur le médecin, car on tient plus compte à celui-là des bonis et des améliorations matérielles réalisés qu'à celui-ci des guérisons obtenues, et la nature humaine est ainsi qu'elle va d'ordinaire là où est son intérêt. En vain, on essayerait d'arguer de la différence d'un asile à un hôpital et que les aliénés sont des malades d'une espèce particulière. N'en déplaise à nos contradicteurs, ils sont des malades comme les autres, bien qu'ils ne soient ni blessés, ni fiévreux, et c'est précisément pour n'avoir pas à les soigner qu'on les met dans une catégorie à part. C'est moins cher.

Sur quoi, en effet, se base-t-on pour déclarer la folie rebelle aux agents pharmaceutiques qui amènent des cures incontestées dans les autres maladies? Sur son origine dégénérative, et telle est la seconde raison de l'abstention thérapeutique dont nous nous plaignons et dont, à notre avis, souffrent grandement les aliénés. Nous sommes, pour notre part, convaincus que, s'ils étaient médicamentés, dès l'origine surtout de leur affection, comme il est d'usage pour une fièvre infectieuse ou une pneumonie, nos asiles ne regorgeraient pas de tant d'incurables. Mais, clame-t-on, n'est pas aliéné qui veut; pour faire un fou, il faut, à quelques exceptions près, au moins deux générations; il serait dès lors puéril, poursuit-on, d'attribuer à des drogues la vertu de remettre au point un cerveau ainsi taré dès sa formation et dont la maladie mentale n'est pour ainsi dire qu'une phase naturelle de son évolution; la seule espérance permise dans ces conditions est, en plaçant l'individu dans des conditions spéciales d'hygiène morale et physique, d'agir à la longue sur lui par ces modificateurs généraux et d'arriver ainsi, petit à petit, à atténuer ou peut-être même à enrayer son mal; de là l'emploi exclusif du changement de milieu, de l'isolement dans un asile où toutes les règles hygiéniques sont appliquées, de l'hydrothérapie et du travail corporel.

Loin de moi la pensée de médire de ces choses dont je reconnais l'excellence : le changement de milieu, le placement dans un bon asile bien tenu, l'hydrothérapie et le travail corporel sont des moyens puissants de guérison, très puissants, sinon même les plus puissants de tous, dans toutes les névropathies quelles qu'elles soient; mais ils ne sont pas les seuls et j'estime qu'il en est d'autres capables de grandement favoriser leur action et accroître leur efficacité. On a mille fois raison d'éloigner le névropathe, et à plus forte raison l'aliéné, des causes qui ont contribué à perturber son système cérébro-spinal et de le confier à des mains étrangères, car celui-ci est d'ordinaire un rebelle vis-à-vis des siens, dont il n'accepte ni les conseils, ni les soins, ni surtout les remontrances, dans sa conviction de n'avoir jamais été ni si sage, ni si bien portant, et il se révolte d'autant plus qu'il y a presque toujours chez lui perversion des sentiments affectifs; de là des discussions et des agacements au sein de la famille qui enveniment son état; d'un autre côté, les parents, dans leur ignorance de la folie, pèchent par excès de faiblesse ou de sévérité; il n'est pas rare qu'ils cèdent quand il faudrait résister et résistent quand il faudrait céder. Puis est-il nécessaire d'insister pour montrer l'impérieuse nécessité de soustraire le malade aux causes nocives qui ont troublé sa raison et qui, par leur action continue, non seulement aggraveraient la maladie, mais pousseraient le sujet à des actes dangereux pour sa propre sécurité ou celle d'autrui, attentatoires à son honneur et à sa fortune? Et je crois, en effet, que le milieu nouveau, le meilleur à imposer, est encore l'asile, non pas l'asile de nos jours, mais l'asile-village sans murs et aux portes ouvertes, accessible tous les jours et à n'importe quelle heure à tous les visiteurs, parents et amis, avec villégiature dans les environs en compagnie de la famille, l'asile avec toute la liberté que permet l'état mental du malade, l'asile tel que je l'ai décrit dans trois mémoires successifs parus dans la *Tribune médicale*, les *Annales d'hygiène publique* et les *Annales médico-psychologiques*, en 1894 et en 1895. Ensuite, il y aurait long à dire sur les avantages de l'hydrothérapie, si propre à calmer la surexcitation sous forme de bains tièdes prolongés, à dissiper la dépression sous forme de draps mouillés, à régulariser le fonctionnement nerveux sous forme de douches. Un établissement hydrothérapique complet est donc aussi indispensable dans une maison d'aliénés qu'une cuisine. Reste le travail corporel, ce moyen salutaire entre tous, qui ne laisse pas à l'esprit le loisir de se livrer à ses chimères durant le jour et qui, par la fatigue du corps, procurant un sommeil naturel, ne lui en laisse pas davantage le loisir durant la nuit, sans compter le grand bien qui résulte de l'exercice au grand air. Quand un os a été fracturé, on condamne le membre au repos le plus complet, afin de permettre à la réparation de s'effectuer, et le blessé, réduit à l'immobilité, consume toute son activité dans des travaux intellectuels; le contraire est à réaliser quand c'est le cerveau qui souffre; il se reposera tandis que le corps mettra en jeu et absorbera toutes les forces vives de l'organisme; ce que procure précisément, dans la folie, le travail corporel.

On le voit, nous sommes loin d'être un adversaire des moyens jusqu'ici préconisés, comme à peu près les seuls à employer dans le traitement de l'aliénation mentale. Nous reconnaissons toute leur efficacité et nous ne contestons

point qu'ils arrivent à la longue à guérir dans quelques cas. Mais leur action est lente et pas toujours certaine; alors même qu'ils réussissent, ils demandent beaucoup de temps, plusieurs mois pour le moins. Or la folie se compose d'un ensemble de manifestations parfaitement déterminées, liées à des troubles de certaines parties, aujourd'hui bien connues pour la plupart, de la couche corticale et qu'on retrouve dans les névroses et la neurasthénie : troubles de la zone psycho-motrice dans les cas d'agitation et d'inertie; troubles de la région psycho-sensorielle dans les cas d'hallucinations et d'illusions; troubles de la circonvolution de Broca dans les cas de logorrhée et de mutisme; troubles de la région occipitale dans les cas de perversion instinctive. Nous nous estimons dès lors en droit de penser qu'il existe peut-être des substances capables d'agir sur les divers centres corticaux et de leur restituer leur fonctionnement normal. Est-ce que la belladone et surtout le haschich n'attaquent pas incontestablement la région des sensations en déterminant des visions terrifiantes ou agréables? Est-ce que le chloralose n'amène pas la cécité psychique? Est-ce que l'alcool n'excite pas, au premier degré de l'ivresse, la zone corticale intellectuelle? Il y a donc, sans nul doute, des substances qui exercent une action spéciale, générale ou élective, sur l'ensemble du cerveau ou sur certaines de ses parties.

Eh bien! c'est sur cette constatation qu'on est autorisé à se fonder pour conseiller hautement l'emploi des moyens pharmaceutiques dans le traitement de la folie, comme dans celui des névroses et de la neurasthénie. Puisque certaines substances ont la fâcheuse propriété de donner des hallucinations, pourquoi d'autres n'auraient-elles pas le don précieux de les guérir? et dès lors le devoir s'impose de les rechercher. Et ce que je dis des hallucinations qui sont, dans l'immense majorité des cas, l'origine et l'aliment des délires, je le dirai de l'agitation psychique et musculaire, qui ne laisse pas une minute de repos à l'esprit et au corps; de la dépression mentale et corporelle qui, au contraire, enraye l'activité de l'esprit et des muscles; de la confusion mentale qui enveloppe l'intelligence comme d'un voile plus ou moins épais; de l'obsession, vrai prurit cérébral, ainsi que l'appelait avec esprit et justesse le professeur Ball; de l'impulsion qui entraîne, malgré les efforts les plus désespérés de la volonté; de la phobie, qui angoisse et torture; de l'aboulie, qui paralyse toute volition; de l'amnésie, qui enlève parfois jusqu'au souvenir de l'acte du moment, et de combien d'autres phénomènes encore des affections mentales! Je le répète, très certainement, chacune de ces manifestations morbides est liée au trouble d'une partie du cerveau, et l'espoir est permis de rencontrer la substance qui a prise sur cette partie. Mais on ne la rencontrera qu'à la condition de la chercher, et malheureusement on ne la cherche pas, convaincu qu'on semble être que les moyens généraux dont nous avons parlé plus haut, sont les seuls à utiliser dans le traitement des vésanies.

Cependant, point n'est besoin d'une longue réflexion pour comprendre que le changement de milieu, l'hygiène d'un bon asile, l'hydrothérapie, le travail corporel n'ont aucune action *directe* sur ces divers phénomènes, et que seule une substance introduite dans l'organisme en serait capable. Nous l'avons montré tout à l'heure : on n'a pas le droit de nier l'existence de ces substances, au contraire, la connaissance de l'influence exercée par certains poisons sur des points déterminés de la couche corticale prouve cette existence. N'est-ce pas un crime, dès lors, de ne pas s'acharner à leur découverte? Un vieux proverbe, consolant dans son optimisme, dit que la nature au fond est une mère bienfaisante, qui ne peut vouloir la perte irrémédiable de ses œuvres, et qu'en conséquence, à côté de chaque mal, elle a dû placer le remède. Je ne sais la valeur de ce produit de la sagesse des nations, mais je sais bien que la thérapeutique des maladies mentales avancerait d'un grand pas si, par des recherches patientes, poursuivies partout, dans toutes les maisons d'aliénés, on rencontrait des médicaments rendant le calme à l'agité; l'activité au déprimé; la lucidité d'esprit au confus; la mémoire à l'amnésique; la volonté à l'aboulique; la gaieté au mélancolique. Des médicaments capables de supprimer les obsessions, les hallucinations, les impulsions et les phobies; d'agir, en un mot, sur chacun des troubles mentaux de la folie, des névroses et de la neurasthénie. Croit-on que ce jour-là l'efficacité des moyens généraux, les seuls employés aujourd'hui, supporteraient la comparaison?

Mais je prévois la réponse. Tout cela, objectera-t-on, n'est que vues de l'esprit. Très belles en théorie, ces espérances ne se réalisent en aucune façon dans la pratique, car, en fin de compte, quelque grande que soit l'abstention des aliénistes en fait de thérapeutique active, il s'en est bien trouvé, parmi eux, un certain nombre qui ont usé de moyens pharmaceutiques. Or, à l'exception du chloral contre l'insomnie, ils n'ont, jusqu'ici, découvert aucun remède qui se soit imposé. A ces contradicteurs, je serais peut-être autorisé à répondre, avec le psalmiste, qu'ils parlent ainsi parce qu'ils ont des yeux pour ne pas voir, et des oreilles pour ne pas entendre. En ce qui me concerne, j'ai, depuis ces dernières années, successivement essayé sur les nombreux malades de mon service de Ville-Évrard, non à la légère, mais avec persistance et dans des conditions rigoureuses d'observation, le sulfonal, le chloralamide, le méthylal, la morphine, l'antipyrine, l'exalgine, le phosphate de soude, le bromure de potassium, le somnal, la thymacétine, la duboisine, le chloralose, l'hyosciamine, l'hyoscine, le tétronal, et les résultats obtenus, loin d'être décevants, sont, au contraire, de nature à nous convaincre qu'il y a beaucoup à attendre des moyens pharmaceutiques dans le traitement de la folie. Dores et déjà, nos recherches nous permettent, en effet, d'affirmer qu'on est en mesure de maîtriser l'agitation de toutes natures par la duboisine, les hallucinations réflexes par l'antipyrine, la mélancolie par le somnal; chez certains, les obsessions par le bromure de potassium et aussi la manie épileptique par le chloralose.

La duboisine s'est révélée, entre nos mains, comme un merveilleux sédatif de toutes les agitations, névropathiques aussi bien que paralytiques, non en paralysant les muscles, comme l'hyoscine, mais par une action calmante directement exercée sur la couche corticale, de telle sorte qu'on voit, sous son influence, des aliénés l'instant d'avant violemment surexcités, s'occuper paisiblement des soins du ménage. Avec l'antipyrine, ce sont les perversions sensorielles d'origine sympathique, si fréquentes dans les névroses et la neurasthénie, dont nous avons constaté la complète disparition, tandis que cette substance accentuait l'intensité de celles qui étaient d'origine centrale, et par cette action différente, on se trouve en mesure, à l'aide de ce remède, d'établir à coup sûr le diagnostic différentiel de ces deux sortes d'hallucinations si difficiles jusqu'ici à reconnaître, tout en assurant la guérison de l'une d'elles.

Quant au somnal, c'est chez les mélancoliques qu'il a manifesté toute son efficacité, non seulement en leur procurant un sommeil réparateur, avantage qu'ils auraient pu retirer du chloral, mais ce qui est exclusivement propre au médicament, en leur rendant en partie la gaieté et ce, par une stimulation des centres physiques et psychiques de la génération ; le somnal apporte la joie avec l'amour. Pour le chloralose, autant à cause de sa rapide accoutumance, sans parler de son hyperexcitabilité musculaire, il nous a paru peu digne d'occuper une place dans la thérapeutique des aliénés, vésaniques et paralytiques, autant la manie épileptique en a tiré bénéfice, soit pour l'intensité de la crise, soit pour sa durée. Enfin, certaines obsessions fonctionnelles semblent céder comme par enchantement avec le bromure de potassium.

N'est-ce pas là la preuve incontestable qu'il y a dans les moyens pharmaceutiques des ressources précieuses à utiliser pour le traitement des vésanies? Est-ce donc peu de chose que d'être en mesure chez un névropathe de supprimer l'agitation, l'hallucination sympathique, la tristesse lypémaniaque, l'insomnie et l'obsession? En présence de ces résultats, je dis que le devoir s'impose d'essayer sur nos malades tous les remèdes nervins, de rechercher surtout s'il n'en est pas un susceptible de supprimer la perversion sensorielle d'origine centrale, comme l'antipyrine supprime celle d'origine réflexe. Le jour où nous serons en mesure d'enrayer l'hallucination, cette mère par excellence des délires, ce n'est pas seulement un soulagement immense que nous apporterons à nos malades, c'est la guérison de toute une grande catégorie d'incurables que nous aurons assurée, la guérison des fous hallucinés, de ces infortunés que torturent et maintiennent précisément en folie leurs perversions sensorielles contre lesquelles, jusqu'ici, nous n'avons rien pu, peut-être parce que surtout nous n'avons rien tenté. Pour ma part, le peu que j'ai déjà constaté m'apporte la conviction que, si on veut s'en donner sérieusement la peine, on arrivera à découvrir des remèdes contre toutes les manifestations délirantes, contre l'agitation et la dépression, contre l'hallucination et l'illusion, contre l'obsession et la phobie, contre la confusion mentale et l'impulsion, contre l'aboulie et l'amnésie. Sans doute cette médication sera symptomatique, mais elle soulagera beaucoup et sans conteste elle placera le malade dans des conditions plus favorables à l'action de ces modificateurs généraux, à juste titre en honneur aujourd'hui : le changement de milieu, l'asile ouvert, l'hydrothérapie, le travail au grand air.

Je ne saurais donc trop engager mes collègues à mettre un terme à leur abstention systématique et à entreprendre d'ardentes et patientes recherches dans cette voie. Qu'ils cessent de considérer les malades confiés à leurs soins comme des *amputés du cerveau*, ainsi qu'on le soutenait dernièrement à la Société médico-psychologique, et j'ai le ferme espoir que de tous leurs efforts réunis sortira une thérapeutique efficace de la folie.

---

## MÉDECINE PRATIQUE

### Traitement des tranchées utérines.

En cas de tranchées utérines, on doit poser en principe, qu'avant toute médication, il est nécessaire de vider la vessie soit naturellement, ce qui vaut mieux, soit par cathétérisme, puis d'administrer un lavement évacuant.

S'agit-il, comme c'est toujours le cas, de tranchées d'ordre réflexe : c'est à l'opium qu'on s'adressera. La poudre de Dower (50 centigrammes en trois fois), l'élixir parégorique (LX à LXXXX gouttes en trois fois), les injections hypodermiques de morphine rendront des services. Mais le traitement classique par excellence est le lavement laudanisé, qui peut se formuler ainsi :

| | |
|---|---|
| Eau bouillie . . . . . . . . . | 40 grammes. |
| Laudanum . . . . . . . . . . | XV gouttes. |

Ces préparations opiacées, surtout la dernière, réussissent le plus souvent, mais elles ont quelquefois l'inconvénient d'amener un peu de constipation. Aussi, certains préfèrent-ils à l'opium d'autres hypnotiques, le chloral, le bromure de potassium et surtout l'antipyrine, qui peut se prescrire soit en potion :

| | |
|---|---|
| Antipyrine . . . . . . . . . . | 3 grammes. |
| Sirop de bromure de potassium du Codex . . . . . . . . . | 30 — |
| Hydrolat de fleurs d'oranger . | 60 — |

A prendre dans la journée ;

Soit sous forme de lavement :

| | |
|---|---|
| Antipyrine . . . . . . . . . . | 2 grammes. |
| Eau bouillie . . . . . . . . . | 120 — |

L'extrait de viburnum prunifolium possède aussi une action sédative marquée :

| | |
|---|---|
| Extrait fluide de viburnum prunifolium . . . . . | āā 15 grammes. |
| Extrait fluide d'hydrastis canadensis . . . . . . | |

XX gouttes, toutes les deux heures, dans une boisson chaude.

Il sera aussi utile d'appliquer sur le ventre des serviettes chaudes propres, destinées à remplacer le vieux et septique cataplasme.

Si les tranchées tenaient à la rétention de caillots, l'expression utérine, tentée dans l'intervalle des coliques, pourra, bien des fois, rendre de grands services en vidant mécaniquement l'utérus. Les injections vaginales chaudes de 45 à 48 degrés agiront dans le même sens, en faisant contracter le muscle utérin.

Si les coliques ne cédaient pas, on aura recours aux injections intra-utérines faites avec prudence et à faible pression. (*Presse méd.*)

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Le micrographe préparateur,** journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. — (N° 2, mars-avril 1898.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr. ; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

---

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Dieulafoy a raconté l'histoire d'un malade présentant tous les symptômes de l'ulcus simplex de l'estomac, qui a passé par plusieurs services des hôpitaux pendant près de deux ans, toujours soumis au traitement classique, sans jamais en éprouver la moindre amélioration, ayant eu plusieurs hématémèses graves et arrivé à un tel état qu'il semblait qu'il n'y eût plus d'autre ressource que l'intervention chirurgicale. Cet homme étant syphilitique, on émit l'idée que son ulcération stomacale pourrait bien être d'origine spécifique, et on le soumit au traitement par les injections mercurielles sous-cutanées. Quelques jours après, on y ajouta un peu d'iodure de potassium ; bientôt une amélioration notable se fit sentir et, après trois semaines ou un mois, cet homme était complètement guéri. Si le vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes*, reste vrai, c'est bien certainement dans ce cas qu'il trouve son application.

M. Combemale (de Lille) avait récemment appelé l'attention sur l'emploi de l'acétate de thallium pour empêcher les sueurs des phtisiques. M. Huchard, chargé d'un rapport sur ce travail, a expérimenté lui-même ce médicament, et il a constaté que si, en effet, il a pour effet d'arrêter les sueurs, il provoque une chute extraordinaire de tout le système pileux et, en particulier, des cheveux. M. Huchard conclut donc que, en raison de l'alopécie qu'il détermine, ce médicament ne doit pas prendre place dans la thérapeutique.

Dans un rapport sur un travail de M. Mongour, relatif à la stomatite diphtéroïde, dans lequel l'auteur tendait à prouver que cette affection n'existe pas en tant qu'entité morbide, M. Rendu déclare ne pas partager son opinion.

Plusieurs lectures intéressantes ont été faites à l'Académie : M. Ledé a lu un travail statistique sur la protection de l'enfance ; M. Chipault a communiqué une série de douze craniotomies ; M. Darier a fait une communication sur le traitement de l'ophtalmie purulente par le protargol, et M. Guépin a donné lecture d'une note sur les modes de guérison de l'hypertrophie sénile de la prostate.

M. Ehrmann (de Mulhouse) a été élu membre associé national.

---

## REVUE GÉNÉRALE

### Le rein cardiaque.

Par le docteur R. Fauquez, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — L'étude des rapports des maladies du cœur avec les maladies du rein ne date guère que du commencement du siècle, où Bright (1) établit d'une façon évidente la corrélation possible entre les deux sortes d'affections, mais en subordonnant l'affection cardiaque à l'affection granuleuse des reins, dans laquelle il a trouvé le cœur malade 65 fois p. 100 et très notablement altéré dans la moitié des cas. Martin Solon (2), Rayer (3), Reinhardt (4), Frerichs (5), Wilks (6), Bergson (7) émettent l'idée contraire que les lésions du rein dans les maladies du cœur sont une des causes fréquentes de la néphrite interstitielle.

Pour Traube (8), aucune analogie entre le processus inflammatoire de la maladie de Bright et le processus du rein cardiaque ; il confirme l'existence déjà reconnue par Bright de l'hypertrophie cardiaque dans le cours de l'atrophie granuleuse des reins. Rosenstein, qui admettait d'abord (9) que les lésions dues à la stase veineuse d'origine cardiaque constituaient le premier degré de la maladie de Bright, et que l'atrophie granuleuse en était une des conséquences assez fréquentes, se range, plus tard, à l'avis de Traube (10) et considère la coexistence des lésions rénales et de la maladie du cœur comme due à l'action d'une même maladie causale, le rhumatisme, par exemple.

(1) Bright. *Report of med. Cases*, vol. I, London 1827 ; *Guy's Hosp. Rep.*, 1836-40-43.

(2) Martin Solon. *De l'albuminurie*, 1838, p. 209.

(3) Rayer. *Traité des maladies des reins*, 1840, t. II.

(4) Reinhardt. *Charité Annalen*, 1851.

(5) Frerichs. *Die brightische Nierenkrankheit und ihre Behandlung*, 1851.

(6) Samuel Wilks. Cases of Bright's disease, *Guy's Hosp. Rep.*, sec. série, vol. VIII, part. 2, 1854.

(7) Bergson. Zur causalen Statistich der morb. Brightii und der Herz Krankheiten, *Deuts. klin.*, 1856, n° 19.

(8) Traube. *Ueber den Zusammenhang von Herz und Nierenkrankheit*, 1856 ; Zur pathologie der Nierenkrank. Gesammelte, *Beitr. z. Path. und Physiol*, Berlin 1860, Bd. 2.

(9) Rosenstein. Beitrage zur Kenntniss vom. Zusammenhang zwischen Herz und Nierenkrankheiten, *Virchow's Archiv*, 1857, t. XII.

(10) Rosenstein. *Traité pratique des maladies des reins*, traduit par Bottentuit et Labadie-Lagrave, Paris 1874.

Ce sont des phénomènes contemporains, non solidaires les uns des autres; il appuie son opinion sur les statistiques de Förster (1). Viennent ensuite, comme partisans de la théorie de la néphrite interstitielle d'origine cardiaque, Bamberger (2), Todd (3), Vogel (4), Erichsen (5) qui citent des cas d'atrophie granuleuse succédant à des péricardites, à des lésions d'orifice; comme adversaires de cette théorie : Friedreich (6), Rindfleisch (7).

Klebs (8) fait une description détaillée des lésions de congestion produites par la stase veineuse, puis de dégénérescence des éléments nobles du rein, insiste sur les altérations du tissu interstitiel, qui d'abord infiltré d'éléments lymphatiques s'hyperplasie, puis se rétracte, oblitérant par compression un certain nombre de canalicules et de glomérules. Pour Kelsch (9), les lésions du rein cardiaque sont purement épithéliales, le tissu conjonctif n'est le siège d'aucun processus inflammatoire, et, pour Bartels (10), le rein cardiaque ne peut présenter d'autre altération que de l'induration cyanotique.

Lancereaux (11) décrit une dégénérescence granulo-graisseuse des épithéliums mal nourris, une induration du rein par épaississement de la trame conjonctive, altération en tout semblable à celle qui constitue le foie muscade, et signale la diminution de volume du rein à une période plus avancée. Rendu (12) n'admet pas l'assimilation du rein cardiaque à une véritable néphrite, malgré les lésions irritatives qui frappent à la fois l'élément sécrétoire et le tissu conjonctif, dans lequel il y a prolifération de cellules embryonnaires, épaississement fibreux des cloisons, tout comme dans les premiers stades de la néphrite interstitielle.

Cuffer (13), en 1878, met en lumière la possibilité pour la stase veineuse et la stase lymphatique, que l'on observe dans le rein cardiaque, d'aboutir à la sclérose par un lent travail inflammatoire chronique. Autour des veines distendues, remplies de sang, autour des espaces lymphatiques également dilatés, se fait une diapédèse importante de leucocytes qui viennent infiltrer les mailles du tissu conjonctif. Ces globules blancs, se transformant en tissu fibreux, viennent concourir au développement de la néphrite interstitielle; l'auteur en a vu en voie de transformation, allongés, fusiformes, devenant nettement du tissu fibreux; de leur côté, les cellules fixes du tissu conjonctif prolifèrent, et passent d'abord par l'état embryonnaire, pour se transformer ensuite en tissu fibreux. Cuffer a confirmé sa première opinion dans quelques leçons faites à l'hôpital Tenon en 1892, leçons recueillies par Gouget. Pour François (1), après une phase d'infiltration œdémateuse, survient une phase d'induration, de sclérose, analogue à ce qui se produit dans l'œdème en général, lorsque ce dernier, après une période plus ou moins longue, passe à l'état d'œdème dur et scléreux. Pour Hortolès (2), il y a vraiment là une néphrite interstitielle chronique, succédant à une infiltration œdémateuse des espaces intertubulaires; tout comme pour le développement du tissu fibreux de l'embryon, il y a successivement : îlots de cellules embryonnaires, formation de tissu muqueux, puis stade fibroformatif proprement dit. Germont (3), à la suite de ses expériences, conclut également à l'existence de la sclérose rénale par stase veineuse.

Cornil et Ranvier (4) font du rein cardiaque une forme très atténuée de néphrite interstitielle généralisée (léger épaississement des cloisons qui séparent les tubes, augmentation des cellules de ce tissu), mais, pour eux, il n'aboutit jamais aux granulations et à l'atrophie rénale qui caractérisent la néphrite interstitielle. Cornil (5), Brault (6) refusent également d'assimiler le rein cardiaque à la néphrite interstitielle dont il diffère au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique. Lecorché et Talamon (7) ne croient pas non plus que le gros rein violet de la stase veineuse, suite de la cardiopathie, puisse devenir un petit rein contracté; le temps manquerait d'ailleurs à cette évolution; dans les cas où l'autopsie montre de gros reins rouges et indurés, ou mous et bigarrés, appartenant aux formes intermédiaires de la série brightique, il faut même se demander si l'on n'a pas affaire à une simple coïncidence. Pour Gaucher (8), pour Gombault (cours fait au laboratoire de la Faculté de médecine en 1893), la congestion chronique du rein peut, au contraire, pour les cas tout au moins où l'hyperémie veineuse a été prolongée assez longtemps, aboutir à la sclérose, à la néphrite interstitielle.

Eichhorst (9) admet l'atrophie et la formation de dépressions cicatricielles à la surface de l'organe, comme aboutissant ultime de la congestion rénale; et Bard [de Lyon (10)] décrit une induration, une diminution de volume et des granulations du rein : « Il se produit une véritable sclérose, avec épaississement du tissu fibreux, épaississement par plaques distribuées irrégulièrement. Sa production est en quelque sorte insulaire. La sclérose de cette origine peut être poussée si loin, que la distinction peut en devenir difficile avec les autres lésions chroniques du rein. Aussi le rein cardiaque est-il pris souvent à tort à l'autopsie pour une néphrite primitive qu'on qualifie, d'ordinaire, d'interstitielle. »

(1) Förster. Sur les connexions des maladies du cœur et des reins, *Wurzburger med. Zeitsch.*, 1863.

(2) Bamberger. Ueber Beziehungen zwischen morbus Brightii und Nierenkrankheiten, *Virchow's Archiv*, 1857, t. XI.

(3) Todd. *Clinical lectures on certain diseases of the urinary organs and dropsies*, London 1857.

(4) Vogel. *Nierenkrankheit.*, 1865.

(5) Erichsen. De la corrélation des maladies du cœur et des reins, *Petersb. med. Zeitsch.*, 1862.

(6) Friedreich. *Canstatt's Jahresbericht*, 1857, t. III, p. 192.

(7) Rindfleisch. *Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre*, Leipzig 1867-1869, p. 436.

(8) Klebs. *Handbuch der pathologischen Anatomie*, Berlin 1870, fasc. III, p. 631.

(9) Kelsch. Revue critique et recherches anatomo-pathologiques sur la maladie de Bright, *Arch. de physiol.*, 1874.

(10) Bartels. *Maladies des reins*, trad. franç. avec add. de Lépine, 1875.

(11) Lancereaux. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Rein, 1876.

(12) Rendu. *Étude comparative des néphrites chroniques*, Th. d'agrégat., 1878.

(13) Cuffer. De la néphrite interstitielle cardiaque. Rein cardiaque, *France méd.*, 1878.

(1) François. Th. de Montpellier, 1881, et *France méd.*, 1878.

(2) Hortolès. *Étude du processus histologique des néphrites*, Th. de Montpellier, 1881, p. 112.

(3) Germont. *Contribution à l'étude expérimentale des néphrites*, Th. de Paris, 1883.

(4) Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique*, 2e édit., 1881, p. 564.

(5) Cornil et Brault. *Pathologie du rein*, 1881.

(6) Brault. *Traité de médecine*, 1893, t. V.

(7) Lecorché et Talamon. *De l'albuminurie et du mal de Bright*, 1888.

(8) Gaucher. *Pathogénie des néphrites*, Th. d'agrégat., 1886.

(9) Eichhorst. *Traité de pathologie interne et thérapeutique*, 1889, t. II.

(10) Bard. *Précis d'anatomie pathologique*, 1890.

Birch-Hirschfeld (1) considère comme incontestable l'existence de cette néphrite interstitielle d'origine cardiaque et Bollinger (cité par Schmaus et Horn) s'étonne même que la littérature médicale prenne si peu en considération cette affection : rein granuleux avec atrophie dans les hypertrophies idiopathiques du cœur.

Evidemment, cette rétraction est attribuée, la plupart du temps, à d'autres causes, à une lésion interstitielle primitive. En tous cas, on ne l'attribue pas immédiatement à la stase veineuse, aussi généralement que l'affection analogue du foie, où l'atrophie par stase est une idée généralement admise. Dans ces cas cependant, l'ensemble du volume du rein peut se réduire au tiers du volume normal, le poids des deux reins descendre à 150 grammes et même moins. On trouve, à la surface de l'organe, des foyers de rétraction formant de petits enfoncements, et, s'ils sont nombreux et rapprochés, constituant même de fines granulations. Au fond de ces enfoncements, on reconnaît souvent les étoiles veineuses fortement remplies. Quelques-unes de ces dépressions, peu nombreuses, forment des encoches plus profondes, groupées çà et là, quelquefois en forme d'étoile, répondant à des foyers d'atrophie plus avancée. Entre elles, on trouve des élevures larges et aplaties; la capsule est adhérente par places.

Schmaus et Horn (2) ont observé l'atrophie cyanotique des reins, à Munich, dans l'hypertrophie cardiaque idiopathique de grands buveurs de bière; ils pensent qu'on peut aussi l'observer dans les affections valvulaires, les myocardites, les péricardites et les maladies du poumon à retentissement sur le cœur droit. L'induration cyanotique est le premier degré de l'atrophie granuleuse des reins qui peut lui succéder. Suit alors la description de cette néphrite chronique avec foyers d'atrophie au niveau desquels tous les éléments nobles du rein sont atrophiés, collabés, détruits. Ziegler (3) : « Si la stase veineuse dure longtemps et que le rein soit induré, le tissu conjonctif se montre un peu élargi entre les tubes; les vaisseaux sanguins sont larges et béants, les parois du capillaire et l'adventice des veines sont épaissies. Parfois on observe aussi de légères infiltrations cellulaires inflammatoires. Beaucoup des épithéliums des tubes sont en dégénérescence graisseuse, notamment ceux des tubes droits de la substance médullaire. Les glomérules ne présentent généralement pas d'altération appréciable : pourtant, souvent çà et là, un glomérule est réduit à l'état de boule homogène et le tube correspondant est rétréci, collabé, atrophié. »

Kauffmann (4) décrit une induration cyanotique susceptible de se transformer en atrophie cyanotique. L'induration est due, d'une part, à l'extrême réplétion des veines et des capillaires, d'autre part, à des processus simplement hyperplastiques, consistant en épaississement et sclérose des parois des veines, des capillaires et du tissu conjonctif interstitiel qui devient fibreux et en partie hyalin. Lorsque cette induration cyanotique se transforme en atrophie cyanotique (Stauungsschrumpfniere), « le rein se rétracte, peut présenter de nombreux enfoncements à sa surface, avec adhérence de la capsule à leur niveau; la surface peut devenir granuleuse. » William Osler (1), en présence de l'augmentation du tissu interstitiel dans l'induration cyanotique associée à une maladie chronique du cœur, pense qu'on a affaire à une néphrite diffuse, mais ne parle pas de l'atrophie consécutive (2).

De cet exposé historique, il ressort que les divers auteurs sont loin d'être d'accord sur la nature du rein cardiaque. Le développement anormal du tissu conjonctif a été constaté par tous, comme conséquence de la stase veineuse longtemps prolongée; mais, pour beaucoup d'anatomo-pathologistes, ces lésions n'aboutiraient jamais à l'atrophie granuleuse de l'organe. Pour quelques-uns, au contraire, il y aurait formation d'une véritable néphrite interstitielle; enfin, pour un dernier groupe d'écrivains, une opinion mixte a prévalu, admettant l'atrophie rénale comme aboutissant ultime du rein cyanotique, sans l'identifier à la maladie de Bright ordinaire, dont un certain nombre de caractères différentiels, que l'on retrouvera exposés à l'anatomie pathologique, permettent de la distinguer.

Au point de vue clinique, la question a été beaucoup moins étudiée et les symptômes propres au rein cardiaque ont été trop souvent laissés en oubli. Maurice Raynaud (3), en 1868, après une description des lésions de la néphrite interstitielle cardiaque, pour l'existence de laquelle il se prononce catégoriquement, dit que le rein cardiaque aboutit aux troubles généraux et aux suites funestes de la maladie de Bright la plus légitime, dont il présente exactement la marche et les symptômes. De son côté, Bartels (loc. cit.) constate que les symptômes d'urémie ne s'observent jamais dans le cours des maladies du cœur, et Eichhorst, que « les accidents de la congestion rénale sont passagers, vont et viennent suivant l'état du myocarde ». C'est à peine si la congestion rénale crée un danger sérieux, car la déperdition d'albumine est trop faible pour débiliter beaucoup l'organisme. Lorsque l'élément solide de l'urine, malgré la diminution de la quantité d'urine, trouve encore un émonctoire suffisamment puissant, il n'y a guère à redouter l'apparition de l'urémie.

Cuffer (*Leçons à l'hôpital Tenon*, 1892) pense, au contraire, que les lésions du rein cardiaque sont de grosse importance; de même qu'un rénal peut mourir par le cœur, un cardiaque peut mourir par le rein, succomber à des accidents urémiques. Schmaus et Horn sont d'avis que si, avec les altérations profondes de l'atrophie cyanotique, la vie est possible cependant, c'est qu'il se fait, dans les parties encore saines du rein, une suppléance compensatrice de la fonction urinaire. Enfin, Osler constate que l'urémie est rare dans les cas non compliqués d'induration cyanotique, et d'après Brault (*Traité de médecine*, t. V), il n'y a pas à craindre l'apparition de phénomènes urémiques, par le seul fait des lésions du rein cardiaque. « L'état du rein complique sans doute une situation déjà bien précaire, mais l'existence n'est nullement compromise, si le cœur obéit aux médica-

(1) Birch-Hirschfeld. *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, Leipzig 1896.

(2) Schmaus et Horn. *Ueber den Ausgang der Cyanotischen Induration der niere in granulatrophie*, Wiesbaden 1893, et *Berlin. Klin. Wochens.*, n° 39, 25 sept. 1893, p. 950.

(3) Ziegler. Ueber die Ursachen der Nierenschrumpfung, *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1880, Bd. XXV. — *Traité de pathologie générale et d'anatomie pathologique*, 1895, t. II, p. 735-736.

(4) Kauffmann. *Traité d'anatomie pathologique spéciale*, Berlin 1896, p. 573 à 576.

(1) William Osler. *Principes et pratique de la médecine*, 2e édit., Philadelphie, p. 763.

(2) Consulter aussi un excellent résumé de la question par Gouget, *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1895.

(3) Maurice Raynaud. *Dict. Jaccoud*, art. Cœur, 1868, p. 434.

ments chargés de stimuler son énergie. La filtration urinaire s'arrête, non pas parce que le rein est atteint de lésions irrémédiables, mais parce que la contraction cardiaque est affaiblie, et que le muscle surmené dénote, par la mollesse et l'irrégularité de ses contractions, qu'il n'y a plus à compter sur son énergie. »

Le professeur Jaccoud, dans ses *Leçons cliniques de la Charité*, en 1866, et *de la Pitié*, en 1896, a établi d'une façon précise que si le rein cardiaque, même sclérosé et atrophié, ne peut être complètement identifié, au point de vue anatomique, au rein de Bright, au point de vue clinique, il en allait tout autrement. « L'albuminurie cardiaque peut tuer, comme la maladie de Bright la plus légitime. Si, en effet, la congestion chronique des reins arrive aux lésions intertubulaires irréparables que je vous ai signalées, l'albuminurie devient persistante, la porportion d'albumine du sang s'abaisse, circonstance qui suffit à amener l'hydropisie, alors même que le cœur a retrouvé l'intégrité de ses fonctions, et à ce moment le tableau clinique ne diffère pas de celui du mal de Bright; mais vienne l'autopsie, on trouvera, au lieu de la néphrite parenchymateuse, un rein muscade plus ou moins sclérosé. » Jaccoud a aussi mis en relief la possibilité de voir apparaître l'urémie dans le rein cardiaque, à sa première période, alors que seule encore la stase veineuse peut être incriminée. « Il n'est pas nécessaire que les lésions du rein soient profondes, pour que la rétention dans le sang de l'urine, avec ses principes, eau, matières chimiques et toxiques, se fasse ; ce qui importe tout d'abord, c'est leur étendue, bien plus que leur degré : d'où la possibilité de l'urémie dans les états rénaux peu anciens. Il y a encore un autre élément, c'est la rapidité de cette lésion ; car l'organisme, capable de s'accommoder à des intoxications lentes, ne l'est plus quand elles sont rapides. L'urémie peut donc s'observer d'une façon précoce, et même être contemporaine de la lésion rénale ; c'est ce qui a lieu chez les malades où l'obstruction rénale s'établit rapidement, sous l'influence de l'insuffisance cardiaque. »

## II

ÉTIOLOGIE (1). — C'est dans le cours des affections valvulaires du cœur que s'observent, le plus souvent, les lésions congestives qui constituent le rein cardiaque. Signalant seulement les affections propres de la tricuspide, qui sont une rareté, et les lésions aortiques qui, comme on le sait, aboutissent plus rarement à l'asystolie, il faut insister, au contraire, sur les lésions auriculo-ventriculaires gauches, l'insuffisance mitrale en particulier. Dans cette affection, après une période plus ou moins longue, où le ventricule droit a pu lutter avec effet contre l'élévation de tension dans l'artère pulmonaire et la stase pulmonaire, l'insuffisance tricuspidienne apparaît, insuffisance fonctionnelle, relative, par dilatation du cœur droit, véritable porte ouverte à l'asystolie, aux congestions passives des viscères tributaires des veines caves en général, et du rein en particulier.

Viennent ensuite, dans l'étiologie du rein cardiaque, toutes les maladies où la circulation est entravée par insuffisance cardiaque, tous les cas où il y a parésie cardiaque. Ce sont : les altérations du myocarde ; dégénérescences aiguës dans le cours d'une maladie infectieuse (fièvre typhoïde, typhus, fièvre éruptive, fièvre puerpérale, septicémie) ; dégénérescences chroniques, graisseuse ou scléreuse, dans les états cachectiques, dans la goutte, dans les intoxications lentes par le plomb, l'alcool, le phosphore, dégénérescences secondaires aux phlegmasies de l'endocarde et du péricarde, aux adhérences péricardiaques, et surtout à la symphyse cardiaque ; surcharge graisseuse chez les obèses, les polysarciques ; enfin, les cas assez nombreux d'anévrysmes du cœur.

D'autres maladies retentissent encore sur le cœur droit et déterminent l'apparition de l'asystolie, maladies où le libre jeu de la circulation pulmonaire est entravé ; ce sont : les affections aiguës du poumon (broncho-pneumonie, catarrhe suffocant, pneumonie, phtisie), ou des plèvres (épanchement abondant, pneumothorax) ; les affections chroniques (bronchite chronique, emphysème, asthme, pneumonie interstitielle chronique, sclérose pulmonaire, dilatation des bronches, phtisie fibreuse étendue, adhérences pleurales) ; enfin, les cas de déformations thoraciques qui compriment le poumon et quelquefois le cœur (asystolie des bossus). On peut aussi observer l'asystolie aiguë par dilatation cardiaque aiguë, dans une série d'affections qui agissent par acte réflexe sur la circulation pulmonaire, et provoquent le spasme des capillaires pulmonaires, dans lesquels la pression s'élève brusquement. Ainsi agissent, par l'intermédiaire des pneumogastriques et du grand sympathique, certains troubles gastro-intestinaux d'une notable intensité (dilatation de l'estomac, cancer de l'estomac, dyspepsies, coliques intestinales, hernie étranglée) ; certaines affections du foie et des voies biliaires, du rein, etc. Dans quelques cas plus rares, l'insuffisance tricuspidienne est consécutive à des troubles d'origine utéro-ovarienne (1), à des troubles d'origine nerveuse, dans le cours du goitre exophtalmique, par exemple.

Dans toutes les affections qui viennent d'être énumérées, on retrouve la congestion rénale, qui constitue le premier degré de l'évolution du rein cardiaque, mais les lésions plus avancées qui aboutissent à l'induration cyanotique et à l'atrophie granuleuse du rein, ne s'observent que dans un nombre plus restreint de maladies ; maladies qui, dans leur décours, voient survenir avant tant de facilité les attaques d'asystolie répétées, mêlées de périodes de compensation, dont la succession est nécessaire pour permettre aux lésions rénales de se constituer. Ce sont, avec l'insuffisance mitrale : l'hypertrophie cardiaque, la myocardite chronique, la péricardite avec adhérences et les affections chroniques du poumon.

Il resterait à élucider deux points intéressants de l'étiologie, ou mieux de la pathogénie du rein cardiaque :

1° Alors que, dans la majorité des cas, la congestion rénale n'est qu'un phénomène, important il est vrai, mais faisant partie, au même titre que la congestion hépatique, l'œdème des membres, etc., de l'ensemble symptomatique qui constitue l'asystolie, pourquoi, chez certains sujets, cette congestion rénale acquiert-elle une violence, une acuité particulière, au point de dominer la scène clinique et d'imprimer une allure spéciale à la marche classique de l'asystolie ?

Pour le foie, Parmentier (Thèse de Paris, 1890) a admis

(1) Pour les indications bibliographiques concernant le chapitre « Étiologie » et le chapitre suivant « Expérimentation », voir : FAUQUEZ. *Contribution à l'étude du rein cardiaque*, Th. de Paris, 1897.

(1) Voir la communication de M. Le Gendre à la Société médicale des hôpitaux : « La ménopause et les reins, » 1887.

l'influence possible d'une certaine disposition des veines sus-hépatiques; ces veines présenteraient, dans quelques cas, un degré d'obliquité plus prononcé que normalement au moment de leur abouchement dans la veine cave, obliquité qui permettrait un reflux plus facile de l'ondée sanguine; il a constaté, chez certains sujets, une dilatation énorme (dans un cas, un véritable golfe) des veines sus-hépatiques au niveau de leur embouchure. Jusqu'à présent, rien de semblable n'a été constaté du côté des veines rénales.

On a fait remarquer aussi que l'asystolie n'était pas simplement une question de mécanique, et Rigal fait jouer à l'affaiblissement des systèmes vasculaires capillaires des différents viscères, un grand rôle dans la détermination des effets de l'asystolie, la stase veineuse avec ses conséquences prédominant dans l'organe dont le système capillaire est affaibli. Mais comment expliquer à son tour cet affaiblissement partiel du système vasculaire? Faut-il, enfin, admettre l'influence d'une maladie antérieure, qui ferait du rein un *locus minoris resistentiæ?* Comment expliquer alors qu'à l'autopsie on ne trouve que des reins cyanotiques, sans trace d'autres lésions que celle de la congestion passive.

2° La sclérose rénale d'origine cardiaque est encore une rareté; cette rareté est, en réalité, moins grande qu'on ne le pense, la plupart des cas, non diagnostiqués pendant la vie, restant également méconnus sur la table d'autopsie et « le rein cardiaque étant pris à tort, le plus souvent, pour une néphrite primitive, qu'on qualifie d'ordinaire d'interstitielle » (Bard). Mais pourquoi observe-t-on cette sclérose et cette atrophie rénale chez certains sujets, pourquoi ne la retrouve-t-on pas chez d'autres? Et cette inégalité d'effets dépendant de la même cause est frappante dans nombre d'observations, où tout semble identique, la nature de la cardiopathie, sa marche, le nombre et l'intensité des attaques d'asystolie, sauf l'évolution des lésions rénales. Dans beaucoup de cas, il est vrai, le temps a manqué pour l'apparition de ces lésions; de plus, il semble qu'il faille admettre la nécessité, entre les crises asystoliques dont la répétition est la cause première des modifications conjonctives du rein, de périodes de rémissions suffisamment longues pour permettre l'organisation du tissu fibreux, l'état congestif continuel du rein, qui se produit quand les attaques d'asystolie se succèdent à de brefs intervalles, étant un impédimentum à l'établissement de la sclérose. « Le tissu conjonctif néoformé ne peut se rétracter, et produire l'atrophie rénale par suite de l'œdème continuel de l'organe qu'entretiennent les stases lymphatique et veineuse permanentes » (Cuffer).

## III

Expérimentation. — De nombreuses expériences ont été pratiquées dans le but d'étudier les phénomènes dus à la stase veineuse rénale et le mécanisme de l'albuminurie. La ligature de la veine rénale, ligature complète ou incomplète, a été pratiquée par Robinson, Frerichs, Meyer, Stokvis, Erythropel, Munck (on trouvera le résumé de leurs travaux dans la thèse d'agrégation de Rendu, 1878), par Buchwald et Litten, Cornil, Weisgerber et Perls, Sénator, Cohnheim, Vorhæve, Posner, enfin Talamon et Lecorché. Grawitz, Israël ont porté leurs recherches sur la ligature de l'artère rénale, Straus et Germont sur la ligature de l'uretère, et Maurice Raynaud sur la ligature de la veine cave inférieure, entre la veine rénale et le cœur. Toutes ces expérience[s]
déterminé des phénomènes de congestion, sans lésion[s]
flammatoires et démontré l'absence complète de proc[essus]
phlegmasique ou scléreux.

François de Montpellier, 1881, a ajouté à la techn[ique]
précédente la section des nerfs du rein, et les lésions s[ur le]
cœur lui-même, provoquées à l'aide d'un instrument tr[an-]
chant, une curette par exemple, qui introduite dans la ju[gu-]
laire, suivant le procédé d'Overbeck, va produire la d[échi-]
rure des valvules tricuspides. François est ainsi arr[ivé à]
produire, comme François Franck, des lésions conges[tives,]
de l'œdème, des hémorragies, mais sans lésion du t[issu]
conjonctif interstitiel.

Germont, qui a repris en 1883 une partie de ces exp[é-]
riences, est arrivé à quelques résultats plus intéressants
a pu conserver ses animaux plus longtemps et obser[ver]
après une phase de congestion, des lésions du tissu in[ter-]
stitiel. Ce tissu hyperplasié, se confondant avec la pa[roi]
épaissie des tubes urinifères, constitue une véritable sc[lé-]
rose rénale, dans certains cas très avancée. Les artè[res]
sont comprises dans le domaine de la sclérose, leur tuni[que]
est d'une épaisseur double ou triple. Les veines él[...]
sont au contraire respectées d'une manière absolue p[ar la]
sclérose. Donc deux périodes : la première d'œdè[me]
passif, la seconde de néphrite interstitielle; la seule di[ffé-]
rence c'est que la lésion est disséminée dans la néph[rite]
primitive, d'où granulations; dans la néphrite card[iaque]
elle est totale d'emblée et, comme résultat, les éléments
la granulation manquent nécessairement. On a const[até]
est vrai, que le rein cardiaque était peu ou point atroph[ié]
mais on ne doit pas préjuger de la potentialité de la l[ésion]
si l'atrophie ne se produit point, c'est que la néphr[ite]
totale n'a point épargné de territoires qui suppléent
régions détruites, et la mort arrive avant que les lési[ons]
aient eu le temps d'évoluer.

A rapprocher des faits précédents quelques cas où [des]
obstacles, siégeant sur la veine émulgente ou la veine ca[ve]
inférieure, ont réalisé spontanément les conditions de
ligature expérimentale de ces vaisseaux et produit [les]
lésions propres au rein cardiaque. Ce sont : les
Peacock (obstruction de la veine cave inférieure), de [...]
ruelle (caillots dans la veine rénale, dans une observation
de pleurésie avec albuminurie), de Leudet, de Bamb[erger]
de Luschka (cas de mal de Bright développé à la suit[e]
stase veineuse produite par une tumeur au niveau de l'[em-]
bouchure de la veine cave dans l'oreillette droite). Il
de même pour les cas de thrombose des veines rénale[s]
dans le cours de certaines cachexies, dans le cancer du rei[n]
dans l'athrepsie; et pour les cas de compression sur la vei[ne]
rénale ou la veine cave par des tumeurs de l'abdomen,
l'utérus gravide à partir du sixième mois.

## IV

Anatomie pathologique. — *Première période. — Rein [car-]*
*diaque congestionné.* — Le rein cardiaque à sa phase co[ngestive]
tive est souvent considérablement augmenté de volum[e]
peut le voir acquérir plus du double de son poids nor[mal]
sa surface, lisse, rouge lie de vin, parfois rouge bleu
présente de fines arborisations vasculaires, qu'on reco[nnaît]
facilement pour les étoiles de Verheyen gorgées de
La décortication du rein se fait sans difficulté, le
pénètre aisément dans l'épaisseur du parenchyme. A l[a]

coupe, un sang abondant, noirâtre s'écoule et vient re- la surface de section produite par le couteau : après grande eau, on aperçoit la substance pyramidale par sa teinte plus foncée sur le fond plus pâle la couche corticale. Le cortex est parsemé de rouges, correspondant aux glomérules de Malpighi, les uns petits, formés par les cavités glomérulaires remplies de sang, les autres plus volumineux, véritables ecchymoses par des hémorragies intracapsulaires. Dans les pyramides, sur le fond, se détachent de véritables stries; longitudinales, plus ou moins rectilignes, dues à la présence des capillaires et vaisseaux droits dilatés au et des tubuli gorgés de sang.

A l'examen microscopique, les vaisseaux du rein apparaissent distendus par le sang, comprimant entre eux les tubes urinifères dont la lumière est aplatie; en d'autres cette lumière est obstruée par des cylindres hyalins des globules sanguins. Sur une section perpendiculaire à l'axe de la pyramide, les vaisseaux offrent un diamètre considérable; leur forme reste en général arrondie et régulière, mais sur quelques points ils ont cédé sous l'afflux éclaté, donnant lieu à des hémorragies interstitielles plus ou moins considérables; çà et là, on retrouve au milieu d'un de ces foyers des débris de tubuli dilacérés. Dans le cortex les glomérules, qui formaient ce semis de points rouges visibles à l'examen macroscopique, sont le siège d'une congestion intense; leurs bouquets vasculaires remplis de sang : les vaisseaux çà et là ont éclaté sous l'influence de la pression et il s'est produit une hémorragie dans l'intérieur de la capsule, que remplit un amas de globules sanguins ou un exsudat coloré en jaune ou jaune plus ou moins foncé par les hématies : cet exsudat, abondant en certains points, a refoulé le paquet vasculaire et donné naissance à de véritables petits kystes. A un plus fort grossissement, on voit les cellules des tubes urinifères comprimées, aplaties contre la paroi par les globules sanguins; nombre d'entre elles sont en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, ou envahies parfois par du pigment sanguin qui y forme des granulations de teinte ou brunâtre.

*Deuxième période ou d'induration cyanotique.* — Le rein est augmenté de volume, comme dans la phase précédente, est également le siège d'une stase sanguine les phénomènes de congestion passive y prédominent et les lésions macroscopiques et microscopiques décrites plus haut s'y rencontrent au même degré. Une modification s'est produite : c'est l'hyperplasie et l'hypertrophie des éléments conjonctifs; il y a épaississement des parois des veines, des capillaires et du tissu conjonctif interstitiel; aussi les cloisons qui séparent les tubes et les vaisseaux apparaissent-elles comme considérablement élargies; ceci est surtout apparent vers le sommet des pyramides où une coupe perpendiculaire à leur axe montre le tissu conjonctif formant autour des tubes et des vaisseaux de larges anneaux. A la coupe, l'organe est dur, sous le couteau, l'ongle n'y pénètre plus que difficilement; la capsule, tout en se laissant encore détacher, cède un peu à la traction, par suite de son adhérence à la substance corticale; elle est épaissie, et souvent unie par des expansions fibreuses assez denses au parenchyme

*Troisième période; atrophie rénale; rein granuleux.* — Le rein est notablement diminué de poids, n'ayant plus quelquefois que la moitié, le tiers du volume normal, présente l'aspect d'un rein de néphrite interstitielle, sauf une coloration violacée, une teinte cyanotique persistante qui est souvent caractéristique. La surface n'est plus lisse; elle présente un aspect bosselé, granuleux, plus ou moins accentué, avec des dépressions cicatricielles irrégulières semées çà et là; on peut même y rencontrer de petits kystes. La capsule adhère au cortex : cette adhérence, surtout prononcée au niveau des cicatrices que nous avons remarquées sur la surface, s'oppose à la décortication. A la coupe, la couche corticale amincie considérablement peut ne présenter que 1 millimètre d'épaisseur.

En pratiquant des coupes dans un rein cardiaque ainsi atrophié, on trouve, disséminées dans son épaisseur et sans distribution régulière, des plaques de sclérose : ces plaques se rencontrent dans la substance corticale, sous la capsule, au niveau des étoiles de Verheyen (plaques sous-capsulaires); mais elles sont incontestablement plus nombreuses au niveau de la substance médullaire, dans les pyramides, entre les gros tubes collecteurs. Pour Schmaus et Horn, cette distribution des foyers de sclérose n'est nullement irrégulière; elle présente des rapports très nets avec la distribution vasculaire du rein. Dès le début de l'induration cyanotique, avec commencement de granulation de la surface, on peut trouver des points où la capsule fibreuse épaissie est plus difficile à décortiquer; cette décortication entraîne même souvent l'arrachement de petites parcelles de substance, ou la déchirure de la capsule en ces points. Ceci se produit au niveau des étoiles veineuses, où les petites veines pénètrent en convergeant de la capsule dans le rein, pour se jeter dans la veine interlobulaire. C'est en ces points que se produiront les foyers de rétraction; ces foyers corticaux ont une forme caractéristique, presque toujours triangulaire, à sommet inférieur, répondant à l'embouchure des étoiles veineuses dans un tronc plus gros.

Au niveau de ces plaques de sclérose, on trouve : 1° les tubes urinifères plus ou moins aplatis, déformés, refoulés par les vaisseaux dilatés; d'autres en collapsus complet, atrophiés, ne se reconnaissent parfois qu'à la persistance d'une ou deux cellules épithéliales sur leur paroi : leur épithélium est desquamé en partie, les cellules en dégénérescence graisseuse, formant parfois au milieu de la lumière canaliculaire un détritus amorphe; — 2° les vaisseaux dilatés, remplis de globules sanguins, présentent un épaississement notable de leurs tuniques. Cet épaississement atteint la paroi des artères aussi bien que celle des veines; sur les artères, il intéresse l'adventice, la tunique interne et souvent même la tunique musculaire, tandis que, sur les veines, c'est à peine si la tunique externe est touchée. C'est ce qui a été constaté par Schmaus et Horn, qui ont longtemps cherché des reins cardiaques à altérations veineuses prédominantes ou même exclusives, et qui ont tout d'abord éliminé tous les cas suspects d'athérome. Ils en concluent que les parois artérielles sont, en général, plus intéressées que les parois veineuses. En examinant les vaisseaux passant au voisinage des foyers de sclérose, ils ont vu la transition constituée par un tissu fibrillaire partant du foyer et se continuant directement avec l'adventice épaissie; — 3° les glomérules sont dilatés, remplis de sang, avec leur capsule de Bowmann épaissie, ou, au contraire, atrophiés, en dégérescence fibreuse; on y peut constater, en un mot, tous les stades de l'atrophie, jusqu'à la destruction complète; — 4° les espaces interstitiels, qui ont complètement disparu sur quelques

points, où les vaisseaux distendus sont directement accolés aux tubes urinifères voisins qu'ils compriment, présentent en général une épaisseur inusitée, remplis de fibres conjonctives à trajet onduleux, avec peu de noyaux. Au milieu de cette masse fibrillaire, formée par les éléments fusiformes, on peut trouver un certain nombre de cellules lymphoïdes.

Sur des plaques plus avancées, on distingue, au sein d'un tissu fibreux plus ou moins dense, quelques amas de cellules rondes, mais on n'y retrouve quelquefois plus ni vaisseaux, ni canalicules urinifères.

L'ensemble de ces lésions : adhérence et épaississement de la capsule, hyperplasie et rétraction graduelle des éléments conjonctifs interstitiels, sclérose des parois artérielles, dégénérescence fibreuse des éléments nobles de l'organe, lésions qui aboutissent à l'atrophie granuleuse du rein, constitue une néphrite interstitielle, mais d'une variété particulière et qu'il n'est pas, en général, difficile de différencier de la néphrite interstitielle commune. Au point de vue macroscopique, la surface du rein dans la néphrite cardiaque présente, non pas les fines granulations que l'on observe dans le petit rein contracté classique, mais, au contraire, de larges bosselures séparées par des enfoncements plus ou moins profonds et irrégulièrement distribués; autour de ces dépressions apparaissent les étoiles de Verheyen gorgées de sang, et comme le rein cardiaque, même à cette période, reste un rein cyanotique, l'organe offre une coloration rouge foncé, rouge bleuâtre, qui constitue déjà un excellent signe différentiel. Au microscope, dans les parties encore respectées par la sclérose, on trouve les vaisseaux, les tubuli et même les glomérules remplis de globules sanguins. Enfin, un des éléments les plus importants, c'est la distribution particulière de la sclérose qui, envahissant le tissu rénal par plaques, laissant entre ces plaques des espaces plus ou moins considérables de parenchyme sain ou simplement congestionné, se montre, par conséquent, dépourvue de toute systématisation. C'est une sclérose insulaire (Bard). De plus, le tissu scléreux rétractile frappe plutôt la substance médullaire que la couche corticale [la sclérose est surtout manifeste à la pyramide (Gombault)], et c'est là encore le contraire de ce qui se passe dans la néphrite interstitielle commune.

V

Symptômes et diagnostic. — *Asystolie commune.* — Dans l'attaque d'asystolie d'intensité moyenne, le rein est, au même titre que les autres viscères, foie, poumons, encéphale, le siège d'une congestion plus ou moins intense par stase veineuse. Cette congestion se traduit par l'oligurie, l'albuminurie et les hydropisies.

Les urines sont rares, réduites à 500, 300, 200 grammes, foncées, abandonnant par le refroidissement et le repos un sédiment pulvérulent, rouge briqueté; leur poids spécifique s'élève à 1020, 1030 et plus; leur réaction est acide; elles contiennent de l'albumine, généralement en petite quantité, de quelques centigrammes à un gramme au plus. Cette apparition de l'albumine expliquée par l'accroissement de la pression du sang dans les vaisseaux du rein (Trousseau, Jaccoud, Bartels), ou par le ralentissement du cours du sang (Charcot, Litten, Posner, Bamberger, Lépine), a été attribuée par quelques auteurs (Becquerel et Vernois, Lecorché et Talamon, Heidenhain) à une modification de la nutrition et à des lésions de l'épithélium rénal : ano des cellules (Heidenhain). En général, la cause mé suffit à expliquer l'albuminurie ; ce qui le prouve, parallélisme qui s'établit si nettement entre l'éta contraction cardiaque et le taux de l'albumine, qui d souvent dès que la tension artérielle se relève, soit nément, soit sous l'influence d'un traitement appro cela en trop peu de temps pour que l'on puisse adı régénération d'un épithélium détruit.

Le taux de l'urée, de l'acide urique, des urates, d rures et des phosphates, quoique diminué d'un absolue, est le plus souvent augmenté relativem quantité des urines, ce qui explique que les acciden dus à la rétention des produits excrémentitiels d ne soient pas plus fréquemment observés.

Les hydropisies qui envahissent le tissu cellula cavités séreuses sont facilement explicables par la se produit au niveau des circulations locales ; n sont aidées par la disproportion entre la quantité d ingéré et la quantité de liquide éliminé par le rein portion qui est normalement de 70 à 88 p. 100 de quelquefois, d'après Bartels et Rehder, à 18,6 p. 100 être, enfin, l'abaissement de la proportion d'albu sang aurait-elle une influence sur leur production

Le diagnostic de la congestion rénale au cou taque d'asystolie est donc facile, décelée immé par les modifications quantitatives et qualitati urines.

*Asystolie rénale.* — *A. Forme intense; Urémie.* — Dan dès le début de la crise asystolique, la congestion au maximum dans le rein ; la stase veineuse y par compression, destruction des éléments du paren une véritable imperméabilité rénale ; aussi les au nomènes asystoliques, du côté des différents visc tent-ils dans l'ombre et le malade offre à l'obs tableau plus ou moins complet de l'urémie.

Le malade, au lieu de présenter le facies turge nosé, aux lèvres bleuâtres, particulier au cardia lique, est le plus souvent très pâle, bouffi, sa derniers moments, où l'asphyxie amène l'app marbrures de la face. Assis sur son lit, couver froides abondantes, il présente une dyspnée f dyspnée qui domine toute la scène et va prog augmentant. Si l'on ausculte avec soin les poum trouve quelquefois de la congestion des bas d'hydrothorax, parfois un ou plusieurs infarc signalent également par l'apparition de crac ptoïques : mais la gravité de ces lésions pul loin d'être en rapport avec l'intensité de la dy affaire à une dyspnée toxique, due à l'influenc duits de désassimilation retenus dans le cour toire (1). Vers la fin, au moment de l'approche les poumons peuvent être envahis, au contraire fins de l'œdème pulmonaire. Enfin, on peut const malades, le phénomène de la respiration de C la plus typique, avec périodes d'apnée de 30 à

Le malade se plaint de violentes douleu rachialgie analogue à celle que l'on observe da

(1) Huchard. La dyspnée toxique dans les maladies traitement, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, ... *letin méd.*, mars 1893. — Tournier. Th. de Paris, 189 *clinique*, 1891, n° 51.

frigore. Le taux urinaire s'abaisse rapidement à quelques grammes, à quelques gouttes; enfin l'anurie peut être complète. L'examen de ces quelques gouttes d'urine, très foncée, quelquefois très rouge, par suite de la présence du sang, y démontre l'existence de cylindres hyalins, de cylindres épithéliaux et de globules sanguins, en plus ou moins grande quantité. Souvent les vomissements, la céphalalgie, le délire viennent compléter le tableau, et la maladie, après une durée de deux à trois jours, se termine par le coma.

C'est dans ces cas que le diagnostic devient extrêmement difficile. A la ville où, à défaut du malade, l'entourage peut renseigner le médecin sur les commémoratifs, sur l'existence antérieure d'une cardiopathie et quelquefois d'attaques d'asystolie précédentes, la tâche est un peu facilitée. A l'hôpital, ces renseignements manquent souvent, le malade étant en proie à l'orthopnée, au délire ou plongé dans le coma, et le diagnostic porté presque toujours dans ces cas est le suivant : néphrite aiguë et urémie. L'auscultation du cœur donne le plus souvent des résultats négatifs : les bruits sont sourds, couverts par le bruit de la respiration ou les râles pulmonaires. Il est presque impossible de reconnaître la présence de souffle ou de bruits anormaux. Seule, par conséquent, la connaissance d'une maladie du cœur dans les antécédents du malade pourra mettre l'observateur sur la voie : on devra également rechercher avec soin du côté des autres organes, s'il ne s'y produit pas quelques phénomènes congestifs, pouvant révéler la possibilité de l'asystolie, ainsi : la recherche de l'augmentation de volume du foie, des battements hépatiques, et quelquefois même d'une légère teinte subictérique, etc. Sans cela, tous les signes présentés par le sujet, la pâleur, la bouffissure de la face, la rachialgie, la forme particulière de la dyspnée, son intensité et son rythme de Cheyne-Stokes, l'anurie, la brusquerie du début de ces accidents, tout est en faveur du diagnostic : urémie-néphrite aiguë.

*Forme légère.* — Observée chez des sujets frappés déjà, la plupart du temps, par une ou plusieurs attaques d'asystolie, et chez lesquels l'albuminurie est devenue persistante. La fonction urinaire est en apparence normalement établie, les œdèmes et les hydropisies ont disparu, mais l'albumine persiste; il s'est constitué des lésions rénales définitives. Dès lors, la plus légère défaillance cardiaque a son retentissement immédiat sur le rein; en l'absence même d'autres accidents, on voit survenir : diminution des urines, albuminurie plus abondante, léger œdème de la face, bouffissure des paupières, dyspnée, dyspnée à caractère asthmatique, accompagnée parfois de points congestifs du poumon, points mobiles et changeants, rappelant ...lations des bronchites albuminuriques décrites par ...

... forme de rein cardiaque ne présente pas par elle ...e grands dangers, mais elle peut faire craindre, ... malade, l'apparition des accidents mortels décrits ...itre précédent; aussi y aurait-il intérêt majeur à ...ître, dans le cours d'une cardiopathie, le moment ...sion rénale se constitue, afin d'en combattre les ... par une médication appropriée. Ce diagnostic est-il ...? Oui, grâce à la persistance de l'albuminurie, ...nalée, et grâce à un signe sur lequel Cuffer, à ...a longuement insisté, l'apparition d'un bruit de ...

...ez un cardiaque mitral, il peut se produire et il se produit souvent une hypertrophie du cœur gauche; or, tant que cette hypertrophie dépend purement de la lésion mitrale, elle ne donne lieu à aucun signe stéthoscopique autre que le renforcement du premier bruit, l'abaissement de la pointe et l'augmentation de la matité cardiaque; il n'y a pas de bruit de galop. Mais quand, au bout d'un certain temps, les principaux viscères, foie, cerveau, reins, se trouvent le siège d'une congestion persistante, le rein en particulier peut, à un moment donné, se trouver très malade. Par suite de la stase veineuse et lympathique continue, il s'y développe un processus de sclérose; c'est la néphrite interstitielle d'origine cardiaque. Eh bien, à ce moment-là, le cœur commence à présenter un bruit de galop, et ce bruit ne survient que lorsque le rein cardiaque est constitué. Cette apparition a une réelle importance, non seulement au point de vue du pronostic puisque le cardiaque peut mourir d'urémie, mais encore au point de vue du traitement; car, au début, alors que la lésion rénale est encore en voie d'évolution, on a encore une certaine prise sur elle; plus tard, il est trop tard : les lésions définitivement constituées ne sont plus susceptibles de rétrocession. »

*Rein cardiaque scléreux.* — Il est inutile d'insister sur les signes du rein cardiaque arrivé à la période de sclérose, puis d'atrophie. Il suffit de se reporter au tableau connu de la néphrite interstitielle commune, dont on peut retrouver ici tous les symptômes réunis ou groupés diversement. Seuls, les caractères de l'urine peuvent différer des caractères physiques de l'urine brightique et ces urines rester rares, troubles et sédimenteuses.

## VI

Traitement. — « Le meilleur traitement de l'albuminurie cardiaque est assurément le traitement préventif, qui consiste à prévenir la paralysie du cœur, cause de tous les accidents » (Jaccoud). Ce doit être là le premier objectif de la thérapeutique, qui consistera en médication tonique, en précautions hygiéniques, le malade évitant avec soin les refroidissements, les excès de fatigue physique ou intellectuelle et les émotions morales. Lorsque survient l'attaque d'asystolie, que l'on aura ainsi retardée, mais non évitée le plus souvent, lorsque la congestion rénale aura fait son apparition, signalée par l'apparition de l'albuminurie et la rareté des urines, c'est encore aux toniques du cœur qu'il faudra recourir, digitale surtout, en infusion, macération ou teinture, caféine, strophantus, convallamarine, etc., mais il est bon de faire tout d'abord une révulsion énergique sur le tube intestinal, pour hâter la disparition de l'anasarque, qui fait obstacle à la circulation périphérique, et ne permet pas à la digitale d'exercer son maximum d'action. On purgera donc le malade avec l'eau-de-vie allemande, associée à parties égales de sirop de Nerprun (30 à 40 grammes), ne craignant pas de réitérer, au bout de deux à trois jours, si le résultat obtenu par une première administration n'est pas jugé suffisant. On associera ensuite aux toniques cardiaques le régime lacté et les diurétiques végétaux.

Si, malgré l'intervention, les phénomènes asystoliques sont portés au paroxysme et que, sous l'influence de la congestion rénale, des symptômes d'urémie fassent leur apparition, il faut aussitôt : 1° chercher à éliminer les poisons dont la rétention détermine les accidents urémiques,

ceci à l'aide des drastiques et des diurétiques, le lait en première ligne ; 2° combattre l'action nocive de ces poisons dans le sang par l'oxygène en inhalations, qui aide à leur combustion ; 3° tenter de rétablir la perméabilité du rein, à l'aide des révulsifs sur la région lombaire, ventouses sèches, ventouses scarifiées s'il n'y a pas d'œdème, cataplasmes sinapisés, pointes de feu (les vésicatoires sont formellement contre-indiqués). Mais le moyen par excellence est encore la saignée générale, qui, par son action favorable sur l'activité cardiaque et, par suite, sur la circulation générale et les circulations locales, donne parfois de merveilleux résultats. On a pu voir, à la suite de cette thérapeutique énergique, la circulation rénale devenant plus active, le taux urinaire se relever et les accidents urémiques s'amender, puis disparaître.

Un mot, pour terminer, sur le traitement du rein cardiaque en voie d'atrophie, traitement qui ne diffère en rien de celui du mal de Bright ordinaire, reposant sur l'emploi du régime lacté, des diurétiques et de l'iodure de potassium, les accidents de parésie cardiaque qui surviennent de temps à autre dans le cours de la maladie, restant justiciables de l'emploi des toniques appropriés, digitale, caféine et autres, dont il est parlé plus haut.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mai 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

M. le Président annonce la mort de MM. Dezanneau (d'Angers) et Krassowski (de Saint-Pétersbourg).

La commission nommée pour établir la liste des candidats à la place d'associé libre est composée de MM. Collin, Brouardel, Labbé, Budin, Mégnin, Robin, Duclaux et Perrier.

### RAPPORTS

**De la stomatite diphtéroïde.** — M. Rendu lit un rapport sur un travail de M. Mongour, relatif à ce sujet.

M. Mongour dans son travail tendait à établir que la stomatite diphtéroïde n'existe pas, en tant qu'entité morbide.

M. Rendu dit que les objections, tant bactériologiques que cliniques de l'auteur, n'ont pas la valeur qu'il semble leur attribuer, et que les recherches par lui entreprises sur ce sujet démontrent simplement la difficulté du problème.

**L'acétate de thallium contre les sueurs des phtisiques.** — M. Huchard lit un rapport sur un travail de M. Combemale (de Lille), sur l'emploi de l'acétate de thallium à la dose de 10 centigrammes par jour contre les sueurs des phtisiques. Ce médicament agit en effet très puissamment sur les sueurs, mais il présente parfois deux graves inconvénients. Il peut faire tomber les cheveux et déterminer en vingt-quatre heures une alopécie presque complète. Chez deux malades de M. Huchard il a aussi produit des douleurs vives des membres inférieurs. M. Huchard pense donc que l'usage de ce médicament doit être absolument déconseillé.

### COMMUNICATIONS

**Étiologie et traitement de la chorée.** — M. Vallin lit, au nom de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), une note sur ce sujet.

Les sources nerveuses sont hors de doute dans l'étiologie de la chorée. Celle-ci n'est que la détermination cérébro-médullaire de l'infection rhumatismale développée dans l'organisme d'un hystérique ou d'un neurasthénique.

Sous l'influence de l'antipyrine, de l'exalgine, de l'asaprol, de l'analgène, toutes les manifestations choréiques ne tardent guère à disparaître dans l'espace de dix-huit à cinquante jours.

**Ulcère syphilitique de l'estomac.** — M. Dieulafoy communique l'observation suivante : le 18 janvier, entre dans son service un homme pâle, maigre, au teint terreux, vomissant tout ce qu'il prenait, présentant, en un mot, tous les symptômes de l'ulcus simplex de Cruveilhier. Cet homme avait déjà eu plusieurs hématémèses. Depuis un an et demi il était soumis au traitement par le régime lacté, le képhir, le bicarbonate de soude à hautes doses, la révulsion, etc., sans en éprouver aucun résultat. Il passe successivement par les services de MM. Ménétrier, Ferrand, Gingeot, Vaquez : régime lacté, bicarbonate de soude, vésicatoires répétés, pointes de feu, bains prolongés, lavages de l'estomac, tous ces moyens employés restèrent sans résultat, le malade vomissait toujours, maigrissait et avait parfois des hématémèses. Il entre dans le service de M. Dieulafoy ; M. Kahn, son chef de clinique, ayant constaté sur ses membres des cicatrices d'ulcérations syphilitiques, se demanda si l'ulcération de l'estomac ne serait pas de nature syphilitique. En effet les premiers accidents d'ulcus avaient débuté au moment où il était en pleine éruption secondaire. M. Dieulafoy soumet alors ce malade aux injections sous-cutanées de bi-iodure de mercure en solution huileuse à la dose quotidienne de 4 milligrammes.

Après la sixième injection, le malade ne vomissait plus, après la quatorzième il mangeait toutes sortes d'aliments. On ajouta, alors, au traitement, 1 gramme d'iodure de potassium par jour. Après trente injections, il sortait de l'hôpital complètement guéri et ayant gagné plusieurs kilogrammes.

Ce qu'un an et demi de traitements multiples dirigés contre l'ulcus simplex n'avaient pu faire, quelques injections mercurielles l'ont réalisé. Il est donc rationnel d'admettre que le traitement spécifique a favorisé ici la réparation de la lésion stomacale comme il favorisa la réparation des ulcérations de la peau d'origine syphilitique. Du reste la syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on le suppose, ainsi que le rappelait récemment M. Fournier. M. Dieulafoy passe ici en revue les faits anatomo-pathologiques : il cite d'abord une observation de Cornil, les faits rapportés en 1891 dans le travail de Chiari, tels que ceux de Cruveilhier, de Lancereaux, de Klebs, de Weichdelbann, de Vagner, etc. Voici les conclusions du travail de Chiari :

1° Il existe des lésions de l'estomac véritablement provoquées par la syphilis.

2° La relation de ces lésions avec la syphilis est directe ou indirecte.

3° Les lésions directement produites par la syphilis sont très rares ; ce sont des gommes ou de l'infiltration inflammatoire.

4° Les lésions indirectes sont dues à des troubles de circulation produits par des lésions hépatiques ou à des hémorragies faisant partie du complexus hémorragique déterminé par la syphilis.

5° Le processus gommeux est caractérisé par la présence de tissu gommeux développé tout d'abord dans la tunique sous-muqueuse.

6° Par la fonte des foyers gommeux et par l'action du suc gastrique, il peut se faire des ulcères syphilo-peptiques suivis ou non de cicatrices.

Après les faits anatomo-pathologiques viennent les faits cliniques : il y a soixante ans, Andral, dans ses cliniques, publiait deux observations de syphilis de l'estomac tout à fait remarquables. M. Dieulafoy donne lecture de ces observations. Il rappelle également celles de Marc, celles de Fournier, de Gaillard, etc., et termine par les conclusions suivantes :

1° La syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer.

2° Les lésions syphilitiques de l'estomac se présentent sous des formes variées : érosions hémorragiques, ecchymoses de la muqueuse, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse, plaques gommeuses, gommes circonscrites, ulcérations gommeuses, cicatrices d'ulcères gommeux.

3° Ici, comme dans toutes les pertes de substance des parois stomacales, il est probable que l'action du suc gastrique continue ce que le processus ulcéreux initial a commencé.

4° Les symptômes de l'ulcération syphilitique de l'estomac peuvent rappeler tous les symptômes de l'ulcus simplex : douleurs xyphoïdienne et rachidienne, intolérance stomacale, vomissements alimentaires, grandes et petites hématémèses, melæna, amaigrissement cachectique.

5° Aucun de ces symptômes ne permet d'affirmer la nature syphilitique de la lésion stomacale. Toutefois les signes de l'ulcus simplex survenant chez un syphilitique, il est permis de supposer que la lésion stomacale est elle-même syphilitique.

6° Il ne faut donc jamais oublier de rechercher la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint des symptômes de l'ulcus simplex ou de l'exulceratio simplex.

7° En pareille circonstance, le traitement doit être aussitôt institué : préparations mercurielles et iodure de potassium.

8° La notion de la syphilis, comme cause des ulcérations stomacales, est d'autant plus importante à connaître qu'elle permet de guérir des malades qu'on serait tenté de livrer à l'intervention chirurgicale.

### ÉLECTION

L'académie procède à l'élection d'un membre associé national. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 65, majorité 33, M. Ehrmann (de Mulhouse) est élu par 58 voix.

### LECTURE

**La protection de l'enfance en France en 1896.** — M. FERN. LEDÉ lit sur ce sujet une communication qui sera publiée.

**Guérison de l'ophtalmie purulente par le protéinate d'argent (protargol).** — M. DARIER lit sur ce sujet une note que nous publierons prochainement.

**Sur une série de douze craniectomies.** — M. CHIPAULT fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

**Modes de guérison de l'hypertrophie sénile de la prostate.** — M. A. GUÉPIN lit, sur ce sujet, une communication qui sera publiée ultérieurement.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Parmentier, Boulloche et Méry.

— Le jury du concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 3 juin, est provisoirement composé de MM. Hervieu, Huchard, Marie, Mathieu, Rendu, Tennesson et Tuffier.

Les candidats, au nombre de soixante-trois, sont : MM. Achalme, Apert, J. Auclair, Auscher, Aviragnet, Beaumé, J. Belin, Berbez, Bergé, F. Bezançon, Boix, L. Brodier, G. Brouardel, Bruhl, Charcot, Charrier, H. Claude, Coffin, Dufour, E. Dupré, Enriquez, Ettlinger, Fournier, Gallois, G. Gasne, Gastou, Gouget, de Grandmaison, Hudelo, Hulot, L. Kahn, A. Laffitte, Lamy, Lantzenberg, Legry, Leredde, Létienne, L. Lévi, Londe, G.-R. Lyon, Macaigne, Mangin-Bocquet, R. Marie, de Massary, M. Michel, Nageotte, P.-H. Papillon, du Pasquier, Pilliet, Plicque, Potier, J. Renault, de Saint-Germain, Sallard, Marcel Sée, Sergent, J. Sottas, Soupault, Souques, Springer, Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thiroloix, P. Tissier, Tolleiner, Triboulet, Veillon et Zuber.

— Le jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 26 mai, est composé provisoirement de : MM. Berger, Broca, Duplay, Kirmisson, Lacombe, Michaux et Schwartz.

Les candidats, au nombre de vingt-deux sont : MM. Auvray, Banzet, Beaussenat, G. Bernard, Bouglé, Brézard, M. Brodier, Cazin, Delbet, Genouville, Glantenay, Jayle, P. Launay, Longuet, Marion, Mayet, Michon, Mignot, Péraire, Reblaud, Reymond et Riche.

— Le jury du concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris qui doit s'ouvrir le 23 mai, est composé de MM. Bonnaire, Champetier de Ribes, Descroizilles, Delens, Doléris, Pinard et Ribemont-Dessaignes.

— Le jury du concours du prosectorat, qui doit s'ouvrir le mardi 24 mai, est constitué comme suit : MM. Guyon, Duplay, Richet, Berger et Terrier.

Les candidats au nombre de douze, sont MM. Brin, Cunéo, Dujarrier, Fredet, Herbet, Le Fur, Luys, Mouchet, Ombredanne, Roger, Veau et Wiart.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Par suite du décès de M. Humbert Mollière, M. L. Bard passe de l'hospice Saint-Pothin à l'Hôtel-Dieu ; M. Josserand passe de la Croix-Rousse à Saint-Pothin ; M. Roque passe du Perron à la Croix-Rousse et M. Pic est nommé titulaire au Perron.

— Par décret, en date du 15 mai 1898, M. le médecin de première classe Bohéas a été promu au grade de médecin principal, dans le corps de santé de la marine.

— Par décret, en date du 15 mai 1898, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

*Au grade de médecin principal.* — MM. les médecins de première classe des colonies Sallebert, Bannerot et Mondon.

*Au grade de médecin de première classe.* — MM. les médecins de deuxième classe des colonies David, Poumayrac, Lasnet, Noblet, Jourdran, Toché et de Fayard.

— Par décret, en date du 17 mai 1898, a été nommé, dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin principal : M. le docteur Barallier, médecin principal de la marine, en retraite.

— Par décision ministérielle, en date du 16 mai 1898, M. Le Bihan, médecin aide-major de deuxième classe au 86e d'infanterie, a été désigné pour être détaché pendant les saisons thermales de cette année à l'hôpital de Bourbon-l'Archambault, en remplacement de M. le médecin aide-major de première classe Colomb, maintenu au 105e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Drouin, chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale.

— *Hôpital civil d'Alger.* — Une médaille d'or est accordée à M. Gillot, interne de la clinique des enfants, atteint de typhus en donnant ses soins aux typhiques de la salle Sainte-Philomène.

— Le « Bulletin des lois de Russie » publie une ordonnance impériale, accordant aux femmes-médecins le droit de faire partie des services de l'État.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

LE SAMEDI 18 JUIN 1898

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de *pansement, gazes et cotons antiseptiques, mackintosh, protective*, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er juillet 1898.

Ces fournitures sont évaluées approximativement :

1er et 2e lots. *Gazes iodoformées et au salol*, 51 000 fr. par lot.

3e et 4e lots. *Coton au salol et boriqué, mackintosh, protective, lint boriqué*, 13 000 fr. par lot.

5e lot. *Coton hydrophile*, 50 000 kilogs.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de ladite Administration, avenue Victoria, n° 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 59. — MARDI 24 MAI 1898. 71e ANNÉE. MARDI 24 MAI 1898. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

| | | | |
|---|---|---|---|
| FRANCE | 3 mois : **8 fr. 50.** | — 6 mois : **16 fr.** | — 1 an : **30 fr.** |
| UNION POSTALE. | 3 mois : **10 fr.** » | — 6 mois : **18 fr.** | — 1 an : **35 fr.** |

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 23 mai 1898.

Au moment où le nouveau directeur de l'Assistance publique vient de s'installer et de prendre possession de ses différents services, il nous saura gré de lui signaler quelques défectuosités qui contribuent à grever le budget qu'il a la difficile mission d'équilibrer.

Il existe à Paris une maison appartenant à l'Assistance publique et fonctionnant à l'aide de ses deniers, qu'on désigne sous le nom de Maison municipale de santé, ou plus habituellement sous le nom de Maison Dubois. Cet établissement faillit, il y a deux ans à peine, être supprimé. Mais il résista à l'assaut qui fut tenté contre lui. Fut-ce à tort ou bien avec raison que la pioche des démolisseurs respecta l'immeuble menacé? C'est là un sujet d'études approfondies qu'il serait possible de mener à bien à l'aide de documents précis.

La Maison Dubois est destinée à une clientèle de malades peu fortunés qui redoutent l'hôpital, mais qui ne peuvent faire chez eux les frais d'un traitement coûteux. Cette catégorie très intéressante de malades, fonctionnaires, employés, commis, travailleurs de toutes sortes, classe de gens ni pauvres ni riches, devait attirer l'attention de l'Assistance publique. Ce n'est pas sans raison qu'on a créé pour eux un établissement spécial, mi-hôpital, mi-maison de santé, où ces malades peuvent trouver les soins de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, tout en évitant les promiscuités pénibles de la salle commune. Mais si des malades aisés pénètrent et se glissent honteusement dans nos hôpitaux, à la Maison Dubois ils pénètrent en maîtres, la tête haute. Ils sont chez eux, puisqu'ils paient.

C'est de ces malades dont nous voulons parler aujourd'hui, et, au hasard, voici deux ou trois exemples de malades pris dans le nombre.

Une dame A..., habitant la province, atteinte d'un volumineux fibrome utérin, vient consulter à Paris. Elle cherche comment éviter les honoraires chirurgicaux, sans toutefois entrer à l'hôpital. La Maison Dubois est tout indiquée. La malade y est opérée et guérie. Elle a acquitté les droits de 6 à 7 francs par jour. Elle est en règle vis-à-vis de l'Assistance publique. Mais celle-ci est-elle quitte vis-à-vis du corps médical en ayant hospitalisé une malade, notable commerçante d'une grande ville, qui avouait qu'elle eût pu payer des honoraires dont se seraient contentés maints chirurgiens, et non des moins habiles? Ce que confirma d'ailleurs le médecin de son pays, qu'elle fit venir pour assister à l'opération.

Un autre malade vient trouver l'un des chirurgiens de la Maison et lui tient très ouvertement ce langage : « Docteur, j'ai une certaine aisance et je paierais facilement les 2000 francs nécessaires pour l'opération que je dois subir. Mais je serais bien naïf, alors que je puis être débarrassé gratuitement de mon infirmité à la Maison Dubois, de dépenser quoi que ce soit. Cela me permettra de faire en Suisse un excellent voyage de convalescence. » Et ledit malade prend un appartement où il loge, lui et sa femme, pour 12 francs par jour, enchanté du bon accueil que l'Assistance publique de Paris lui a réservé, à lui provincial aisé et malin.

Cette fois, il s'agit d'un jeune Parisien, fils de notables industriels dont le nom est fort connu sur la place de Paris : la maison paternelle est immense, fort renommée, elle occupe plusieurs centaines d'ouvriers, mais l'économie y règne en maîtresse et les cordons de la bourse y sont fortement serrés. Survient une appendicite grave, avec accidents hépatiques. Vite à la Maison Dubois, où le malade est opéré et guéri, aux frais de l'Administration.

Si la Maison Dubois, hôpital payant, couvrait ses dépenses par ses recettes et équilibrait son budget, il n'y aurait de lésés que les médecins, chirurgiens, pharmaciens, gardemalades et maisons de santé de la ville. Mais la Maison Dubois est une lourde charge pour le budget de l'Assistance publique. L'hospitalisation de ces malades est donc nuisible aux intérêts de tous.

On dit que le nouveau directeur est bien pénétré de l'idée que l'hôpital appartient aux seuls pauvres, nul doute alors qu'il ne fasse rechercher les modifications qui pourraient être apportées au fonctionnement de la Maison municipale de santé.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

L'existence en ce moment, à Paris, d'une **épidémie de méningite cérébro-spinale**, signalée dans la dernière séance par M. Netter, semble confirmée par l'apparition de nouveaux cas signalés de différents côtés.

M. Troisier, en effet, communique, pièces à l'appui, l'observation d'un nouveau cas de méningite cérébro-spinale chez un homme de quarante-trois ans, dont l'examen bactériologique a été fait par M. Netter.

M. Galliard rapporte également une observation dans ce sens, bien que l'examen anatomique des méninges spinales n'ait pas été fait; la maladie a évolué en trois jours. M. Béclère en cite de son côté un cas observé en ville, et ayant évolué en quarante-huit heures. Ajoutons que, depuis huit jours, M. Netter a eu l'occasion d'observer cinq cas nouveaux, dont quatre avec autopsie. Ces faits prouvent donc, comme nous le disions plus haut, l'existence réelle à Paris d'une légère épidémie de méningite cérébro-spinale, à pneumocoques.

Ils ont permis aussi à M. Netter de vérifier l'identité qui existe, au point de vue bactériologique, entre le *micrococcus meningitidis intracellularis* de Weichselbaum et les formes modifiées du véritable pneumocoque, qu'on rencontre dans les exsudats épais des méningites, englobées dans les cellules blanches, ou qui se présentent en chaînettes qu'on pourrait confondre avec le streptocoque.

Le malade de M. Galliard a eu des manifestations articulaires; un autre, cité par M. Merklen, avait présenté des arthrites multiples après le développement des phénomènes méningés survenus dans le cours d'une grippe; ces phénomènes articulaires pourraient amener une confusion de la méningite cérébro-spinale avec le rhumatisme. Il est bon d'avoir l'attention attirée sur ce point.

Sous le nom de **dysostose cléido-cranienne héréditaire, hydrocéphalie héréditaire**, M. Marie présente deux malades atteints d'une malformation singulière, consistant en un développement anormal du crâne avec persistance des fontanelles, hydrocéphalie, prognathisme, absence de soudure de la voûte palatine et surtout absence des clavicules. L'un de ces malades est une enfant dont la mère est atteinte de la même malformation. L'autre est un homme de trente-neuf ans, déjà présenté à la séance du 14 mai 1897 par M. Marie, dont le fils reproduit également, à un degré un peu moins avancé, les malformations de son père.

Les malades atteints de **myasthénie** ou de **syndrome bulbaire de Erb** sont rares. MM. Marie et Roques en présentent un exemple — chez une femme — d'autant plus intéressant que le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique avait été porté. Or il n'y a pas chez elle d'amyotrophie; mais au moindre effort, comme de soulever un poids, de se coiffer, il survient une sensation de fatigue telle qu'elle ne peut faire aucun effort musculaire et qu'elle laisse échapper les objets qu'elle tient. Cette myasthénie est d'ailleurs variable d'un jour à l'autre, sans qu'on puisse en fixer les causes.

M. Jacquet présente un malade atteint d'une **névrite multiple du membre inférieur droit**, portant sur le sciatique et sur le crural et datant de quatorze ans. Elle a débuté chez le malade à l'âge de seize ans, et s'accompagne d'un arrêt de développement du membre analogue à celui de la paralysie infantile. La particularité de ce cas est l'existence d'une hyperostose calcanéenne sans trace de blennorragie.

M. Goldschmidt (de Strasbourg), membre correspondant, entretient la Société de l'**urémie infantile à forme tétanique**.

M. Troisier, revenant sur l'**histologie pathologique du cancer du canal thoracique**, montre que ce cancer offre au point de vue histologique tous les caractères de la lymphangite cancéreuse, avec bouchon cancéreux central oblitérant, contenu dans les parois du canal, en pleine réaction inflammatoire. La production de cette tumeur oblitérante est le phénomène capital dans l'obturation définitive du vaisseau, et la coagulation de la lymphe n'y prend aucune part. L'apparition du cancer du canal thoracique est une des phases de la généralisation du cancer par voie lymphatique.

La symptomatologie est nulle, et l'existence du ganglion claviculaire n'est pas une preuve absolue du cancer du canal thoracique.

---

## TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

### PAR L'INCISION VAGINALE (1)

Par M. A. Ricard,
Professeur agrégé, chirurgien de la Maison Dubois.

Notre collègue, M. Monod, vient de remettre en honneur le traitement des suppurations pelviennes par l'incision vaginale.

Malgré l'avis autorisé de notre collègue, malgré les perfectionnements et la précision plus grande qu'il donne à la technique, je dirai même malgré sa statistique heureuse, je ne saurais partager son avis.

Sans doute, l'incision du cul-de-sac est plus bénigne que les interventions plus radicales d'extirpation des annexes, soit après laparotomie soit après hystérectomie, mais les résultats sont loin d'être les mêmes.

Quand il s'agit de vastes collections chaudes, aiguës, bombant dans le vagin, nul doute que l'incision du cul-de-sac soit le traitement indiqué en attendant mieux. Tout le monde est à peu près d'accord sur ce point.

Mais il ne saurait en être ainsi pour les suppurations chroniques des annexes. Sans vouloir entrer dans la discussion théorique de la question, je dirai cependant que les lésions suppurées, surtout celles d'origine gonococcique, sont souvent bilatérales, que la poche kystique est rarement unique, mais assez souvent complexe, divisée par cloisonnement, siégeant dans la trompe, autour de la trompe, dans l'ovaire, ou bien entre la trompe et l'ovaire. Il y a des parois épaissies, infectées, dont les lésions sont si complexes, qu'il me paraît bien difficile, étant donné ce que nous avons vu, qu'on puisse *a priori* admettre qu'une simple incision par le cul-de-sac puisse être suffisante.

Mais ici, il faut apporter des faits. J'en ai cinq actuellement présents à ma mémoire. Dans trois cas, opérés à l'hôpital de la Charité, alors que je remplaçais Desprès, j'ai pratiqué l'incision vaginale.

Dans un cas, il s'agissait d'une jeune femme récemment mariée et récemment infectée, elle avait une suppuration peri-utérine diffuse avec saillie dans le vagin; la fièvre était intense, l'état général grave; il n'y avait pas d'autre traitement possible que l'incision du vagin. Elle fut faite d'urgence. Mais après une chute momentanée de la température, malgré l'évacuation large du pus et le drainage facile, la température remonta; une perforation spontanée du rectum eut lieu quelques jours après et la malade succomba.

(1) Communication à la Société de chirurgie.

Je dois dire que la perforation rectale ne fut pas le fait de l'incision, car la collection était des plus superficielles, des plus vastes, et l'écoulement fécal n'eut lieu qu'au bout de plusieurs jours.

Les deux autres cas ont trait à des femmes, qui avaient des collections moins aiguës, mais donnant lieu cependant à des phénomènes fébriles persistants, à ces courbes de température irrégulière que nous observons dans les suppurations chroniques. Chez les deux, je fis l'incision vaginale, j'ouvris et dilacérai toutes les cavités purulentes que je pus atteindre. Après une atténuation des symptômes, il fallut néanmoins, quelques mois plus tard, débarrasser les malades par une hystérectomie vaginale, l'une faite par notre collègue Rieffel, qui me remplaçait, l'autre par moi.

Dans ces cas, l'incision vaginale, et c'est là pour moi une indication sur laquelle il conviendrait d'insister, avait permis d'atténuer les symptômes, d'abaisser la fièvre, de remonter l'état général et de rendre ces malades plus résistantes pour subir une intervention plus radicale.

Dans un autre cas que j'avais opéré à l'hôpital Necker par l'incision vaginale, je comptais avoir guéri ma malade, lorsqu'elle me fut envoyée à Bicêtre par mon collègue Rochard, dans le service duquel elle était venue à Lariboisière. J'opérai cette malade qui avait conservé une fistule vaginale, une masse dure persistante et des douleurs. Je lui fis la laparotomie et extirpai les annexes.

Une autre femme, atteinte de suppuration pelvienne, à la suite de couches, me fut présentée par un de mes collègues des hôpitaux. L'incision du cul-de-sac donna issue à une certaine quantité de pus. Une amélioration notable suivit l'acte opératoire. Mais une fistule vaginale persistait avec une masse assez volumineuse et indurée. Je proposai d'intervenir à nouveau, et d'ouvrir la masse indurée, ce que je fis. Je pus atteindre par le vagin cette collection à parois épaisses, elle était haut située, mais son ouverture fut encore insuffisante et six mois après ma première intervention, une fistule persistant toujours, la masse pelvienne ne disparaissant pas, l'état général restant défectueux, je pratiquai l'hystérectomie vaginale qui, cette fois, amena une guérison définitive.

Ce que j'ai vu dans la pratique de mes collègues, dans les différents remplacements que j'ai pu faire, et dans les différents services où j'ai succédé à d'autres, est fait pour me confirmer dans mon opinion. Aussi, jusqu'à plus ample informé, malgré la pratique de certains de nos collègues lyonnais, malgré le plaidoyer nouveau de M. Monod, je persiste à considérer l'incision vaginale dans les suppurations chroniques, comme un traitement de nécessité, souvent utile, permettant d'obvier à des accidents aigus et d'attendre l'avenir, mais d'une efficacité restreinte, si l'on envisage les suites éloignées de l'intervention.

---

## SUR L'ENTORSE SACRO-ILIAQUE

Par MM. Barbière, médecin-major de deuxième classe au 76e d'infanterie et Lanne, médecin aide-major de première classe au 76e d'infanterie.

M..., soldat de deuxième classe au 76e régiment d'infanterie à Orléans, incorporé au mois de novembre 1897, se présente à la visite du matin le 18 janvier 1898.

Il marche difficilement, courbé en deux, et nous dit souffrir vivement dans « le bas des reins ». Il nous raconte que la veille, sur le terrain d'exercice, en sautant au pas de course une haie de 80 centimètres, il s'est mal reçu sur le talon droit, a failli tomber en arrière, et a ressenti en même temps une vive douleur dans le bas des reins, douleur qui s'est accompagnée d'une sensation de craquement ou de déchirure. M... a dû sortir du rang; il est rentré au quartier, distant de 500 mètres environ, sans aide, mais en boitant fortement.

Nous pensons qu'il s'agit d'un lumbago traumatique, d'un « tour de rein », comme dit le malade; nous nous bornons à l'exempter de service et à prescrire un massage à l'huile camphrée sur la région lombaire. Au bout de quatre jours, aucune amélioration n'étant survenue, nous faisons entrer M... à l'infirmerie, où nous l'examinons de plus près.

Cet homme est bien constitué; il n'a jamais été malade, il n'a jamais dû garder le lit, si ce n'est au mois de septembre 1897, à la suite d'un accident sur lequel nous aurons occasion de revenir. M... n'a présenté dans son enfance aucune manifestation de scrofule ou de tuberculose (écoulements d'oreilles, croûtes dans le nez, adénites cervicales, kératites); il n'est pas sujet à s'enrhumer, il n'a jamais eu de blennorragie ni de syphilis; pas de rhumatismes, ni de névralgies. Ses parents sont bien portants; il a deux frères et trois sœurs également en bonne santé.

Le malade est dans le décubitus latéral droit; nous le prions de se coucher sur le ventre, ce qu'il ne fait qu'avec difficulté. Nous constatons, à la palpation, que les masses musculaires sacro-lombaires ne sont pas sensibles; la région véritablement douloureuse siège tout à fait en bas et à droite de la ligne des apophyses épineuses. La douleur est particulièrement vive au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure; une pression limitée en ce point arrache un cri au malade. Les caractères que présente cette douleur : exacerbation par la marche, la flexion du tronc, les mouvements du membre inférieur droit, et, surtout, ce fait très particulier qu'elle est rendue plus vive par une pression limitée à l'épine iliaque postérieure et supérieure, nous font écarter le diagnostic de lumbago et songer à une sacro-coxalgie au début. Dans son enseignement au Val-de-Grâce, M. le professeur Delorme insistait en effet sur ce signe pathognomonique de la sacro-coxalgie au début : la douleur limitée à l'épine iliaque postérieure et supérieure. Nous notons en outre le signe d'Erichsen : douleur déterminée au niveau de l'interligne sacro-iliaque du côté malade, par le rapprochement des os iliaques, en appuyant brusquement sur les deux épines iliaques antérieures et supérieures. La claudication est, comme nous l'avons dit, très prononcée; le malade hésite à poser son pied à terre car à chaque pas la souffrance est vive. Mais la douleur n'irradie pas vers la fesse, l'aine, la cuisse ou le genou comme on l'observe dans la sacro-coxalgie : elle reste limitée au niveau de l'articulation du sacrum avec l'os des îles.

Les chocs transmis indirectement au bassin : pression brusque sur les épaules, chocs sur l'ischion ou le talon du côté droit, la jambe étant en extension, retentissent douloureusement sur l'articulation sacro-iliaque droite. D'un autre côté, le début brusque de l'affection, par un traumatisme, chez un homme d'ailleurs vigoureux et ne présentant aucun antécédent héréditaire ou personnel de tuberculose, ni de blennorragie (Tillaux), ni de rhumatisme, ne plaident pas en faveur de la sacro-coxalgie, maladie à évolution subaiguë, s'accompagnant le plus souvent de peu de réaction à la période initiale.

Enfin, un fait auquel nous avons fait allusion plus haut, nous prévient davantage encore contre l'hypothèse d'une sacro-coxalgie.

Nous avons dit que M... avait dû garder le lit au mois de septembre 1897 à la suite d'un accident. Voici dans quelles circonstances s'est produit cet accident : un dimanche du mois de septembre 1897, avant son arrivée au régiment, M..., se promenant avec des camarades, saute en courant un

fossé de 1m50 à 2 mètres de large. Comme au terrain d'exercice, il tombe à faux de l'autre côté de l'obstacle, se reçoit particulièrement sur le talon droit, le tronc étant rejeté en arrière, et ressent alors la même douleur que nous avons signalée au voisinage de l'interligne sacro-iliaque droit.

M... est obligé de s'asseoir, et ne peut rentrer chez lui qu'au bout d'une demi-heure, boitant très bas, souffrant beaucoup et soutenu par deux de ses camarades. Aussitôt arrivé il se couche; la douleur diminue par le repos, mais il est impossible au blessé de se mettre sur le dos, de se retourner, et surtout de s'asseoir. Il garde le lit pendant huit jours sans suivre aucun traitement, sans voir de médecin. Peu à peu la douleur disparaît, à mesure que l'impotence diminue, M... se remet à marcher, d'abord avec un bâton, puis librement. Pendant un mois, il reste ainsi convalescent et ce n'est qu'au bout de ce temps qu'il peut reprendre son métier de cultivateur. Mais la guérison est totale; M... reprend toutes ses occupations, fait les semailles, et arrive au régiment où il fait facilement et entièrement son service jusqu'au 18 janvier suivant.

D'après ces commémoratifs, il nous semble que l'accident du mois de janvier 1898 qui a nécessité l'entrée de M... à l'infirmerie, est de même nature que celui du mois de septembre 1897. Et, de fait, après quinze jours de repos au lit, M... sort guéri de l'infirmerie, et reprend son service en entier. Depuis, la guérison s'est maintenue complète et le soldat M... satisfait à toutes les exigences de la vie militaire.

Nous devons avouer qu'en présence d'un pareil cas nous eussions été fort embarrassés pour porter un diagnostic, si, par le fait même de notre séjour à Orléans, nous n'avions eu l'attention attirée sur un traumatisme particulier et peu connu du bassin : l'entorse pelvienne ou sacro-iliaque, dont les symptômes cadrent avec ceux qu'a présentés notre malade et qui a fait le sujet d'un travail remarquable du docteur Deshayes (1), ancien interne des hôpitaux de Paris et chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Nous savions bien, pour le lui avoir entendu dire dans ses leçons, que M. le professeur Delorme avait signalé l'existence de l'entorse sacro-iliaque et ce point est encore très explicitement noté dans l'article SACRO-ILIAQUE du *Dictionnaire de Dechambre* (2), dû à M. le médecin-inspecteur Chauvel :

« L'exercice de l'équitation est surtout fatigant pour les symphyses ilio-sacrées. Les douleurs dont se plaignent souvent les jeunes cavaliers, après un exercice violent et prolongé, ne siègent pas seulement dans les muscles de l'épine et ne sont pas de simples lumbagos. Notre collègue, le docteur Delorme, agrégé du Val-de-Grâce, a constaté plusieurs fois que les muscles, dans ces cas, ne présentaient aucune sensibilité. Au contraire la douleur était nettement localisée au niveau des jointures sacro-iliaques, elle augmentait par la pression et les mouvements du bassin. Aussi n'hésite-t-il pas à l'attribuer à un diastasis léger, à une sorte d'entorse de ces articulations, résultat des chocs violents et répétés qui accompagnent les premiers essais d'équitation (3). »

Mais, M. le professeur Delorme n'a pas insisté autrement, que nous sachions, sur ce sujet. Les auteurs classiques n'en font aucunement mention, et c'est le mémoire du docteur Deshayes, premier travail complet qui ait été publié sur la question, qui a fixé nos idées.

(1) DESHAYES. *Recueil des travaux de la Société de médecine du Loiret*, année 1896, Orléans.

(2) CHAUVEL. *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. VI, p. 88.

(3) Voir également la thèse de DEVILLERS, Paris 1889.

Notre distingué confrère a observé depuis 1892 six cas d'entorse sacro-iliaque qui lui ont permis de décrire minutieusement l'étiologie, la symptomatologie de cette affection, en même temps que de poser les bases du pronostic et du traitement.

Voici en quelques lignes, et très résumées, les idées émises par le docteur Deshayes, idées qui ont été reproduites tout récemment dans une thèse inspirée par lui (1).

Généralement, un homme de peine, jusqu'alors vigoureux et sans aucun malaise préalable, éprouve, en faisant un effort pour déplacer un fardeau, par exemple, une vive douleur dans le bas des reins, quelquefois avec sensation d'un craquement. Il est obligé de cesser sa besogne et doit rentrer chez lui; il se traîne péniblement, soutenu par un ou deux camarades, boitant et le corps affaissé. Quelquefois, la marche est tout à fait impossible. Rentré chez lui, le malade doit s'aliter, car il ne peut rester ni sur une chaise, ni sur un fauteuil; il demeure même immobile dans son lit, car tout mouvement du tronc pour se retourner d'un côté sur l'autre est horriblement douloureux. Les blessés se plaignent surtout des reins; ils se sont donné, disent-ils tous, un effort, un tour de reins, et c'est un tort, ajoute le docteur Deshayes, de se contenter de ce diagnostic. Il faut rechercher les symptômes provoqués, se donner la peine de préciser le siège et les caractères de la douleur. La palpation est parfaitement supportée dans toute l'étendue des fessiers et de la masse commune sacro-lombaire; très supportée aussi sur la ligne médiane de l'épine lombaire ou de la crête sacrée, mais elle devient douloureuse à mesure que le doigt approche d'une fossette située en haut et de chaque côté de la région sacrée, et qui correspond exactement à l'épine iliaque postérieure et supérieure. La pression à cet endroit arrache un cri ou au moins une plainte au patient. La douleur est unilatérale ou bilatérale suivant que la lésion est simple ou double. L'importance de ce signe paraît au docteur Deshayes comparable à celle de la douleur localisée dans les fractures sans déplacement.

Il existe encore d'autres signes indirects plus significatifs et plus intéressants : un choc appliqué de dehors en dedans sur la crête iliaque du côté malade ou sur l'ischion correspondant réveille au droit de la symphyse sacro-iliaque lésée une douleur aussi vive que celle produite par la pression directe de l'épine iliaque postérieure et supérieure. Ainsi, tout ébranlement de l'os coxal retentit douloureusement sur l'articulation sacro-iliaque. On peut constater en même temps que la symphyse pubienne est également le siège de douleurs plus ou moins aiguës, car les symphyses du bassin ne sont pas indépendantes l'une de l'autre, et l'entorse sacro-iliaque, pour peu qu'elle soit intense, doit retentir sur l'articulation des pubis. Ces douleurs, spontanées ou provoquées, l'impotence fonctionnelle, disparaissent peu à peu et la guérison est obtenue au bout de douze à quinze jours par le repos au lit et l'immobilisation du bassin au moyen d'un bandage de corps fortement serré.

L'entorse sacro-iliaque consiste sans doute en un simple diastasis, en une simple distension ligamenteuse. Les symptômes si nets qu'elle présente, son évolution et les commémoratifs permettent de faire facilement le diagnostic diffé-

(1) ROUSSEAU. Th. de Bordeaux, 1898.

rentiel avec le lumbago musculaire et articulaire, la sciatique, et les diverses arthrites de l'articulation du sacrum avec l'os des îles.

Si l'entorse sacro-iliaque est une affection bien peu connue, il nous semble, qu'après tout ceci elle mérite de constituer une entité morbide bien définie et notre blessé en a offert un exemple typique.

C'est à ce titre que nous avons cru pouvoir publier l'observation détaillée qu'on a lue plus haut. Cette observation présente en outre une particularité intéressante au point de vue du mode de production de la lésion.

En effet, tandis que le docteur Deshayes signale constamment, comme cause de l'entorse sacro-iliaque, un effort violent fait pour soulever un fardeau, c'est dans une chute sur le talon, la jambe n'étant pas fléchie, le corps étant rejeté en arrière, que M... a contracté son entorse. La proposition est donc renversée : le choc n'est plus transmis à l'articulation de haut en bas, mais de bas en haut. Ce mécanisme est, au demeurant, le même que celui invoqué par M. le professeur Delorme chez les apprentis cavaliers.

L'entorse sacro-iliaque n'est probablement pas aussi rare qu'on pourrait le supposer, et nous pensons que l'attention n'étant pas attirée de ce côté, on a posé, plus d'une fois, comme nous l'avons fait nous-mêmes, le diagnostic de lumbago, de tour de rein, alors qu'il s'agissait d'un diastasis de l'articulation sacro-iliaque.

Nous ferons d'ailleurs remarquer que les récents travaux de Farabeuf à propos de la symphyséotomie (1) ont jeté un jour tout nouveau sur la physiologie des articulations sacro-iliaques.

Jusqu'alors, en effet, ces articulations étaient considérées comme immobiles ou à peu près immobiles, puisqu'elles étaient classées parmi les synarthroses (Boyer) ou les diarthro-amphiarthroses (Sappey, Testut).

Or, Farabeuf a démontré qu'il s'y passait des mouvements très appréciables : mouvements de *mutation* et de *contre-mutation*, mouvements de *glissement* « minimes à la vérité, soit, environ de 5 millimètres, mais cependant précieux pour amortir le saut vertical, la chute sur les pieds ».

Cette dernière donnée permet de concevoir comment, dans un cas comme le nôtre, il ait pu se produire un tiraillement des ligaments de l'articulation sacro-iliaque, un diastasis, une entorse de cette articulation.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 25 mai au 4 juin 1898)

### Examens de doctorat.

**Mardi 31 mai**, à une heure. — 4e examen (1re série) : MM. Proust, Hanriot et Charrin ; — (2e série) : MM. Pouchet, Hutinel et Thoinot ; — (3e série) : MM. Debove, Chantemesse et Chassevant.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Rémy et Poirier ; — M. Gley, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Campenon, Schwartz et Albarran ; — (2e série) : MM. Polaillon, Bouilly et Nélaton ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Cornil et Ballet ; — M. Marie, suppléant.

**Mercredi 1er juin**, à une heure. — 4e examen, *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* (1re série) : MM. Potain, Pouchet et Widal.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* (2e série) : MM. Landouzy, Hanriot et André.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Delbet, Poirier et Sébileau ; — M. Guébhard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Monod, Reclus et Walther ; — (2e série) : MM. Marchand, Segond et Tuffier ; — (2e partie) : MM. Hayem, Marie et Gilles de La Tourette ; — M. Gaucher, suppléant.

5e examen (1re partie obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire.

**Jeudi 2 juin**, à une heure. — 4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* (1re série) : MM. Proust, Ménétrier et Hanriot.

4e examen, *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Pouchet, Letulle et Thoinot.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Polaillon, Rémy et Thiéry ; — M. Marie, suppléant.

**Vendredi 3 juin**, à une heure. — 4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* (1re série) : MM. Pouchet, Landouzy et Netter.

4e examen, *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* (2e série) : MM. Déjerine, Hanriot et Thoinot.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Rémy, Poirier et Sébileau ; — M. Kirmisson, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Delbet et Lejars ; — (2e série) : MM. Terrier, Ricard et Humbert ; — (2e partie) : MM. Grancher, Marie et Widal ; — M. Delens, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire ; — M. Broca, suppléant.

**Samedi 4 juin**, à une heure. — 4e examen, *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* (1re série) : MM. Chantemesse, Hanriot et Ménétrier.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Ballet et Gilbert.

1er examen de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Gley et Poirier ; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Berger, Richelot et Nélaton ; — (2e série) : MM. Bouilly, Brun et Polaillon ; — M. Schwartz, suppléant.

5e examen (2e partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Marie et Roger ; — (2e série) : MM. Debove, Raymond et Marfan ; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements, rue d'Assas* : MM. Budin, Maygrier et Bar ; — M. Thiéry, suppléant.

### Thèses de doctorat.

**Mercredi 25 mai**, à une heure. — M. Piatot. Des maladies du cœur. Leur traitement par les agents physiques ; — M. Sabafoff. De l'influence de la grossesse normale sur le cœur sain ; — M. Vigo. Essai d'étude sur la thérapeutique thyroïdienne (MM. Potain, président ; Ch. Richet, Gaucher et Broca). — M. Gauthier. Des mouvements automatiques rythmiques (MM. Ch. Richet, président ; Potain, Gaucher et Broca). — M. Desmons. Contribution à l'étude des injections salines intraveineuses et sous-cutanées ; — M. Larroumets. Contribution à l'étude de l'incontinence nocturne d'urine des enfants et adolescents ; — M. Arnaud. Contribution à l'étude des uréthrites liées aux rétrécissements de l'urèthre (MM. Tillaux, président ; Pinard, Varnier et Poirier). — M. Rondot. Des insertions vicieuses du cordon ombilical (MM. Pinard, président ; Tillaux, Varnier et Poirier). — M. Batigne. Traitement chirurgical de l'infection péritonéale post-opératoire précoce chez la femme (MM. Lannelongue, président ; Hayem, Tuffier et Sébileau). — M. Guedj. Des résultats fonctionnels éloignés de la gastro-entérostomie dans les sténoses non cancéreuses du pylore (MM. Hayem, président ; Lannelongue, Tuffier et Sébileau).

(1) Voir Lop. La symphyséotomie, in *Gaz. des hôpit.*, avril 1895.

**JEUDI 26 MAI**, à une heure. — M. Boullet. Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire par l'hygiène et les sanatoria (MM. Jaccoud, président; Pouchet, Charrin et Ménétrier). — M. Carcanague. Médication révulsive cutanée par le vésicatoire (MM. Pouchet, président; Jaccoud, Charrin et Ménétrier). — M. d'Arbois de Jubainville. Contribution à l'étude des symptômes et du diagnostic des calculs vésicaux de l'enfant (MM. Guyon, président, Panas, Peyrot et Brun). — M. Sulzer. Contribution à l'étude du zona ophtalmique (MM. Panas, président; Guyon, Peyrot et Brun). — Mme Margolies née Kamenetzky. Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme (étude pathogénique) (MM. Bouchard, président; Berger, Schwartz et Richelot). — M. Noel. L'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. Suites locales éloignées; — M. Guériteau. Contribution à l'étude de la phlébite variqueuse des membres inférieurs et en particulier de son traitement opératoire (MM. Berger, président; Bouchard, Schwartz et Richelot). — M. Hurtrel. L'allaitement artificiel et l'inspection des enfants en nourrice dans le département de la Somme; — M. Noury. De la saignée générale, ses indications (MM. Hutinel, président; Budin, Bar et Marfan). — M. Dupont. Du placenta prævia (MM. Budin, président; Hutinel, Bar et Marfan).

**JEUDI 2 JUIN**, à une heure. — M. Dardelin. Asepsie intestinale (MM. Brouardel, président; Raymond, Gilbert et Achard). — M. Verger. Contribution à l'étude du délire de persécution à évolution systématique (MM. Raymond, président; Brouardel, Gilbert et Achard). — M. Krien. De la rupture des salpingites purulentes simulant l'hématocèle; — M. Bénard. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire et en particulier de l'occlusion intestinale consécutive à cette torsion (MM. Berger, président; Campenon, Schwartz et Brun).

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le médecin principal Drago passe, sur sa demande, du port de Cherbourg à celui de Toulon.

M. le docteur Bohéas, du cadre de Toulon, et qui vient d'être promu au grade de médecin principal, est appelé à continuer ses services à Cherbourg.

M. le médecin de première classe Branellec, médecin-major au 2e régiment d'infanterie de marine à Brest, est désigné pour servir, en la même qualité, aux troupes à la Martinique (emploi créé).

M. le médecin de deuxième classe Duranton, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine à Toulon, est destiné aux troupes en Crète (supplément d'effectif).

M. Philip, médecin de première classe de réserve, du port de Lorient, est rayé des cadres de la réserve de l'armée de mer, comme ayant accompli le temps de service exigé par la loi de recrutement.

M. le médecin de deuxième classe Lowitz, aide-major au 3e régiment d'infanterie de marine, à Rochefort, est destiné aux troupes en Crète, en remplacement de M. le docteur Bavay, rentrant en France pour cause de santé.

M. le docteur Barallier, médecin principal de la marine, en retraite, nommé médecin principal de l'armée de mer par décret du 17 mai 1898, est affecté, en cas d'appel, au port de Toulon.

— Liste de départ pour les colonies :

1° Médecins principaux : 1 MM. Cauvet, 2 Trabaud, 3 Négadelle, 4 Alix (P.-M.), 5 Prat, 6 Curet; 7 Alix (L.), 8 Rit.

2° Médecins de première classe : 1 MM. Vallot, 2 Reboul, 3 Fortoul, 4 Percheron, 5 Arami.

3° Médecins de deuxième classe : 1 MM. Duranton, 2 Mesny, 3 Porre, 4 Mailliu, 5 Binard.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Baigue (Maurice) est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *Hospice mixte de Saint-Mihiel.* — Une médaille d'argent est décernée à Mme Sibille, sœur Hélène, de la congrégation de Saint-Charles : nombreux actes de dévouement pendant les multiples épidémies de grippe, dysenterie, scarlatine, fièvre typhoïde, trente ans de services dans les salles militaires des hospices mixtes de Verdun et de Saint-Mihiel.

Des médailles de bronze sont décernées à MM. Fabry, caporal à la 6e section d'infanterie militaire : nombreux actes de dévouement pendant les épidémies de dysenterie, de scarlatine et de fièvre typhoïde (1896-1897); — Mafrant, soldat au 12e chasseurs à cheval; actes de dévouement pendant l'épidémie de fièvre typhoïde au 12e chasseurs à cheval; a contracté lui-même la maladie; — Moal, soldat au 161e d'infanterie; actes de dévouement pendant les épidémies de fièvre typhoïde de 1897.

— *Hospice mixte de Castres.* — Des médailles d'argent ont été décernées à Mmes Lamon, sœur Gabrielle, et Rodier, sœur Hélène, religieuses de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul; longs services rendus aux malades militaires en temps ordinaire et pendant plusieurs épidémies, notamment pendant l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la garnison de Castres en novembre-décembre 1897.

Des médailles de bronze ont été décernées à MM. Bertrand et Dourel, infirmiers civils; se sont distingués dans les soins dévoués qu'ils ont prodigués aux malades militaires, lors de l'épidémie de fièvre typhoïde en novembre-décembre 1897; — Castay, Castagnino et Delteil, infirmiers à la 16e section; se sont particulièrement fait remarquer par leur zèle et leur dévouement de tous les instants lors de l'épidémie typhoïdique de novembre-décembre 1897; — Garde, canonnier au 9e régiment d'artillerie, et Lencou, canonnier au 3e d'artillerie; infirmiers régimentaires détachés à l'hospice de Castres, lors de l'épidémie de fièvre typhoïde de novembre-décembre 1897, se sont distingués par leur zèle et leur dévouement.

— *Infirmerie-Hôpital de l'Ubaye.* — Une médaille de bronze a été décernée à M. Gometon, soldat au 157e d'infanterie; en traitement a, sur sa demande, rempli avec un remarquable dévouement les fonctions d'infirmier au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde; a contracté lui-même la maladie.

— *Hôpital militaire du Belvédère.* — Une médaille de bronze a été décernée à M. Debroye, infirmier à la 21e section; a soigné avec le plus grand zèle et le plus grand dévouement les typhoïdiques lors de l'épidémie de juin-décembre 1897; a été lui-même atteint légèrement par l'infection.

— *Hôpital Tenon.* — Le docteur A. Béclère commencera le vendredi 27 mai et continuera les vendredis suivants, à dix heures et demie du matin, des conférences et exercices pratiques sur les applications de la découverte de Rœntgen au diagnostic médical.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des Voyages économiques, une excursion au *Château* et dans la *Forêt de Fontainebleau*, pour le lundi 30 mai 1898. — Départ de Paris, 8 h. 25 matin. Retour à Paris, 10 h. 35 soir. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 20 francs; 2e classe, 17 fr. 50; 3e classe, 15 francs.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre, et 10, rue Auber, à Paris.

---



---

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

**DÉBILITÉ, ANÉMIE, MALADIES DE L'ENFANCE**
*sont combattues avec succès par la*

# FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

**LE PERDRIEL et Cie, Paris.**

---

# GOUTTE * RHUMATISMES

**PIPERAZINE**
EFFERVESCENTE **MIDY**

Le plus puissant des dissolvants de l'acide urique. — INOFFENSIF.
7 à 8 fois plus actif que la Lithine.
3 à 4 mesures par jour dans un verre d'eau.

**COLCHI-SAL**
CAPSULES

*1/4 milligr. de Colchicine dissoute dans 0.20 gr. d'Essence de Betula lenta* (Salicylate naturel de Méthyle). — *Action Sûre et pour ainsi dire instantanée. Sans danger à cause de la solubilité et le faible dosage de la Colchine.* Une toutes les heures jusqu'à sédation.
*Ne se donne que sur ordonnance de Médecin.*

**BÉTUL-OL**
LINIMENT

*Ce Liniment, à base de Salicylate pur et naturel de Méthyle, est employé en applications ou en badigeons sur les parties douloureuses. — Sédation rapide* (Envoi franco de la Brochure).

Phie MIDY, 113, Faubourg St-Honoré, Paris, et toutes Pharmacies.

---

# BROMIDIA

HYPNOTIQUE
ANTINEVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous.

*Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893.* Dr ORAZIO SATARIANO.

**AVIS IMPORTANT.** — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de **BROMIDIA**. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque

**BATTLE'S BROMIDIA.**

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES :
*ROBERTS et Co*, pharmaciens-droguistes, *5, rue de la Paix, PARIS*

Prix : 5 fr. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.* — Prix : 5 fr.

---

# TONI-DIGESTIF SPÉCIAL RECONSTITUANT

**ANTI-DYSPEPTIQUE**
*Agent d'Assimilation*
par excellence

# EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE, PHOSPHATÉE

L'énergie des **FERMENTS** jointe à l'action de la **QUASSINE** et autres stimulants, ainsi qu'à celle des **GLYCÉROPHOSPHATES ORGANISÉS** résultant de la combinaison *à l'état naissant* de la **GLYCÉRINE ORGANIQUE** (produit de réaction inséparable de toute fermentation) avec les **PHOSPHATES RÉPARATEURS** que contiennent abondamment les céréales cultivées dans un sol spécialement fertilisé, explique sa merveilleuse efficacité contre la **DÉPHOSPHATISATION** et pour favoriser *le développement des Os.*

**E. DÉJARDIN,** Pharmacien-Chimiste de 1re classe, 109, Boulevard Haussmann, PARIS.

---

HÉMORRHAGIES — LYMPHATISME

# DRAGÉES CARBONEL

*AU PERCHLORURE DE FER PUR*

ANÉMIE — CHLOROSE

Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.
Le Flacon : 4 francs.

---

# ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
## NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

*Nota.* — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

# TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

---

# CÉRÉBRINE

(COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)
*Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès.*

**MIGRAINES, NÉVRALGIES,** Vertige stomacal, Coliques menstruelles. Fl. 5 fr. et 3 fr.
**C. BROMÉE et C. IODÉE :** Neurasthénie, Névroses, Etats congestifs du cerveau. Fl. 5 fr.
**C. BROMO-IODÉE :** Névralgies du Trijumeau, sciatiques et autres, rebelles à *tous traitements antérieurs.* Fl. 6 fr.
**C. QUINIÉE :** Grippe, Influenza, Coryza, Fièvres éruptives. Fl. 5 fr.
E. FOURNIER, 114, Rue de Provence, Paris et Phies.

Notices et Spécimens Fco

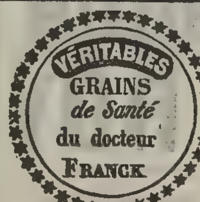
---

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

# HAMAMELINE-ROYA

Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
Phie LACHARTRE
19, R. Mathurins, PARIS
HEMORRAGIES-PHLEBITES-VARICES-HEMORROIDES

---




(Formule du Codex N° 603)
**ALOÈS & GOMME-GUTTE**
*Le plus commode des*
**PURGATIFS**
*très imités et contrefaits.*
L'étiquette ci-jointe imprimée en 4 COULEURS sur des BOITES BLEUES est la Marque des véritables.
Dépôt, Phie LEROY, 2, r. Daunou.
ET TOUTES LES PHARMACIES

---

# COLIQUES

HÉPATIQUES
NÉPHRÉTIQUES
et UTÉRINES

## CAPSULES BRUEL

*d'Ether Amyl-Valérianique*

Chaque Capsule contient 15 centigrammes.
Elles peuvent être administrées, suivant les cas, à raison de 2 à 6 et même 8 par vingt-quatre heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE............ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a commencé la discussion du rapport de M. Grancher. En l'absence de M. Chauvel, le premier orateur inscrit, la parole a été donnée à M. Gibert (du Havre). Comme on pouvait s'y attendre, les premières paroles de M. Gibert, comme celles des autres orateurs qui lui ont succédé à la tribune, ont été une approbation pleine et entière des conclusions de M. Grancher sur la prophylaxie de la tuberculose. Ce rapport, a dit M. Gibert, devrait être entre les mains de tous les médecins et de tous les maires. Comme M. Grancher, M. Gibert considère la déclaration obligatoire des maladies contagieuses comme illusoire, inapplicable et surtout inappliquée. Il n'y aurait donc aucun intérêt à ajouter la tuberculose aux maladies dont la déclaration est dite obligatoire. Mais ce qui serait beaucoup plus utile, ce serait d'obtenir des pouvoirs publics que les préfets prissent les arrêtés nécessaires pour assurer la désinfection des logements de phtisiques après décès.

Au cours de son intéressante communication, M. Gibert a montré, par des tableaux et des statistiques, le rôle important que joue, au Havre, la contagion dans la propagation de la tuberculose et les résultats très appréciables déjà obtenus dans cette ville par les mesures de désinfection qui, fort heureusement, sont aujourd'hui entrées dans les mœurs des Havrais.

M. Ferrand a également insisté sur la difficulté et même l'impossibilité de la déclaration des maladies contagieuses par les médecins. Il propose que cette déclaration incombe, non aux médecins, mais aux familles, et il indique un moyen simple et pratique d'assurer cette déclaration, qui rendrait ainsi de grands services.

Ce sont ensuite les médecins de l'armée qui sont entrés dans le débat en signalant tout ce qu'il y a à faire dans les casernes pour la prophylaxie de la tuberculose. Bien des mesures et de très bonnes mesures n'existent encore que sur le papier. Malgré tous les efforts du service de santé, une foule de règlements très sages sont restés lettre morte. MM. Collin et Laveran, qui ont pris successivement la parole, ont insisté sur la nécessité du balayage humide, des crachoirs, de la réfection ou de l'imperméabilisation des parquets des casernes, sur l'importance qu'il y aurait à déceler le plus tôt possible ces cas nombreux de tuberculose latente et méconnue qui sont une source de contamination. M. Collin va plus loin et demande des réformes importantes et coûteuses. Il faut de l'argent, dit-il, et c'est à l'Académie qu'il appartient d'en demander aux pouvoirs publics.

Espérons que, maintenant que l'Académie est engagée dans cette voie, elle ira jusqu'au bout et que cette importante discussion sur la prophylaxie de la tuberculose portera ses fruits. Jusqu'ici, l'accord paraît unanime et les opinions, si bien défendues par M. Grancher, nous paraissent être partagées par l'Académie tout entière. Les pouvoirs publics n'auront donc pas le prétexte, hélas! trop fréquent, du désaccord des médecins pour ajourner indéfiniment ou repousser des propositions trop discutées.

La discussion continuera dans la prochaine séance.

## SUR UNE SÉRIE DE DOUZE CRANIECTOMIES

DONT SEPT POUR TUMEURS DE L'ENCÉPHALE, UNE POUR MÉNINGITE LOCALISÉE, UNE POUR HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE INFANTILE, TROIS POUR RELIQUATS DE TRAUMATISMES CRANIENS INFANTILES.

Par A. CHIPAULT,
Assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière.

Parmi les craniectomies que j'ai pratiquées, un certain nombre me semblent, par la nature des indications qui les ont sollicitées, mériter particulièrement l'attention.

1° *Sept ont été exécutées pour des tumeurs de l'encéphale.* A l'étranger, plus de quatre cents interventions de ce genre ont été publiées ; en France, elles sont beaucoup plus rares, et mes sept cas, relatifs à des malades qu'ont bien voulu me confier M. le professeur Raymond, M. Brissaud et M. Gilles de La Tourette, constituent sans doute la plus étendue des statistiques françaises de cette sorte.

Sur ces sept faits, quatre fois la tumeur avait été diagnostiquée inextirpable : l'intervention fut, de parti pris, palliative ; trois fois la tumeur avait été diagnostiquée superficielle et limitée ; l'intervention fut entreprise avec l'espoir d'aboutir à son ablation complète.

Les quatre interventions palliatives ont donné : une mort de shock bulbaire à la suite d'une résection de l'occipital, laborieuse et hémorragique, pour tumeur du cervelet ; un résultat nul, chez une jeune femme atteinte de gliosarcome

très étendu de la base, avec cécité et surdité complètes et anciennes; deux résultats très satisfaisants, avec disparition durable de la céphalée, des vomissements, des vertiges, et diminution de l'œdème papillaire, dans un cas de gliome diffus du lobe temporal gauche et dans un cas de tumeur, probablement tuberculeuse, du pédoncule cérébelleux gauche: ces deux fois, le soulagement symptomatique coïncida avec l'évolution d'une encéphalocèle qui, chez le malade au gliome temporal, atteignit le volume d'une grosse orange.

Les trois interventions à but curatif ont deux fois abouti à la non-découverte du néoplasme; une fois, il s'agissait d'un gliome sous-cortical de la deuxième circonvolution frontale, avec symptômes jacksoniens qui s'étaient déplacés à plusieurs reprises : le résultat de l'opération fut nul; une autre fois, il s'agissait d'un large tubercule méningo-cortical de la région paracentrale droite, déviée par le siège brachial des crises épileptiformes, l'intervention, malgré l'introduction, dans deux directions différentes, du doigt explorateur jusqu'au ventricule latéral, ne découvrit point la tumeur; elle produisit, toutefois, un soulagement considérable : les céphalées, qui étaient extrêmes, l'état mental, qui se traduisait par des larmes à tout propos, les symptômes jacksoniens eux-mêmes, disparurent jusqu'à la mort, qui survint, deux mois plus tard, de tuberculose laryngo-pulmonaire; il ne restait dans le cerveau, comme trace des explorations faites, que deux minces traînées hémorragiques. Un troisième fait m'a largement dédommagé des deux précédents; il s'agissait d'un angiome de la pie-mère rolandique gauche, que je pus enlever complètement, malgré son volume et sa vascularité : ce ne fut pas sans peine, puisqu'il y fallut trois séances opératoires : la première pour la résection cranienne, la deuxième pour l'incision et le décollement de la dure-mère, la troisième pour l'ablation en masse de la tumeur et du cortex environnant; les deux dernières, malgré leur durée très minime, de quinze et de huit minutes, firent perdre chacune au malade près de trois litres de sang : hémorragies formidables que le rabattement du lambeau suffit, chaque fois, à arrêter ; l'opéré guérit parfaitement; il ne garde aujourd'hui trace ni de ses accidents pré-opératoires, céphalée et crises jacksoniennes, ni des très légers et très fugaces symptômes de déficit cortical qui ont suivi l'exérèse de sa tumeur.

M. le professeur Raymond, qui avait bien voulu me confier ce malade, m'a fait le très grand honneur de le présenter à l'une de ses cliniques le 3 mai 1898.

2° *Une craniectomie pratiquée pour des adhérences méningo-corticales de la région rolandique gauche* n'a pas été moins heureuse : la malade qui, avant l'intervention, était hémiplégique droite, avec crises jacksoniennes extrêmement douloureuses, est aujourd'hui, et cela depuis un an et demi, indemne de tout symptôme : elle est aussi vigoureuse d'un côté que de l'autre, ne souffre plus, et a pris, ces derniers temps, un embonpoint extraordinaire.

3° *Une craniectomie pour hémiplégie infantile porencéphalique*, avec crises épileptiformes généralisées, a été suivie d'un résultat nécessairement moindre : toutefois, la désinsertion des adhérences corticales et l'écoulement du liquide céphalo-rachidien manifestement surabondant, ont eu pour conséquence la disparition complète et durable des accidents comitiaux : bénéfice qui, dans l'espèce, n'était nullement négligeable.

4° *Trois craniectomies pour reliquats de traumatisme cranien infantile* ont eu des résultats très analogues. Une fois, le traumatisme, probablement obstétrical, avait produit un aplatissement considérable de la région occipito-temporale droite ; l'intelligence de l'enfant s'était à peine développée ; il avait, en outre, une rigidité très nette, quoique sans contracture franche, des membres gauches avec crises d'épilepsie jacksonienne dans le supérieur : la résection cranienne et l'excision de la dure-mère très épaissie firent, sans autre résultat, disparaître complètement ces dernières. Une seconde fois, le traumatisme, survenu à l'âge de deux ans, avait déprimé la région fronto-pariétale gauche et rabattu la boîte cranienne à droite, en calotte de zouave : l'intelligence était à peu près nulle et les crises épileptiformes extrêmement fréquentes et violentes; le résultat de l'intervention fut médiocre : il y eut, pendant un mois, diminution des crises et ce fut tout. Une troisième fois, le changement post-opératoire fut beaucoup plus marqué; il s'agissait d'une fillette de trois ans qui, à un an et demi, était tombée d'un premier étage sur le côté gauche du crâne; elle était, en apparence, complètement remise de l'accident, lorsque s'établirent de la contracture des membres droits avec déviation des yeux à gauche et des crises épileptiformes généralisées, de plus en plus intenses; un trait de fracture bien net, fait rare à cet âge, courait sur le côté gauche du crâne, depuis la région frontale jusqu'à la région rétro-mastoïdienne, interrompu en son milieu par un orifice où le doigt sentait battre l'encéphale : une très large craniectomie fit découvrir un énorme foyer de destruction porencéphalique, allant jusqu'au ventricule latéral et rempli d'une sorte de feutrage cicatriciel imbibé de liquide céphalo-rachidien; ce feutrage fut dilacéré ainsi que celui qui, au pourtour de la perte de substance, réunissait le cortex à l'os, l'artère méningée, qui donnait abondamment, fut liée à la base, et le lambeau péricranien directement rabattu : dès les jours suivants, les crises épileptiformes disparurent, l'irascibilité devint beaucoup moindre, la contracture même s'atténua au point que la marche redevint possible; enfin, soit dit en passant, la petite malade présenta, du côté contracturé, pendant la quinzaine qui suivit l'intervention, le curieux incident trophique récemment décrit par Marinesco sous le nom de « main succulente ».

Ces faits me paraissent, relativement aux indications qui les ont suscités, autoriser les quelques remarques suivantes :

*a*. Dans les tumeurs intracraniennes, des méninges ou de l'encéphale, deux circonstances chirurgicales peuvent se présenter : 1° la tumeur est diagnostiquée inextirpable; il est alors, sans plus, possible d'atténuer ou de supprimer les symptômes de compression encéphalique généralisée : céphalée, vomissements, vertiges, troubles visuels; résultat essentiellement palliatif, mais qui rend moins intolérable l'existence du malade; une résection cranienne simple, faite au voisinage de la tumeur et sans toucher à la dure-mère, suffit à l'obtenir; 2° la tumeur est diagnostiquée extirpable; il faut alors tout risquer pour mener à bien, si l'on peut, son exérèse complète; on se souviendra que les explorations digitales, les dilacérations, les résections de l'encéphale laissent, à condition d'être aseptiques, des traces matérielles et fonctionnelles d'une insignifiance étonnante et que la guérison, après l'ablation complète d'une tumeur de l'encéphale, peut être aussi durable et parfaite qu'après

l'ablation complète d'une tumeur de quelque autre organe que ce soit.

*b.* Dans les méningites localisées avec adhérences du cortex, l'intervention est susceptible de faire disparaître, non seulement les symptômes d'irritation corticale, mais encore certains symptômes de déficit, tels que les paralysies.

*c.* Dans les affections organiques de l'encéphale infantile, d'origine traumatique ou non, la libération du cortex et l'évacuation du liquide céphalo-rachidien ont pour résultat, qui semble constant, de calmer l'irritabilité des malades et de faire disparaître leurs crises épileptiques, si intenses et si généralisées soient-elles; elles n'ont, d'autre part, que peu ou pas d'action sur les contractures et les paralysies : les altérations destructives ou scléreuses de l'encéphale et les dégénérations descendantes du faisceau pyramidal, si intenses dans cet ordre de faits, ne pouvaient permettre d'espérer davantage.

On me permettra d'insister, en terminant, sur ce qu'un seul des douze craniectomisés de la série que je viens d'étudier a chirurgicalement succombé; elle est cependant composée des plus laborieuses et des plus délicates parmi les interventions de la chirurgie encéphalique : cela tient, à n'en pas douter, à ce que, systématiquement, j'ai pratiqué ces interventions en deux ou même trois séances, à quelques jours d'intervalle; inconvénient dont j'ai été grandement dédommagé par la possibilité d'agir aussi hardiment et complètement qu'il était utile, sans avoir, pour ainsi dire, d'accidents opératoires à regretter.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement du coryza.

Aux nombreuses formules que nous avons déjà indiquées contre le coryza, on pourra ajouter les suivantes que donne M. le docteur Garel dans son livre :

| | |
|---|---|
| Menthol . . . . . . . . | 50 centigrammes. |
| Chlorhydrate d'ammoniaque ou salol . . . . . | 2 grammes. |
| Acide borique . . . . . . | 8 — |

Pour une poudre à priser.

Comme le malade, en raison de l'obstruction nasale, ne peut priser facilement, il fera mieux de prendre un tube de caoutchouc de 20 centimètres de long. Une des extrémités, chargée de poudre, est placée dans la narine, tandis que l'autre est introduite dans la bouche. Il suffit de souffler dans le tube pour lancer la poudre avec force dans la cavité nasale.

Une pulvérisation très courte, d'une solution de cocaïne à 1 ou 2 p. 100, donne aussi un très bon résultat; mais il faut se méfier de la toxicité de cette substance. Unna (de Hambourg) recommande une petite pulvérisation de :

| | |
|---|---|
| Ichthyol . . . . . . . . | 50 centigrammes. |
| Éther, Alcool . . . . . . | *ââ* 50 grammes. |

### Procédé pour enlever les corps étrangers sous les ongles.

On ramollit l'ongle avec un bout d'allumette trempé dans une solution de potasse caustique au dixième, on enlève la bouillie cornée avec un éclat de verre, raclant l'ongle, on applique une nouvelle couche de potasse; nouveau raclage, et on arrive alors sur le corps étranger qu'on peut aisément enlever.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mai 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### COMMUNICATIONS

**Des collyres huileux.** — M. PANAS, en son nom et au nom de M. Scrini, communique les résultats de recherches sur la valeur des huiles d'olive et d'arachide comme véhicule des alcaloïdes employés en thérapeutique oculaire. Les conclusions de ce travail démontrent :

1° La solubilité des alcaloïdes mêmes ou de leurs sels gras (stéarates) dans ces huiles lavées à l'alcool et stérilisées ;

2° La parfaite asepsie des solutions ;

3° Leur stabilité, l'ésérine notamment ne se transforme pas en rubrésérine ;

4° Leur action supérieure ou tout au moins égale aux mêmes solutions aqueuses ;

5° L'absence de toute altération épithéliale de la cornée à la suite d'application de la cocaïne en solution huileuse ;

6° Enfin et surtout la facilité d'application, la sûreté de pénétration de ces collyres dans le cul-de-sac conjonctival et la suppression du blépharospasme qui, dans les cas d'ulcère perforant de la cornée et d'opération de la cataracte, peut compromettre l'œil gravement.

**Radiographie.** — M. BOUCHACOURT fait une communication sur une nouvelle application des rayons de Röntgen.

### DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

M. GIBERT (du Havre) approuve et loue le remarquable rapport de M. Grancher, et il voudrait qu'on pût l'envoyer aux maires de toutes les communes de France et à tous les médecins : cette publicité sauverait plus de malades que tous les médicaments.

M. Grancher a parfaitement raison de ne pas demander que la tuberculose figure parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire, car cette mesure resterait à l'état de lettre morte, puisqu'il n'y a pas de budget de la santé publique. Les conseils généraux trouvent des fonds pour les mesures propres à préserver le bétail des épidémies, mais n'ont point d'argent quand il s'agit de la santé de l'homme. La situation est telle que les médecins ont renoncé à faire les déclarations prescrites par la loi, et l'autorité laisse faire, convaincue qu'elle est de la stérilité actuelle de ces déclarations.

Pour mettre fin à cet état de choses, M. Gibert propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant : « Il y a lieu d'exiger que les préfets prennent les mesures nécessaires pour que tous les logements où sont décédés les phtisiques, à la ville comme à la campagne, soient soumis à la désinfection. »

Cette opération n'est ni difficile, ni coûteuse, le soufre, l'eau de chaux peuvent à la rigueur suffire, comme nous l'avons vu dans l'épidémie de choléra du Havre. Elle entre dans les mœurs locales. M. Gibert estime que cette année on fera, au Havre, au moins cinq cents désinfections, dont un grand nombre aura été demandé en dehors des médecins.

Quant aux crachoirs de poche, il n'a pu réussir à faire adopter leur emploi, et doute que d'autres soient plus heureux que lui.

La statistique de la ville du Havre met en évidence le rôle de la contagion dans la production de la tuberculose. Il y a des quartiers entiers que cette maladie épargne et cette exception ne tient pas à l'état de fortune des habitants ; parmi ces rues privilégiées plusieurs sont habitées par des familles pauvres, mais toutes ces rues sont exposées au vent de mer, et les maisons sont isolées.

Une autre constatation, et non des moins importantes,

c'est que les cartes locales du choléra, de la diphtérie, de la tuberculose sont superposables. Ces cartes sont donc pour les maires d'un secours précieux, car elles leur indiquent les points où leurs efforts doivent porter. Malheureusement, on ne peut complètement utiliser ces documents, car la loi ne permet pas d'empêcher quelqu'un d'habiter une maison dangereuse, et si on signalait ces demeures, les propriétaires obtiendraient à coup sûr des tribunaux des dommages-intérêts.

Enfin, au point de vue des conscrits suspects de tuberculose, il est regrettable que les certificats délivrés par nous à ces jeunes gens soient, de parti pris, suspectés de complaisance par nos confrères militaires. Pour éviter que ces certificats puissent sembler vouloir indiquer au médecin la décision qu'il doit prendre, il n'y aurait qu'à les adresser, non pas à lui, mais au préfet.

M. FERRAND insiste sur les difficultés de la déclaration des maladies contagieuses ou épidémiques quelles qu'elles soient.

La loi de 1892 est le plus ordinairement mal appliquée. Que serait-ce si on voulait l'appliquer à la tuberculose?

En effet, jusqu'à ce jour la déclaration des maladies contagieuses n'est pratiquée que par peu de médecins, six sur vingt-cinq dans un département, deux sur treize dans un autre. Aussi, les maladies infectieuses vont leur train. Ce n'est pas le médecin qui devrait être chargé de la déclaration, mais bien la famille et l'entourage du malade.

Que peut-on donc proposer en pareille matière? Le médecin muni d'un cahier à souches laisserait à la famille du malade la feuille de déclaration détachée du cahier et c'est la famille qui transmettrait aux autorités cette déclaration.

M. LAVERAN partage complètement les idées émises dans le rapport de M. Grancher, sur la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée. Le rôle de la contagion est indiscutable; si les mesures prises jusqu'ici n'ont pas donné de résultats, c'est qu'elles étaient un peu théoriques. La loi sur la réforme temporaire, qui a été votée récemment, rendra de grands services.

Les mesures de prophylaxie de la tuberculose dans la famille, préconisées par M. Grancher, sont suffisantes s'il s'agit de familles riches, insuffisantes s'il s'agit de tuberculeux appartenant à des familles pauvres.

Dans ce cas, la seule mesure efficace consiste dans l'éloignement des malades; on ne peut pas imposer cette mesure, mais on doit la conseiller dans l'intérêt des malades, comme dans l'intérêt de leurs familles. La création de sanatoria pour les tuberculeux indigents s'impose.

Il est indispensable aussi de faire figurer dans les conclusions du rapport la désinfection des locaux qui ont été occupés par des tuberculeux; le bacille tuberculeux conserve, en effet, ses propriétés virulentes pendant plusieurs mois après qu'il a été expulsé de l'organisme.

M. Laveran conclut en demandant l'adjonction des mesures suivantes à celles qui sont préconisées déjà par M. Grancher :

Lorsqu'un tuberculeux se trouve dans sa famille dans des conditions mauvaises et qu'il n'y a pas lieu de compter sur l'exécution des mesures indiquées au paragraphe 1er, l'envoi du malade dans un sanatorium ou dans un hôpital est indiqué et doit être vivement conseillé.

La création de sanatoria destinés aux indigents s'impose, aussi bien pour la prophylaxie de la tuberculose que pour son traitement.

Lorsqu'un tuberculeux succombe, il est nécessaire de faire désinfecter avec soin sa chambre, sa literie et ses effets.

On doit désinfecter également les locaux et les objets de literie qui ont été affectés, même passagèrement, à des tuberculeux et qui doivent changer d'affectation.

M. COLLIN voudrait qu'aux crachoirs et au balayage humide, proposés pour l'armée, on ajoutât d'autres mesures, telles, par exemple, que la réfection des parquets et leur imperméabilisation, la désinfection des locaux, la construction de nouveaux réfectoires, l'installation des infirmeries hors des lieux habités. Pour cela, il faut de l'argent, et l'Académie pourrait, vraisemblablement, en obtenir des pouvoirs publics.

Il y a lieu aussi de prendre en grande considération la préexistence de la tuberculose chez des jeunes soldats avant leur entrée dans l'armée.

En effet, on admet en général que 30 p. 100 des sujets ont une tare tuberculeuse. Or, comme on n'en dispense pour tuberculose que 2 à 3 sujets pour 100 dans l'armée, il y a nécessairement des phtisiques nombreux dans l'armée. Ils peuvent d'ailleurs guérir et fournir une longue et utile carrière.

Il faut donc, pour ceux-là, que les casernements soient aérés, l'alimentation meilleure, les influences atmosphériques rendues plus tolérables.

Il serait nécessaire aussi de surveiller les sujets soupçonnés, de disposer leur point de séjour suivant leur état de santé, etc.

M. Collin propose donc d'ajouter aux conclusions du rapport de M. Grancher la suivante :

« Il est nécessaire d'assurer dans les casernes les conditions de salubrité et d'hygiène les meilleures, telles que réfection des parquets, désinfection des locaux, aération continue, isolement des infirmeries et des réfectoires. Il y aurait également grand avantage à profiter des saisons et des moments les plus favorables pour les appels, les incorporations, les changements de garnison, les marches militaires. »

### PRÉSENTATION

**Anus contre nature.** — M. KIRMISSON présente un enfant de quatre jours qui avait une imperforation anale. On fit un anus contre nature; trois jours après chute du rectum. On réintroduit l'intestin qu'on suture après élargissement de l'anus contre nature. Guérison.

La séance est levée.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mai 1898. — Présidence de M. BERGER.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PSYCHOSES OPÉRATOIRES

M. NIMIER fait une communication sur la genèse d'une petite épidémie de délire qu'il a observée au Tonkin. Une colonne chargée de reconnaître la route de Langson est surprise par une brusque attaque des Chinois après une navigation de trois jours. Elle se trouve dans la nécessité d'attendre des renforts, étant ainsi sous la menace d'être écrasée. Le jour du combat, sous ces influences, un certain nombre d'hommes ont présenté un état mental particulier, et il y a eu plusieurs cas de délire chez les blessés. Ce délire était à manifestation unique, consistant en une marche imaginaire à l'ennemi avec divagations en rapport avec cet acte. Quelle que fût la cause occasionnelle, blessure, traumatisme, insolation, ou, plus tard, impaludisme, ce délire était dû surtout au surmenage moral des hommes; c'était ce surmenage qui constituait la cause principale; la blessure, l'opération, l'insolation ou le paludisme était la cause secondaire.

M. BERGER distingue, dans cette discussion, deux ordres

de considérations. Il y a d'abord les désordres primitifs, qui poussent les malades à solliciter du chirurgien une opération peu légitimée par l'affection dont ils sont atteints. On observe de ces exemples en chirurgie faciale, de la part de malades désirant faire disparaître une cicatrice ou faire corriger une difformité. Les chirurgiens devront se méfier beaucoup de ces malades, qui leur causeront bien des ennuis. Ces malades, en effet, après les opérations ayant donné plus ou moins de résultats, deviennent plus excités et plus mécontents. M. Berger cite plusieurs exemples : c'est une femme, sortant d'un asile d'aliénés, s'étant livrée à plusieurs tentatives de suicide et ayant avalé des morceaux de verre. Elle prétendait souffrir beaucoup et elle eut quelques vomissements sanguinolents. MM. Berger et Picqué résolurent de lui ouvrir le ventre, examinèrent l'estomac sans l'ouvrir et n'y trouvèrent rien d'anormal. On se contenta de refermer le ventre et, après cette opération, cette malade fut délivrée de son obsession pathologique.

Une femme prétendait avoir avalé un lézard et demandait avec insistance qu'on la délivrât. On fit un simulacre d'incision abdominale, on lui montra un lézard en lui persuadant qu'on l'avait retiré de son estomac. Mais elle prétendit alors que ce lézard avait fait des petits et qu'elle était remplie de ces petits lézards. M. Berger renvoya cette malade à la Salpêtrière.

Il est une autre question, c'est celle des psychoses post-opératoires. Il faut laisser de côté ici les intoxications chloroformique, alcoolique, iodoformique, septique. Ce sont là des troubles toxiques. Mais il y a des troubles mentaux résultant de l'opération elle-même. M. Berger en cite plusieurs exemples, et il arrive à cette conclusion que l'acte opératoire, en lui-même, n'est pour rien dans la production de ces états mentaux. Il agit comme n'importe quelle cause intercurrente dans des cas de prédisposition morbide.

### DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR L'INCISION VAGINALE

M. QUÉNU, comme tous ses confrères, ouvre le cul-de-sac postérieur quand ce dernier bombe dans le vagin et semble contenir du pus. Quelquefois il existe des poches péri-salpingiennes plus haut situées, mais opérables encore par le vagin. Mais dans ces cas, il faut inciser en restant tout près de la face postérieure de l'utérus.

Cette incision du cul-de-sac postérieur est une opération d'urgence, d'attente et non de choix. Elle doit se faire chez les malades affaiblies, fébricitantes, qui supporteraient mal une laparotomie. Elle doit être le premier temps d'une opération plus complète, laquelle devra être l'ablation de la poche salpingienne.

En somme, l'incision simple du vagin peut donner des résultats favorables, mais passagers. Quelquefois, mais rarement, les résultats seront durables. Il faut donc limiter l'incision de Laroyenne aux cas de collections péri-salpingiennes bombant dans le vagin ou adhérentes au cul-de-sac postérieur.

M. RICARD est absolument de l'avis de M. Quénu et fait une communication que nous avons déjà reproduite. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 550.)

### PRÉSENTATIONS

**Substitution du péroné au tibia.** — M. POIRIER présente des radiographies ayant trait à un cas dans lequel il a remplacé la diaphyse tibiale perdue par ostéomyélite, par la diaphyse péronière qu'il a soudée aux deux épiphyses du tibia.

Le péroné, actuellement, trente mois après l'opération, a grossi considérablement. Il semble, par la radiographie, que le péroné ait vraiment remplacé le tibia, en s'hypertrophiant.

Seulement, la soudure du tibia et de l'extrémité supérieure du péroné présente une espèce de pseudarthrose.

**L'angiotribe dans l'hystérectomie.** — M. TUFFIER rapporte vingt-trois observations d'ablation de l'utérus par le vagin, sans pinces à demeure ni ligatures. L'hémostase a été faite dans tous les cas au moyen d'un angiotribe puissant, c'est-à-dire d'une pince qui comprime et aplatit le pédicule vasculaire, pince que M. Tuffier a présentée déjà à la Société.

Sur ces vingt-trois cas, il y eut un cas de mort par septicémie péritonéale et un cas par pneumonie.

Pour faire l'opération, on place l'angiotribe sur le bord du ligament large tout comme une pince. On serre à fond; on enlève immédiatement l'angiotribe et on sectionne sur la surface écrasée.

**Tuberculose des membres.** — M. KIRMISSON présente des enfants atteints de tuberculose des membres et traités par la méthode conservatrice (ignipuncture, immobilisation, injections d'éther iodoformé).

M. QUÉNU présente un malade atteint d'un ictère chronique datant de quatre mois et dû à une obstruction des voies biliaires par induration inflammatoire de la tête du pancréas. M. Quénu a fait l'abouchement de la vésicule à l'estomac. Le malade est guéri.

M. REYNIER présente un pinceau qu'il a retiré de l'estomac d'un jeune homme. Le pinceau était placé dans le sens de l'axe de l'estomac.

M. BRUN présente une radiographie d'une coxa vara du fémur. (Le col du fémur se dirige en bas et en dehors.)

La séance est levée.

---

## SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS
### DES STATIONS BALNÉAIRES ET SANITAIRES DE LA FRANCE

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
16, cité d'Antin, 16.

Paris, le 15 mai 1898.

HONORÉ ET CHER COLLÈGUE,

Nous venons appeler votre attention sur quelques points discutés en Assemblée générale. Après vous être concerté, autant que faire se peut, avec vos collègues du syndicat dans votre station, veuillez faire connaître ces décisions aux intéressés : médecins, propriétaires ou fermiers des sources, maires, hôteliers, industriels, etc.

1° Le syndicat, entre autres choses, a demandé au ministère de l'Intérieur de faire fonctionner les comités d'hygiène cantonaux, du moins dans les régions où existent des villes balnéaires. Nous vous invitons, le cas échéant, à prêter tout votre concours à ces comités pour la meilleure organisation possible de la police sanitaire et de la salubrité publique.

2° Au sujet des *tables de régime*, le syndicat, tout en approuvant expressément les médecins qui ont réussi à les établir près de sources spéciales aux affections de l'estomac, ne pense pas qu'il y ait lieu d'en faire une application générale et de principe qui n'existe, d'ailleurs, nulle part. Il suffit d'obtenir des hôteliers la suppression des mets notoirement indigestes ou malsains et la multiplication des petites tables individuelles et des repas à la carte avec le moindre supplément de dépense. De cette manière, les baigneurs pourront suivre les conseils de leurs médecins et auront, à la place de la table de régime, difficile à réaliser, le *repas de régime* qui répond à des indications individuelles.

3° Un de nos collègues a signalé l'abus qui se produit dans certaines stations où des fonctionnaires à appointements élevés se feraient traiter gratuitement, sans croire, pour cela, devoir la moindre reconnaissance au médecin.

Il y a, en effet, quelques thermes oppartenant à l'État où les soins étaient ou sont donnés à titre gracieux par les médecins-inspecteurs à des fonctionnaires ne touchant pas plus de 1800 francs. Les médecins des eaux qui se seraient engagés à faire le service de la gratuité ne seraient tenus, dans tous les cas, qu'envers cette catégorie de fonctionnaires; ceux-ci même n'auraient qu'un simple droit d'usage qui n'est consacré ni par la loi, ni par arrêt.

Nous vous engageons donc à être libéral vis-à-vis des employés à solde modeste, mais à exiger des autres une juste rémunération. Si vous étiez témoin de nouveaux abus, veuillez en prendre note avec les précisions voulues et en donner avis au Conseil d'administration.

4° Un autre collègue nous a demandé d'intervenir pour fixer un tarif uniforme des honoraires médicaux aux eaux minérales.

Nous avons reconnu l'impossibilité de faire droit à cette demande pour plusieurs raisons : différence de clientèle des stations, différence de frais pour les médecins, atteinte à la liberté des contrats, à la délicatesse professionnelle, etc.

Il ne serait même pas possible d'unifier les honoraires dans une même station, le médecin n'étant pas un simple commerçant et ayant droit à une rémunération plus ou moins élevée selon ses travaux, sa réputation, les coutumes locales, les services rendus, etc.

Tout ce que nous pouvons faire, c'est de prier les médecins balnéaires de ne pas accepter un marchandage qui serait peu digne et de proportionner leurs tarifs à la situation et aux ressources du client combinées avec les usages locaux et un accord entre confrères le plus explicite possible.

5° Au sujet des rapports des médecins avec les propriétaires ou fermiers d'établissements thermaux, l'Assemblée générale a pris des conclusions dont nous vous signalons les suivantes :

Elle affirme à nouveau le droit des médecins d'accompagner leurs clients dans tous les locaux affectés au traitement et d'obtenir la stricte exécution de leurs prescriptions ;

Elle émet le vœu que les médecins ne prennent pas d'engagement ou n'acceptent pas de situation qui puissent compromettre leur indépendance professionnelle vis-à-vis des propriétaires ou fermiers ;

Elle émet le vœu que ces propriétaires ou fermiers ne confient pas la direction de leurs établissements à des médecins en exercice : ce qui peut rendre les rapports de ceux-ci délicats ou difficiles avec les autres praticiens de la station.

6° Nous vous serions obligés de faire votre enquête particulière sur le projet d'impôt dit *taxe de cure* ou *d'amélioration* dont la première discussion eut lieu dans l'Assemblée générale du syndicat du 19 novembre 1896.

Nous vous rappelons qu'il s'agit d'une taxe purement facultative ; les municipalités qui en useront ne pourront le faire que dans un but exclusif d'amélioration et d'embellissement. Le projet définitif à soumettre au Parlement sera adopté dans l'Assemblée générale de novembre prochain ; il pourra contribuer beaucoup à la prospérité de bon nombre de nos villes balnéaires et sanitaires.

Agréez, honoré et cher collègue, l'expression de nos sentiments dévoués.

*Le secrétaire général,* Dr Marcellin Cazaux. *Le président,* Dr Albert Robin.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 3 juin, est définitivement composé de : MM. Rendu, Huchard, Robin, Mathieu, Labadie-Lagrave, Tenneson, Tuffier.

— Le jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, qui doit s'ouvrir le 26 mai, est définitivement composé de MM. Broca, Duplay, Berger, Michaux, Kirmisson, Schwartz, Gouraud.

— Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 27 juin 1898, à neuf heures du matin.

I. Clinicat médical : deux chefs de clinique titulaires et deux chefs de clinique adjoints;

II. Clinicat chirurgical : trois chefs de clinique titulaires et deux chefs de clinique adjoints;

III. Clinicat obstétrical : un chef de clinique titulaire ;

IV. Clinicat des maladies des enfants ; un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint;

V. Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : un chef de clinique titulaire;

VI. Clinicat ophtalmologique ; un chef de clinique titulaire.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 19 juin 1898, tous les jours, de midi à trois heures (bureau du personnel, 1er étage).

Sont admis à concourir : 1° pour les clinicats chirurgical, obstétrical et ophtalmologique ; tous les docteurs en médecine français, qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour de l'ouverture du concours; 2° pour les autres emplois vacants de chef de clinique ci-dessus désignés ; tous les docteurs en médecine français, qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour de l'ouverture du concours.

— Une médaille d'or a été accordée à M. Gillot, interne provisoire à l'hôpital civil de Mustapha.

Des médailles de vermeil ont été décernées à Mme veuve Ruffier et Mlle Ruffier, infirmières (épidémie de typhus à Alger, en 1898).

Une médaille de bronze a été accordée à M. le docteur Masqueray, à Auffay (épidémie de diphtérie à Heugleville-sur-Scie, en 1896).

— *Hospice mixte de Tulle.* — Une médaille d'argent a été décernée à Mme Brousse, sœur Ambroise, de la congrégation de la Charité de l'instruction chrétienne de Nevers ; n'a cessé de prodiguer jour et nuit les soins les plus dévoués aux typhoïdiques militaires pendant la très grave épidémie de juillet à octobre 1897.

Des médailles d'argent et de bronze ont été décernées à MM. Vouzelland, caporal à la 12e section d'infirmiers (libéré); pendant une épidémie très grave de fièvre typhoïde qui a sévi de juillet à octobre 1897, a rempli avec le plus grand zèle et le plus grand dévouement ses fonctions d'infirmier-major; — Estival, soldat au 80e d'infanterie; infirmier régimentaire, s'est distingué par son intelligence, son zèle et son dévouement lors de l'épidémie typhoïdique de juillet à octobre 1897.

— M. le médecin de deuxième classe Pichon, aide-major au 1er régiment d'infanterie de marine à Cherbourg, est destiné aux troupes à la Guyane, en remplacement de M. le docteur Sarrat, qui terminera le 29 juin 1898 deux années de séjour colonial et qui sera affecté au 1er régiment d'infanterie, à Cherbourg.

— Le concours pour deux places d'interne en médecine et une place d'interne suppléant, qui devait s'ouvrir à l'hôpital Rothschild, le 16 mai, est reporté au lundi 6 juin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arnal (de Broquiès) ; Delphin Gaillard (de Bruxelles) ; Ducoudray, sénateur de la Nièvre ; Dutry (de Gand) ; Lafont (de Claira) et Henri de Schacken de Château-Salins (Lorraine), décédé juste deux mois après son frère jumeau le docteur Edmond de Schacken (de Pont-à-Mousson).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.



## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le 3 juillet prochain, la Société de médecine de Caen et du Calvados célébrera son centenaire. Créée le 27 brumaire, an VII de la première République, sous le titre de Conseil de santé près l'administration du Calvados, cette société n'a cessé de fonctionner depuis sa création et compte actuellement soixante-dix membres résidents, associés ou correspondants.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chauvel (de Quimper), Lisbonne (d'Aix).

— M. Du Castel reprendra ses conférences cliniques, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 4 juin et les continuera les samedis suivants. — A une heure et demie, consultation externe; à deux heures et demie, conférence clinique dans la salle des conférences.

— *Remplacements.* — Les médecins désirant se faire remplacer peuvent s'adresser à M. le docteur Raynaud, à Condé-sur-Huîne (Orne).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Villes d'eaux.* — *Billets d'aller et retour collectifs.* — Il est délivré du 15 mai au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres, aller et retour, aux familles d'au moins quatre personnes, payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, valables 30 jours pour les stations thermales suivantes : Aix (Aix-en-Provence), Aix-les-Bains (Aix-les-Bains, Marlioz), Baume-les-Dames (Guillon), Besançon, Bollène-la-Croisière (Condorcet), Bourbon-Lancy, Carpentras (Montbrun), Cette (Balaruc), Chambéry (Challes), Charbonnières, Clermont-Ferrand (Royat), Coudes (Saint-Nectaire), Digne, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains, Genève (Champel), Grenoble (Uriage), Groisy-le-Plot, La Caille, La Bastide, Saint-Laurent-les-Bains, Le Fayet-Saint-Gervais (Saint-Gervais-les-Bains, Chamonix), Lépin-Lac-d'Aiguebelette (La Bauche), Le Vigan (Cauvalat-lès-Vigan), Lons-le-Saunier, Manosque (Gréoulx), Menthon (lac d'Annecy), Montélimar (Bondonneau), Montpellier (Palavas), Montrond, Moulins (Bourbon-l'Archambault), Moutiers-Salins (Salins, Brides), Pontcharra-sur-Bréda (Allevard), Pougues-les-Eaux, Rémilly (Saint-Honoré-les-Bains), Riom (Châtel-Guyon, Châteauneuf), Roanne (Saint-Alban), Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers (La Motte), Saint-Julien-de-Cassagnas (Les Fumades), Saint-Martin-d'Estréaux (Sail-les-Bains), Salins (Jura), Santenay, Sarrians-Montmirail, Sauve (Fonsange-les-Bains), Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-La Bégude, Vandenesse-Saint-Honoré-les-Bains), Vichy, Villefort (Bagnols).

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois, c'est-à-dire que les trois premières personnes paient le plein tarif et que la quatrième et les suivantes paient le demi-tarif seulement.

*Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau Paris-Lyon-Méditerranée.* — *Réductions très importantes.* — Il est délivré, pendant toute l'année, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., des carnets individuels ou collectifs, pour effectuer sur ce réseau, en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraire tracé par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui atteignent rapidement, pour les billets collectifs, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de 30 jours jusqu'à 1500 kilomètres; 45 jours, de 1501 à 3000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3000 kilomètres. — Faculté de prolongation, à deux reprises, de 15, 23 ou 30 jours suivant le cas, moyennant le paiement d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix total du carnet, pour chaque prolongation. — Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire. — Pour se procurer un carnet individuel ou collectif, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., bureaux de ville et agences de la Compagnie, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte cinq jours avant le départ, à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une provision de 10 francs. — Le délai de demande est réduit à trois jours pour certaines grandes gares.

*Voyages circulaires à itinéraires fixes.* — Il est délivré, pendant toute l'année, dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter à des prix très réduits en 1re, 2e ou 3e classe, les parties les plus intéressantes de la France (notamment l'Auvergne, la Savoie, le Dauphiné, la Tarentaise, la Maurienne, la Provence, les Pyrénées), l'Italie, la Suisse, l'Autriche et la Bavière.

Arrêts facultatifs à toutes les gares de l'itinéraire.

La nomenclature de tous ces voyages, avec les prix et conditions, figure dans le Livret-Guide P.-L.-M. vendu, au prix de 40 centimes, dans les principales gares du réseau.

## REVUE GÉNÉRALE

### Du traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales; indications et technique des méthodes opératoires.

Par M. le docteur Ch. Martin,
Ancien interne des hôpitaux.

La paroi qui sépare le canal génital des voies urinaires peut être perforée en différents points; suivant le segment de l'appareil urinaire qui a été détruit, on distingue trois variétés principales de fistules urinaires cicatricielles du vagin : 1° des *fistules vésicales*; 2° des *fistules uréthrales*; 3° des *fistules urétérales*. Voulant limiter notre sujet, nous ne nous occuperons que des fistules *vésico-vaginales*, qui sont d'ailleurs la variété de beaucoup la plus fréquente des fistules urinaires.

Ces fistules, en permettant l'écoulement perpétuel et involontaire de l'urine, constituent pour les femmes une infirmité extrêmement pénible. Aussi, les malades viennent presque toujours réclamer les secours de la chirurgie, et de tout temps les chirurgiens se sont ingéniés à réussir la cure opératoire de cette infirmité. Cure difficile, bien que, d'après les classiques, le succès couronne presque à coup sûr les efforts des opérateurs.

Un coup d'œil rapide sur l'histoire des nombreuses tentatives chirurgicales qu'ont fait naître les fistules vésico-vaginales, nous donnera une preuve de la difficulté opératoire de ces lésions, et nous permettra de suivre les progrès réalisés.

Séverin Pineau et Fabrice de Hilden (xvi^e siècle), sont les premiers à faire mention des fistules vésico-vaginales. Mais jusqu'à Jobert (de Lamballe), le traitement chirurgical des fistules, à part la remarquable tentative de suture de Van Roonhuyzen (en 1663), ne fit aucun progrès. Les opérations autoplastiques prirent enfin le pas sur les procédés timides des vieux chirurgiens, et en 1834, Jobert pratiqua sa première opération d'*élytroplastie*, ou d'autoplastie du vagin par la méthode italienne. Plus tard Jobert (1) proposa une opération qui marque un progrès important dans l'histoire de la cure des fistules : la *cystoplastie par glissement*, et lui dut, en quelques années, 13 succès sur 18 interventions. En même temps, Vidal [de Cassis (2)], suivi par Bérard, imaginait de fermer la vulve et de transformer le vagin en une cavité complémentaire de la vessie.

Tel était l'état des choses, lorsqu'en 1858, un jeune chirurgien américain, Bozeman (de Montgomery), vint faire connaître en France un procédé qui avait donné de beaux résultats entre les mains de son maître Marion Sims.

Ce *procédé américain*, dont on a pu retrouver ailleurs les éléments épars, et dont Hayward (de Boston), en particulier, avait indiqué les points essentiels, consistait en l'avivement direct et la suture de la fistule.

Les succès obtenus par Bozeman eurent le plus grand retentissement, et excitèrent l'émulation des chirurgiens français; Follin et Verneuil en particulier, par leurs publications et leur pratique, vulgarisèrent la méthode américaine.

Longtemps elle resta seule en honneur, certains chirurgiens avaient pourtant décrit un procédé à lambeaux, ou du *dédoublement*. Mais cette méthode employée avec des variantes par Dieffenbach, Gerdy, Colles (de Dublin), Duboué, avait été délaissée malgré leurs plaidoyers et les bons résultats qu'ils en obtenaient.

Depuis, ce procédé du dédoublement a été repris en Allemagne, par Herff, Sænger, Fritsch, Mackenrodt; en Russie, par Fénoménoff; en France, par Ricard, Quénu, etc. Dans une récente discussion à la Société de chirurgie (mars 1897), Berger, Ricard, Quénu l'ont défendu.

Enfin dans ces dernières années, une nouvelle voie a été indiquée pour la cure opératoire des fistules haut placées, inopérables par le vagin. Trendelenburg (1), le premier, a abordé la fistule par la vessie. Ce procédé a été repris depuis par de nombreux opérateurs : Baumm, Bardenheuer, Pousson, Duplay, Dittel, Latouche (d'Autun), avec des variantes sur lesquelles nous reviendrons.

Les perfectionnements apportés au traitement des fistules vésico-vaginales ont donc été réalisés peu à peu, et par beaucoup, par la plupart des chirurgiens qui se sont occupés de cette question. En réalité, le progrès n'a pas consisté dans l'adoption de telle ou telle manière de faire, mais bien dans la connaissance plus exacte et la mise en pratique des grandes règles qui doivent guider dans toute opération autoplastique, à savoir : *faire de larges avivements, rendre bien mobiles les parties avivées et les affronter exactement, se placer dans les meilleures conditions possibles d'asepsie.*

Nous diviserons cette Revue en deux parties :

Dans la première, nous exposerons les différentes méthodes de traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales, en nous étendant sur le procédé du dédoublement et la suture intravésicale, avec taille hypogastrique préalable, qui représentent les derniers perfectionnements, les autres procédés ne trouvant que rarement leur indication, ou ayant perdu de leur valeur, grâce aux progrès réalisés.

Dans la deuxième, nous chercherons à montrer les avantages du procédé du dédoublement, en le comparant à la méthode américaine, et nous donnerons les indications et la valeur respective des diverses méthodes opératoires.

#### I

**Les différentes méthodes du traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales.** — Dans toute fistule vésico-vaginale, on peut faire cesser l'incontinence :

1° En oblitérant directement la fistule soit :

*a.* Par voie vaginale;
*b.* Par voie sus-pubienne;
*c.* Par voie ischio-rectale.

2° En oblitérant au-dessous de la fistule, le canal génital dont on fait une dépendance du réservoir urinaire.

En suivant cet ordre nous décrirons, non pas toutes les opérations qui ont été proposées, mais celles qui sont de pratique courante, ou qui nous semblent à conseiller pour certains cas particuliers.

1° Oblitération directe de la fistule. — A. *Voie vaginale.* — On peut grouper en trois grandes classes les méthodes opératoires qui empruntent le vagin comme voie d'accès aux fistules vésico-vaginales.

*a.* Les méthodes du dédoublement, que l'on peut considérer comme étant la méthode française.

(1) Jobert. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1847, t. XII, p. 492.
(2) Vidal de Cassis. *Ann. de la chir. franç. et étrang.*, 1844, p. 208.

(1) Trendelenburg. *Volkmann's Samml. Klin. Vortr.*, 1890, n° 355.

*b.* Les méthodes d'avivement, c'est la méthode américaine.

*c.* Les procédés autoplastiques.

*d.* Enfin, nous décrirons en dernier lieu certains procédés tout à fait exceptionnels.

a. *Dédoublement : méthode française.* — Les premiers opérateurs qui ont employé cette méthode : Diffenbach, Gerdy, Colles (de Dublin), Duboué (de Pau), ne se contentaient pas de dédoubler la cloison, ce temps opératoire était précédé d'un avivement de la fistule selon la méthode américaine ; il y a donc une différence sérieuse entre leurs procédés et le dédoublement tel qu'on le pratique aujourd'hui.

Nous décrirons ici la technique du procédé, telle que nous l'avons vue pratiquée par notre maître, le docteur Quénu, et telle que Ricard l'a exposée au Congrès de chirurgie en 1896, et nous indiquerons chemin faisant les préceptes généraux que doit suivre tout opérateur qui tente la cure d'une fistule vésico-vaginale.

1. *Soins préliminaires.* — A quel moment intervenir? Le chirurgien ne doit pas se hâter et devra attendre le moment propice. Pour les fistules consécutives aux accouchements, c'est la sixième ou huitième semaine après l'accouchement, en opérant plus tôt l'on s'expose à voir la plaie s'infecter ; les tissus gorgés de sang saignent abondamment et sont trop friables. Mais si l'on attend trop longtemps, les conditions sont encore plus défavorables ; les bords de la fistule sont rétractés, peu mobiles et scléreux.

De même les fistules causées par une opération chirurgicale, telle que l'hystérectomie vaginale, ont une tendance à la guérison spontanée. Bien entendu on devra suturer immédiatement les plaies vésicales constatées au cours de l'intervention ; mais souvent ces fistules ne sont reconnues que les jours suivants.

Bozeman a eu le mérite de montrer tous les avantages que l'on peut retirer d'une préparation éloignée de la malade. Certes le traitement préparatoire n'a jamais été complètement négligé, mais avant Bozeman on ne l'appréciait pas à sa juste valeur ; dans la pratique de ce chirurgien, c'est le temps le plus long, le plus laborieux, le plus pénible, mais le plus essentiel du traitement.

Cette préparation consiste à dilater progressivement le vagin, à l'aide de sondes dilatatrices et de tampons, elle amène la mobilité, le relâchement des bords de la fistule en assouplissant les brides cicatricielles qui les fixent.

Si ces traitements préparatoires longs et difficiles ne sont pas toujours nécessaires, le chirurgien, dans tous les cas, devra chercher à obtenir une asepsie aussi parfaite que possible du vagin ; c'est la condition essentielle du succès, et de nombreux opérateurs échouent faute d'y apporter tous leurs soins. Presque toujours l'incontinence d'urine provoque de l'érythème, des ulcérations du vagin ; la vessie est infectée par les sécrétions vaginales et utérines. On doit donc faire complètement disparaître avant l'opération plastique l'irritation du vagin et des parties voisines. Pour cela on aura recours aux lotions, aux injections, aux bains. Le salol, le borate de soude seront prescrits à l'intérieur, et l'on pourra, les jours précédents, faire une série de nettoyages complets au savon suivis d'injections antiseptiques et d'un tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Pour les lavages, on emploie de préférence le permanganate de potasse à 1 p. 4000, le nitrate d'argent à 1 p. 1000, l'oxycyanure de mercure à 4 p. 1000. Le sublimé et l'acide phénique doivent être proscrits, car leur contact avec la muqueuse vésicale provoque une cystite très douloureuse. La malade est préparée comme d'habitude, purgée la veille, le rectum lavé ; le jour de l'opération, la vulve sera rasée ; le champ opératoire savonné et largement irrigué.

2. *Technique opératoire.* — La malade, après anesthésie, est placée dans le décubitus dorsal, le bassin très relevé et presque vertical, on abaisse le plancher pelvien au moyen d'une valve courte et de moyenne largeur.

*Premier temps : découverte de la fistule.* — Avant de pratiquer l'avivement, l'on fixe les bords de la fistule par deux pinces tire-balles placées aux deux extrémités opposées du grand diamètre de l'ouverture. Grâce à elles, on abaisse la fistule autant qu'il est possible ; très souvent, même dans les cas où l'on n'aurait pas osé l'espérer, on voit cet abaissement se produire et la fistule devenir accessible. Pour ne pas contrarier cet abaissement, il est indiqué de n'utiliser que de courtes valves vaginales ; les valves longues et larges, en distendant la muqueuse du vagin, s'opposent à l'abaissement de la fistule.

Aussi, opérant sur une région bien exposée, n'est-il besoin d'aucun instrument spécial, et nous avons vu nos maîtres délaisser le plus souvent l'arsenal compliqué que nécessitent les opérations au fond du vagin : des pinces, un bistouri, des ciseaux droits et courbes, une aiguille de Reverdin courbe, sont les seuls instruments nécessaires.

*Deuxième temps : avivement de la fistule.* — Ce temps important caractérise la méthode. Au lieu d'aviver en surface, comme dans la méthode américaine, l'on dédouble largement la cloison vésico-vaginale. Pour cela, on pratique une incision à l'union même de la muqueuse vaginale avec la vésicale, sur tout le pourtour de l'orifice de la fistule.

Puis, prenant solidement, avec une pince à griffes, le milieu de la lèvre vaginale ainsi formée, on prolonge latéralement, des deux côtés, l'incision en pleine muqueuse vaginale, et facilement on dissèque cette muqueuse. On la sépare de la vessie, et on creuse ainsi, *dédoublant* la paroi dans une étendue de 1 à 3 centimètres, selon les cas.

La même manœuvre est répétée sur la lèvre opposée, et jalonnant de pinces les bords vaginaux ainsi libérés, on a sous les yeux un avivement en forme de cône, dont le sommet tronqué est l'orifice vésical, bordé d'une muqueuse relâchée, plissée, rendue flasque par la traction des lambeaux. Il ne faut pas craindre de faire un large avivement en disséquant le plus possible la paroi vésicale. Ce dédoublement crée deux lambeaux mobiles, faciles à affronter par leur surface cruentée. La paroi vésicale ainsi libérée est rendue flottante et indépendante de la paroi vaginale. L'hémorragie est rarement assez considérable pour gêner ce temps opératoire.

*Troisième temps : suture.* — Les chirurgiens qui font l'avivement en dédoublant la cloison vésico-vaginale, diffèrent de pratique quand il s'agit des sutures ; ni le nombre des plans de suture, ni la nature des fils employés ne sont les mêmes.

Sur la plaie vésicale, Quénu place une rangée de sutures au catgut, en prenant bien garde, toutefois, que les fils restent sous-muqueux et ne pénètrent pas dans la vessie.

Ricard laisse la plaie vésicale se cicatriser spontanément et ne place aucun fil sur elle, voulant éviter ainsi la formation de calculs secondaires dans la vessie.

Les lambeaux de muqueuse vaginale sont suturés avec des fils d'argent, ou des crins de Florence. Pour cela, à

l'aide de l'aiguille courbe de Reverdin, on traverse les lambeaux à leur base, c'est-à-dire à l'angle formé par la limite du dédoublement. Après la torsion des fils on constate un bourrelet vaginal semblable à deux lèvres accolées et faisant une large saillie dans le vagin.

L'opération terminée, il faut s'assurer de l'occlusion hermétique de la vessie ; la muqueuse vaginale étant étalée au moyen d'une valve et séchée avec des tampons, on remplit la vessie d'eau boriquée et l'on regarde si le liquide ne sourd pas à travers la suture.

Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée, et une sonde à demeure est installée dans la vessie.

3. *Soins consécutifs et suites opératoires.* — La malade gardera pendant tout le temps du traitement la position du décubitus dorsal, avec les jambes soulevées par un coussin et rapprochées. La sonde est laissée à demeure de deux à huit jours; chaque jour l'on s'assure de sa perméabilité; la vessie est lavée à l'eau boriquée tiède.

Beaucoup de chirurgiens préfèrent le cathétérisme répété à l'emploi de la sonde à demeure.

La malade est mise à la diète et constipée pendant cinq à six jours. La constipation a pour effet d'immobiliser le rectum et la cloison recto-vaginale, elle supprime les efforts d'expulsion susceptibles de retentir sur la région opérée.

On ne touchera pas au pansement avant le neuvième ou le dixième jour, à moins que la gaze ne soit souillée par l'urine, qui passe quelquefois entre la sonde et les parois de l'urèthre. Les fils seront enlevés à ce moment, et vers le douzième jour l'opérée pourra uriner seule, et se lever quelques jours plus tard.

b. *Avivement : méthode américaine.* — Cette méthode, longtemps en honneur, est fort connue, aussi serons-nous bref, ne voulant qu'exposer la manière d'aviver, caractéristique de cette méthode.

*Procédé de Sims.* — Dans l'avivement, Sims ne touche jamais à la muqueuse de la vessie qui saigne beaucoup; il n'enlève qu'un lambeau du vagin et donne de cette manière un aspect d'entonnoir à la fistule, mais d'un entonnoir très évasé, en surface. Pour cela, il fait sur un des points de la fistule une petite incision verticale qui intéresse la couche musculo-vasculaire; avec une érigne en forme de crochet, il saisit une des lèvres de cette petite incision, passe sous cette érigne des ciseaux courbes dont la convexité repose sur la base du pli, et d'un coup de ciseaux il fait un lambeau à base adhérente, il détache alors le petit crochet qui se trouve au sommet du lambeau et vient le fixer à la base qu'il vient de former; puis, d'un nouveau coup de ciseaux il continue à disséquer son lambeau, qui représente exactement le contour d'une des lèvres de la fistule : en opérant de la même manière sur l'autre lèvre, l'avivement se trouve complet (1).

*Procédé de Bozeman.* — Ce procédé ne diffère de celui de Sims que par des points de détail, il est moins parfait. Bozeman avive au bistouri toute l'épaisseur du bord de la fistule, y compris la muqueuse vésicale.

*Procédé de Simon.* — A côté de la méthode américaine nous devons mentionner celle de Simon, décrite parfois sous le nom de *méthode allemande*, bien qu'elle ne présente rien de nouveau ni dans la découverte, ni dans l'avivement de la fistule. C'est la combinaison du procédé américain avec celui de Jobert; seule la suture diffère; elle est à deux plans : l'un pour rapprocher les bords avivés, l'autre pour assurer la coaptation exacte des surfaces.

(1) Churchill. *Traité des maladies des femmes*, 2e édit., 1874.

c. *Autoplastie.* — On a abandonné les procédés autoplastiques consistant à fermer la fistule à l'aide d'un lambeau de peau taillé sur la fesse et attiré dans le vagin, et imités de l'*élytroplastie* de Jobert; ces lambeaux sont difficiles à tailler et ont peu de vitalité.

La suture est faite au fil d'argent.

*Procédé de Jobert.* — En 1847, Jobert donne un nouveau procédé opératoire appuyé sur de nombreuses observations suivies de succès et bien réglé dans ses divers temps, c'est l'*autoplastie vaginale par glissement*. Jobert, regardant comme cause des insuccès le tiraillement opéré sur les bords de la fistule, y a remédié en incisant le vagin à son insertion sur le col de l'utérus; de cette manière, la vessie, qui est séparée de l'utérus par un tissu cellulaire lâche, glisse sur cet organe et les bords de la fistule se rapprochent sans difficulté.

L'opération de Jobert est donc caractérisée par l'incision du cul-de-sac antérieur sur le col utérin, permettant le glissement en avant de la paroi postérieure de la vessie sur l'utérus, grâce au tissu cellulaire lâche qui unit ces deux organes.

C'est à une opération de ce genre que, en 1896, Kelly a dû un beau succès dans un cas difficile (1).

*Procédé de Quénu.* — L'utérus a également fourni à Jobert l'étoffe nécessaire pour fermer une fistule, en descendant comme un rideau derrière la perte de substance, et être suturé à ses bords.

Mais ce glissement n'est pas toujours réalisable; et dans deux cas, Quénu, se trouvant en présence d'utérus non abaissables, avec fistule juxta-cervicale, a opéré suivant la technique que voici :

1° Avivement des bords de la fistule, et taille d'un lambeau aux dépens du col utérin, grâce à une incision transversale qui dédouble le col en deux lèvres, l'une antérieure et l'autre postérieure;

2° Suture de la paroi vésicale et fermeture de la fistule à l'aide du lambeau (2).

*Procédé de Mackenrodt.* — Ce chirurgien s'est servi dans deux cas, avec succès, du corps même de l'utérus pour combler une perte de substance dont les bords ne pouvaient se rapprocher.

Dans ces deux cas, une dissection très étendue a séparé la vessie du vagin et de l'utérus; la paroi antérieure de cet organe, attirée entre les lèvres de la fistule et suturée a servi à la fermer.

*Procédé de Freund.* — Dans deux cas très complexes (3), après avoir essayé d'abaisser l'utérus, Freund incisa le cul-de-sac postérieur et par cette voie alla saisir et attirer le fond de l'utérus, en le faisant basculer en arrière et en bas.

La face postérieure de l'utérus vint ainsi s'appliquer contre la fistule vésico-vaginale, où elle fut suturée après avivement préalable des bords de l'utérus et de ceux de la fistule.

(1) Kelly. *Bull. of the Johns Hopkins Hospit.*, mars 1896.
(2) Ch. Martin. Th. de Paris, 1897, Obs. XII et XIII.
(3) Freund. Eine neue Operation zur Schleissung Gervisser Harnfisteln Beim Weibe, *Samml. Klin. Vortr.*, 1895, p. 301.

Pour permettre aux règles de s'écouler, Freund fendit le fond de l'utérus. Le résultat obtenu fut très satisfaisant.

d. *Autres procédés.* — Lannelongue (1) s'est servi d'un prolapsus de la paroi postérieure de la vessie à travers une fistule très étendue pour restaurer avec succès la cloison vésico-vaginale. Cette conduite a été imitée par Dudley (de Chicago).

Ferguson a décrit dans l'*American Journal of Obstetrics*, avril 1895, un procédé que l'on peut employer dans certains cas, il consiste à tailler tout autour de l'orifice fistuleuse une collerette muqueuse, qui est retroussée dans cet orifice de façon à l'oblitérer.

B. *Voie sus-pubienne.* — Cette voie permet d'aborder les fistules urinaires, soit en ouvrant simplement la vessie par une taille hypogastrique, sans pénétrer dans la cavité péritonéale, soit par une véritable laparotomie.

a. *De la suture intravésicale, avec taille hypogastrique préalable* (*opération de Trendelenburg*) *dans le traitement des fistules vésico-vaginales.* — La difficulté, la complexité des opérations tentées contre les fistules vésico-vaginales, non abordables par le vagin, et, d'autre part, les progrès de la taille hypogastrique devaient donner l'idée d'aborder la fistule par l'intérieur de la vessie. C'est Trendelenburg qui mit le premier cette idée en pratique, en 1889.

Le manuel opératoire est maintenant parfaitement réglé, nous l'exposerons d'après les thèses de Teynac (2) et de Michaud (3). L'opération comprend trois temps :

*Premier temps : incision de la paroi abdominale et ouverture de la vessie.* — L'incision verticale est généralement préférée ; en effet, l'incision transversale sus-pubienne a pour seul avantage de donner beaucoup de jour, mais elle coupe les droits, facilite la production de hernies ou d'éventrations.

La section des divers plans de la paroi abdominale terminée, la vessie se cache profondément étant vide et affaissée. La paroi postérieure est cependant facile à trouver, grâce à un cathéter (Léopold) ou même au doigt (Pousson) introduit par l'orifice fistuleux et repoussant en avant la paroi vésicale. Un ballon de Petersen mis dans le rectum (Duplay) ou dans le vagin (Teynac) permet d'arriver au même résultat. Mais selon la remarque de Latouche [d'Autun (4)], le ballon sera enlevé aussitôt après l'ouverture de la vessie, parce que faisant bomber la partie vaginale de la vessie, il cache la portion utérine où peut siéger la fistule.

La vessie ouverte, deux difficultés arrêtent l'opérateur : le mauvais éclairage du champ opératoire et sa profondeur.

Pourtant le chirurgien doit voir avec facilité l'intérieur de la vessie ; pour cela deux larges valves (valves de Bazy) sont très utiles. On peut aussi passer deux fils de soie à travers les lèvres de la plaie vésicale et faire tendre ou écarter par un aide, chacune de ces lèvres ou les deux, de façon à découvrir partie ou totalité du champ opératoire.

Une lampe électrique serait d'un grand secours.

(1) Lannelongue. Nouveau procédé de traitement des fistules vésico-vaginales, Soc. de chir., 1872.
(2) Teynac. Th. de Bordeaux, 1894.
(3) Michaux. Th. de Lyon, 1896.
(4) Latouche. Soc. de chir., 1897.

Le moyen le plus simple, pour remédier à la profondeur du champ opératoire et au défaut de tension de la base de la vessie, est de faire refouler cette paroi vésicale par le doigt d'un aide introduit dans le vagin, ou par le tamponnement de cette cavité.

*Deuxième temps : avivement et sutures.* — L'avivement se pratique selon les règles ordinaires et ne présente rien de particulier. On peut se borner à exciser au bistouri, ou avec des ciseaux courbes, les bords de la fistule. Mais il vaut mieux, comme l'a fait Duplay (1), à l'aide d'une longue pince à dents de souris et d'un bistouri courbé sur le plat, décoller la muqueuse vésicale et la séparer de la muqueuse vaginale. On ne peut objecter à ce *modus faciendi* que sa difficulté d'exécution, car il est certain que ce dédoublement de la cloison, suivi d'une suture à deux étages, donne plus de sécurité.

Chaque opérateur a son mode de suture particulier avec des matériaux variables ; ces sutures diverses ont été commandées par les difficultés rencontrées au cours de l'intervention, difficultés qui ne permettent pas d'établir de règles fixes applicables à tous les cas. Certaines d'ailleurs, comme celles de Trendelenburg (2), Baumm (3), Pousson (4), Mac Gill (5) supposent la possibilité de manœuvres par le vagin, ce qui est l'exception dans les fistules que l'on opère par la voie sus-pubienne.

Cependant, d'une façon générale, on peut dire que la suture devra être à deux étages, l'un inférieur sur la paroi vaginale, l'autre supérieur sur la muqueuse vésicale.

Ces sutures doivent être faites à l'aide d'aiguilles à grande courbure ; à notre avis l'emploi de l'aiguille à staphylorraphie, de Trélat, ou d'une aiguille de courbure analogue rendrait cette suture beaucoup plus facile à exécuter. Pour faire ces sutures, l'on s'est servi de catgut, de soie, de crin de Florence, de fil d'argent. Le catgut nous paraît être la substance de choix pour les sutures intravésicales ; il se résorbe avant que les calculs n'aient le temps de se former et se laisse moins imprégner par l'urine que la soie.

*Troisième temps : fermeture partielle et drainage de la vessie.* — Pour le bon succès de l'intervention, il faut drainer la vessie, tout le monde est d'accord sur ce point. Mais les avis diffèrent sur la façon d'assurer le drainage vésical ; les uns préconisent la suture immédiate et totale de la plaie vésicale, avec l'emploi d'une sonde à demeure ; les autres, et c'est la majorité des chirurgiens, qui ont traité des fistules urinaires par la voie sus-pubienne (Trendelenburg, Baumm, Vallas, Mac Gill, Pousson), condamnent l'emploi de la sonde à demeure, veulent que l'on profite de la plaie vésicale pour drainer largement. Pour faire ce drainage, on se servira soit d'un simple drain en caoutchouc, soit des tubes Guyon-Périer, accolés. Cette précaution prise, les lèvres de l'ouverture vésicale sont suturées, les muscles droits et la ligne blanche réunis et les téguments affrontés.

Les drains seront laissés en place de quatre à huit jours.

(1) Duplay. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1896.
(2) Trendelenburg. *Deutsch. med. Wochens.*, 1893, t. XXIII, p. 518.
(3) Baumm. Zur Operation der Blazen cervixi fisteln von der Blasenhaus, *Arch. f. Gyn.*, 1870, t. XXXIX, p. 493.
(4) Pousson. *Arch. prov. de chir.*, 1894, t. IV, n° 12.
(5) Mac Gill. An operation for vesico-vagina trought a supra pubis oper in the Blodder, *The Lancet*, 1890, vol. II, p. 2.

b. *De la laparotomie dans le traitement des fistules vésico-vaginales.* — Bardenheuer (1) et Dittel (2) ont fait plus ; ces chirurgiens ont traité et guéri des fistules urinaires en intervenant à l'aide d'une laparotomie.

Bardenheuer n'ouvre pas cependant le péritoine ; il décolle et refoule le péritoine qui recouvre la paroi postérieure de la vessie jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. La cloison vésico-vaginale est également dédoublée jusqu'au delà de la fistule, et la fistule restaurée avec soin. L'opération reste ainsi tout entière extrapéritonéale ; elle a donné deux succès sur le vivant.

Dittel reproche à l'opération de Bardenheuer de créer, autour de la vessie, une cavité, un vaste décollement où peuvent s'accumuler de la sérosité, du sang ou de l'urine. Aussi préfère-t-il faire une véritable laparotomie. Le cul-de-sac vésico-utérin est découvert, bien en vue, puis incisé transversalement ; avec les doigts et grâce à la laxité du tissu cellulaire qui sépare la vessie de l'utérus, on sépare ces deux organes, et cette dissection dépasse la fistule. Sur le cadavre et dans les cas favorables, Dittel a pu poursuivre ce clivement jusqu'au méat uréthral. Il ne reste plus qu'à aviver et à suturer les bords de la fistule.

Dittel a ainsi opéré une malade, le résultat n'a pas été parfait, et la fistule a persisté.

C. *Voie ischio-rectale.* — Au sixième congrès français de chirurgie, Michaux a proposé une nouvelle voie, pour aller opérer les fistules vésico-vaginales inabordables par les voies naturelles. Ces fistules haut placées n'étaient justiciables que de l'occlusion vaginale, la *voie ischio-rectale* permettrait dans certains cas du moins, d'aller les aviver et les suturer directement.

2° Oblitération indirecte de la fistule. — Les procédés opératoires de ce genre n'ont presque plus qu'un intérêt historique, aussi ne ferons-nous que les signaler, sans les décrire, nous réservant de les apprécier plus loin.

Ces procédés abandonnés sont au nombre de trois :

L'*épisiorraphie*, ou suture de la vulve inventée par Vidal de Cassis.

Le *colpocleisis*. Bérard, le premier, oblitéra ainsi le vagin au-dessous de la fistule.

L'*oblitération rectale de la vulve*. Baker-Brown (3) paraît avoir, le premier, fait cette opération pour une malade ayant une fistule recto-vaginale toute faite, avec oblitération presque complète du vagin et destruction du col de la vessie et de l'urèthre.

Cette méthode consiste à fermer la vulve, après avoir établi une fistule recto-vaginale ; de sorte que le sphincter anal retient l'urine aussi bien que les matières fécales.

Signalons enfin comme méthodes spéciales d'oblitération indirecte des fistules vésico-utérines :

L'*hystéro-stomato-cleisis*, pratiquée tout d'abord par Jobert, et depuis assez fréquemment exécutée.

L'*incarcération du col dans la vessie*, décrite par Courty (4).

(1) Bardenheuer. *XXII° Congr. des chir. allem.*, 1891.

(2) Dittel. Abdominale Blasen chei der fisteln Operation, *Wien. Klin. Woch.*, 1893, p. 449.

(3) Baker-Brown, Malgaigne, Le Fort. *Manuel de médecine opératoire*, 4e édit., 1887, p. 747.

(4) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1887.

II

**Choix d'un procédé et comparaison des différentes méthodes entre elles.** — Voulant apprécier la valeur respective des diverses méthodes opératoires que nous venons de décrire, et chercher leurs indications, nous les diviserons en deux grands groupes, selon qu'elles permettent d'aborder la fistule par le vagin ou par une autre voie.

1° Méthodes opératoires des fistules abordables par le vagin. — Presque toutes les fistules peuvent être opérées par ces méthodes, mais parmi elles, le chirurgien a encore à choisir entre la méthode américaine d'avivement, la méthode française du dédoublement et enfin, pour certains cas, il lui faut connaître les procédés autoplastiques.

A. *Comparaison des procédés d'avivement avec le procédé du dédoublement.* — Afin de faire ressortir les avantages du procédé du dédoublement, nous l'examinerons dans ses grandes lignes en le comparant avec la méthode américaine (1).

a. *Pas de perte de substance.* — Dans cette dernière méthode, on enlève à la cloison vésico-vaginale une certaine quantité de tissu, et cette ablation est suivie d'un léger élargissement de la fistule. Ce fait, négligeable si la fistule guérit à la première intervention, est important dans le cas d'insuccès.

En dédoublant la cloison, l'orifice n'étant pas élargi, la patiente ne se trouve pas dans des conditions plus mauvaises pour une nouvelle intervention.

Cette manière d'opérer est surtout indiquée en présence de fistules énormes. C'est alors qu'il faut ménager le plus possible la muqueuse et ne pas en perdre la plus petite parcelle.

b. *Affrontement par de larges surfaces.* — Dans le traitement de la fistule vésico-vaginale, le chirurgien se propose de mettre en contact de larges surfaces cruentées et bien nourries, afin d'assurer la réunion par première intention. Aucun procédé ne remplit mieux cette indication que le procédé du dédoublement. En effet, ce clivement de la cloison avive en même temps la face profonde de la muqueuse vaginale et de la muqueuse vésicale.

c. *Pas de tiraillements.* — Ce qu'il faut prévenir dans le traitement de ces fistules, c'est le tiraillement des lèvres de la plaie. Le procédé à lambeaux, grâce à la mobilisation qu'il produit, assure ce résultat, et là où le procédé de Sims ne peut être employé, il trouve son application en facilitant la juxtaposition des parties.

d. *Exécution facile.* — Sur ce point la comparaison entre les deux méthodes semble *a priori* être en faveur de la méthode américaine. Pourtant il n'en est rien, il est au moins aussi facile de dédoubler la cloison vaginale que d'aviver les bords de la fistule. « Il est un point, dit Duboué, sur lequel j'ai été heureusement trompé dans mon attente, je veux parler des difficultés de la dissection qui m'ont paru bien moindres que dans l'avivement proprement dit. »

Avec de tels avantages, on peut conseiller la méthode du dédoublement, pour la cure opératoire de la plupart des fistules abordables par le vagin. Les petites et les moyennes sont aussi bien oblitérées par la méthode française que par la méthode américaine et même plus sûrement.

(1) Hoarau. Thèse de Paris, 1896.

L'hésitation n'est plus permise lorsqu'il s'agit de vastes orifices, dont les bords ne se laissent pas rapprocher. Dans ces cas, la méthode à lambeaux est nettement indiquée et c'est à elle qu'on doit avoir recours. On conçoit sans peine que, dans les grandes perforations, il n'y a rien à espérer de l'avivement simple, qui diminue encore la quantité de tissus et ne permet pas d'affronter les surfaces saignantes sans leur faire subir des tiraillements considérables. La méthode du dédoublement, en évitant ces pertes de substance et en mobilisant les lèvres de la plaie, facilitera la réunion par première intention.

Donc pour nous résumer, nous dirons que, si le procédé américain est peut-être aussi avantageux que le procédé à lambeaux pour la cure des fistules de moyenne dimension, il lui cède le pas lorsqu'on a affaire à des fistules grandes, ou accompagnées d'adhérences aux parois vaginales.

B. *Procédés d'autoplastie.* — Ces procédés trouvent leurs indications dans des cas tout à fait particuliers, et il est difficile de leur attribuer une valeur thérapeutique générale dans le traitement des fistules vésico-vaginales. C'est au chirurgien à apprécier si, dans tel cas particulier, l'un d'eux n'est pas de mise. Ils ont surtout comme avantage de bien mobiliser les bords de la fistule, de permettre leur rapprochement sans tiraillements des tissus. La paroi postérieure de la vessie libérée de l'utérus devient un lambeau mobile et flottant, facile à abaisser, et à fixer à la lèvre antérieure de la fistule. Ou bien c'est l'utérus lui-même qui sert d'obturateur, soit à l'aide d'un lambeau pris à son col ainsi que l'a fait Quénu, soit que l'utérus vienne en entier fermer la fistule, comme dans les opérations de Mackenrodt et de Freund. D'ailleurs à part l'incision du cul-de-sac antérieur, classique depuis Jobert, ces opérations exceptionnelles n'ont été exécutées que par leurs inventeurs, toujours avec succès, il est vrai, et pour des cas difficiles. Quénu, Mackenrodt, Freund ont publié chacun deux observations de leurs procédés respectifs. Ce sont donc des faits importants comme documents, pouvant servir d'exemples dans un cas difficile, mais sans valeur comme méthode générale.

2. Méthodes opératoires des fistules inabordables par le vagin. — Mais il est toute une catégorie de fistules où les opérations vaginales sont impossibles ou forcément donnent de mauvais résultats ; ce sont des fistules haut situées, au niveau même du col de l'utérus ou autour de lui ; ce sont encore des fistules profondément cachées derrière une série de cicatrices et au fond d'un vagin rétréci, ou enfin des fistules tellement étendues, avec de telles pertes de substances, qu'il est impossible de réparer les désordres.

Aussi devant cette impossibilité absolue de l'opération vaginale dans certains cas, on inventa la méthode indirecte dont le principe essentiel est la fermeture des voies génitales au-dessous de la fistule qu'on laisse subsister. La portion close devient ainsi un véritable diverticulum de la vessie.

A. *Procédés permettant l'oblitération indirecte des fistules.* — Ces procédés sont justement abandonnés, ils sont difficiles à exécuter, et ont le grave inconvénient de supprimer le vagin. D'autant que grâce à la voie sus-pubienne on a un moyen d'intervenir efficacement dans presque tous les cas, autrefois justiciables de l'oblitération vulvo-vaginale.

B. *Procédés permettant l'oblitération directe des fistules.* — a. *Par la voie sus-pubienne.* (Opération de Trendelenburg). — Tous les reproches faits aux méthodes précédentes tombent d'eux-mêmes devant l'opération de Trendelenburg, qui laisse intacts utérus et vagin, ne compromet en rien leurs fonctions, et s'efforce néanmoins de soustraire ces organes à l'action nocive de l'urine, en atteignant le symptôme capital, l'incontinence.

Sur quatorze cas graves, traités par la suture intravésicale après cystostomie, on a obtenu onze guérisons, un succès partiel et pas une mort à déplorer.

La suture intravésicale est donc une méthode d'exception indiquée quand on est en présence du côté du vagin :

De brides ou replis cicatriciels cachant la fistule ;

D'adhérences du trajet fistuleux aux organes voisins ou à la ceinture pelvienne ;

D'étroitesse du vagin, ou de profondeur anormale de cet organe.

Du côté de la vessie :

De la présence de calculs ou de cystite.

b. *Par la voie ischio-rectale.* — Le cas unique de Michaux, malgré un demi-succès, ne permet pas de juger de la valeur de la voie ischio-rectale ; anatomiquement cette nouvelle voie est logique, et d'après les recherches faites par l'auteur donne beaucoup d'espoir, elle permettrait d'aviver directement les fistules haut placées, inabordables par le vagin et qui ne sont pas trop considérables, ni trop adhérentes aux os du bassin.

---

## LA PROSTITUTION ET SA RÉGLEMENTATION.

### LES ACTES (ACTS) SUR LES MALADIES CONTAGIEUSES EN ANGLETERRE ET LEUR INFLUENCE RÉELLE AU POINT DE VUE SANITAIRE

Par le professeur James Stuart, M. P., et J.-V. Laborde.

Depuis l'importante discussion sur la prostitution et sa réglementation, qui eut lieu devant l'Académie de médecine en 1887, et à laquelle prit part M. Laborde, dans le sens d'une opposition motivée, tant au point de vue de la morale sociale qu'à celui des véritables et efficaces conséquences de la réglementation, cette question d'intérêt majeur, social et national, a subi, dans son évolution, sur le terrain de la pratique et de l'observation, des péripéties et des fluctuations diverses, à travers lesquelles il est cependant possible, aujourd'hui, de saisir et de signaler certains résultats d'une maturité et d'une fixité suffisantes, pour mériter d'être mis en valeur et en évidence.

C'est surtout à l'étranger, en Angleterre, en Italie, en Suisse et en Belgique, principalement en Angleterre, grâce à la ligue puissante et agissante qui a engagé la lutte à ce propos, et grâce à une longue expérience des dispositions légales qui sont intervenues dans ce pays, notamment de l'abrogation des Acts..., que la question a pu prêter à une étude doublement intéressante et fructueuse, au point de vue du principe et des applications ; et les documents qui se sont accumulés à ce sujet, et qui lui ont été fidèlement communiqués par les hommes éminents que cette question occupe et passionne à juste titre, sont, d'ores et déjà, de nature à projeter sur elle une vive lumière.

C'est ce qui engagea M. Laborde à faire part à l'Académie de médecine de l'un de ces documents qui, grâce à son éminent collaborateur et à sa haute compétence de statisticien,

le professeur James Stuart, mérite de fixer l'attention du monde savant, économique et législatif.

Ce document a pour but d'examiner, à la lumière de l'expérience faite en Angleterre, l'influence des Actes sur les maladies contagieuses, de fournir la preuve que l'abrogation de ces Actes a été suivie d'une diminution du chiffre des maladies vénériennes; de faire ressortir les raisons de l'insuccès de ce régime, insuccès qui paraît être inhérent à sa nature même; d'établir, en outre, que l'existence ou la non-existence de la réglementation n'est pas la caractéristique vraiment déterminante du nombre des maladies, et, incidemment, que la comparaison faite notamment par le docteur Commenge entre l'armée anglaise et l'armée française, ne peut pas être considérée comme un argument en faveur de la réglementation.

## GUÉRISON DE L'OPHTALMIE PURULENTE

### PAR LE PROTÉINATE D'ARGENT (PROTARGOL)

Par le docteur DARIER.

Dans une note lue à l'Académie de médecine, l'auteur dit que le protéinate d'argent (ou *protargol*) représente un antiseptique capable de guérir rapidement l'ophtalmie purulente, spécialement sa forme la plus grave, celle qui est due au gonocoque. Il a cet avantage inappréciable de n'exercer pour ainsi dire aucune action caustique ou corrosive, même en solutions très concentrées (50 p. 100 par exemple). Il a commencé par employer des solutions à 5, puis à 10, à 20, puis à 50 p. 100, sans jamais provoquer, ni douleurs bien violentes, ni escharres conjonctivales, ni troubles de la cornée, même quand cette dernière était déjà ulcérée jusqu'à la membrane de Descemet.

Il est allé plus loin et a appliqué le protéinate d'argent en nature, à l'état pulvérulent, sur la conjonctive, en pratiquant, avec la pulpe de l'index, un léger massage, jusqu'à ce que toute la poudre fût dissoute. M. Darier a même, chez des granuleux, laissé, dans le fond du cul-de-sac, de petites mèches d'ouate tout imprégnées de cette poudre pure. Après un séjour d'un quart d'heure, il n'y avait pas la moindre escharre.

La protéinate d'argent est soluble dans l'eau en toutes proportions.

La solution à 5 p. 100 est celle qui convient aux malades qui s'en servent eux-mêmes à domicile, comme d'un collyre (à instiller deux à quatre fois par jour) pour les irritations conjonctivales légères, ou pour compléter les cautérisations quotidiennes faites par le médecin. Pour ces cautérisations au pinceau il emploie toujours les solutions à 20 ou 50 p. 100.

Dans l'ophtalmie purulente, si les cautérisations bi-quotidiennes à 20 p. 100 n'amènent pas une rapide amélioration il faut avoir recours au plus tôt à la solution à 50 p. 100, que l'on fera même bien d'employer d'emblée quand on aura affaire à des formes graves ou déjà anciennes. Il faut répéter les cautérisations deux fois par jour tant que la sécrétion purulente est abondante et à mesure qu'elle décroît on espace de plus en plus les attouchements.

Il n'est pas rare de voir la sécrétion tarir en un temps très court; mais il ne faut pas pour cela cesser trop vite le traitement, qui est d'ailleurs inoffensif.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mai 1898. — Présidence de M. BERGER.

### DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR FIBROMES

M. SEGOND, sur beaucoup de points, partage l'avis de M. Quénu; mais il s'en sépare sur quelques détails. Il a fait sa première hystérectomie vaginale le 6 septembre 1889, et il vient de pratiquer la semaine dernière sa cent soixantième. En s'appuyant sur ces faits déjà nombreux, il désire faire connaître son opinion sur la valeur, les indications et le manuel opératoire de cette opération.

Au point de vue de sa valeur, il a été heureux d'entendre M. Quénu prendre sa défense; c'est, en effet, une opération excellente, qu'on aurait tort d'abandonner sous prétexte que l'hystérectomie abdominale totale a fait de très grands progrès.

M. Quénu, sur 33 cas, a eu 33 succès. La statistique de M. Segond est loin d'être aussi blanche. Sur 160 cas, il a eu 24 décès, ce qui donne une mortalité de 15 p. 100. Sur ces 24 décès, il y a eu 13 péritonites, 4 obstructions intestinales, 1 tétanos, 2 hémorragies et 4 fibromes sphacélés et putrides. Toutes ces malades se trouvaient dans un état extrêmement grave; M. Segond croit donc qu'il faut admettre que l'hystérectomie vaginale pour fibromes est une opération plus grave qu'on ne le dit. Il y a encore de nombreuses contradictions dans la chirurgie des fibromes. Mais ce n'en est pas moins une excellente opération, dont les résultats immédiats sont généralement très bons, d'un pronostic d'avenir merveilleux et qui, entre autres qualités, a celle de ne pas laisser une balafre sur le ventre.

M. Quénu admet qu'on doit opérer par le vagin les fibromes qui remontent jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. M. Segond va plus loin et, sauf exception et toutes choses égales d'ailleurs, il pense que tout fibrome dont le pôle supérieur atteint mais ne dépasse pas l'ombilic est opérable par le vagin. Cette divergence entre M. Quénu et M. Segond est peu importante. M. Quénu, comme M. Segond, opère de gros fibromes par la voie vaginale, et c'est là le point important.

Pour M. Quénu, les contre-indications à l'opération sont la réductibilité de la masse fibreuse, la rigidité du vagin, la transformation scléreuse du fond du vagin. C'est ainsi que, chez les vierges et chez les vieilles femmes, il faut faire une réserve au sujet de l'application de l'hystérectomie vaginale. La situation élevée des tumeurs, la longueur extrême du col, rendront également l'opération très difficile. Il faut admettre aussi une différence entre les cas de fibrome unique et ceux de fibromes multiples dans lesquels l'utérus est truffé de fibromes. M. Quénu ne semble pas attacher beaucoup d'importance à cette multiplicité des fibromes; M. Segond trouve qu'il a tort.

Au point de vue du manuel opératoire, M. Quénu est un peu absolu dans les règles qu'il donne. Il ne fait jamais l'hémostase préalable des utérines; il énuclée tous les fibromes, mais il ne veut pas morceler l'utérus lui-même; pour lui, l'utérus doit être sectionné, mais non morcelé. Il insiste ensuite sur la manière d'appliquer les pinces. La technique de M. Segond diffère de celle de M. Quénu. M. Segond fait toujours le pincement préalable des utérines. Ce pincement et la libération qu'il entraîne rend abaissable l'utérus, en apparence le plus inabaissable. Les pinces placées sur les utérines ne sont nullement gênantes pour le reste de l'opération. Enfin, M. Segond morcelle l'utérus. Il suit, en un mot, la vraie méthode du père de l'hystérectomie vaginale pour fibromes, de Péan, méthode qui est une dans ses données générales. Maintenant, il est évident qu'on ne

fera pas toujours la même chose dans chaque cas particulier; il n'y a pas de manuel opératoire unique en matière d'hystérectomie vaginale. Mais, d'une façon générale, voici comment procède M. Segond : il s'attaque au col, le fend et le résèque, puis il s'accroche à l'utérus lui-même, pince les utérines, morcelle, énuclée, coupe, résèque jusqu'à ce qu'il ait à peu près vidé l'utérus et le fait basculer d'un côté ou de l'autre sans jamais faire d'hémostase préalable sur les ligaments larges, qu'il ne pince de haut en bas que quand l'utérus est renversé. Les instruments dont il se sert pour ce morcellement sont une sorte de tire-bouchon qu'il enfonce dans la masse fibreuse et un gros bistouri courbe à l'aide duquel il enlève chaque fois de gros morceaux préalablement fixés par le tire-bouchon.

En résumé, pour M. Segond, l'hystérectomie vaginale pour fibromes est une bonne opération. Elle a une grande netteté dans ses indications : tant qu'un fibrome est enlevable par le vagin, il ne faut pas hésiter à conseiller cette opération. Quand il faut recourir à l'hystérectomie abdominale, il est plus réservé et ne conseille l'intervention chirurgicale qu'après avoir épuisé tous les moyens de traitement.

M. QUÉNU constate que la technique de M. Segond et la sienne diffèrent peu. Il ne croit pas utile de pincer préalablement les utérines. Ces pinces sont gênantes et tiennent de la place. Il préfère de beaucoup pincer les ligaments larges de haut en bas que de bas en haut. On a vu des cas dans lesquels les pinces ainsi placées de bas en haut tiraient ou pinçaient l'intestin. M. Quénu préfère donc le pincement de haut en bas.

M. REYNIER a pratiqué beaucoup d'hystérectomies vaginales pour fibromes. Il a même vanté cette opération dans un des premiers congrès de chirurgie, comme présentant moins de dangers que l'hystérectomie abdominale. La cicatrice abdominale, pour lui, est secondaire. En présence d'un gros fibrome, le chirurgien est libre de choisir sa voie sans s'arrêter à cette considération de la cicatrice abdominale. Or, depuis qu'on aborde si facilement les fibromes par la voie abdominale, la rapidité et les facilités de cette opération ont modifié quelque peu la manière de voir de M. Reynier. A l'heure actuelle, l'opération est beaucoup plus rapide par le ventre que par le vagin. Or, la durée de l'opération n'est pas sans importance au point de vue du schock.

Aujourd'hui, M. Reynier préfère donc, pour les gros fibromes, la voie abdominale à la voie vaginale. Quand il s'agit de fibromes moyens, la voie vaginale reprend sa supériorité; autant que possible, M. Reynier préfère placer ses pinces de haut en bas.

M. POZZI n'a pas changé d'opinion depuis 1895. Pour lui, quand un utérus fibromateux est enlevable par le vagin, il ne faut pas hésiter à choisir cette voie. Il assigne l'ombilic comme limite supérieure, à condition que la tumeur n'ait pas un développement latéral excessif. Quand au placement des pinces, il varie suivant les cas : quand le col de l'utérus n'est pas trop long, il bascule l'utérus et ne pince qu'après et de haut en bas; quand l'utérus s'abaisse difficilement, il suit la même technique que Segond. En résumé, malgré les progrès accomplis dans l'hystérectomie abdominale totale, M. Pozzi estime que l'hystérectomie vaginale reste une bonne opération et qu'il faut préférer, en raison des dangers moins grands qu'elle entraîne.

M. POIRIER, d'après ses observations personnelles, préfère, pour les gros fibromes, l'hystérectomie abdominale totale ou sus-vaginale à l'hystérectomie vaginale.

M. QUÉNU répond à M. Reynier qu'il a baissé la limite supérieure des fibromes enlevables par le vagin depuis les progrès accomplis dans l'hystérectomie abdominale totale. Quand au schock dont a parlé M. Reynier, on ne le constate jamais après l'hystérectomie vaginale, quelque laborieuse qu'ait été l'opération; jamais cette opération n'a sur le pouls ni sur le facies de la malade le même retentissement que l'opération par laparotomie. C'est là un des grands avantages de l'hystérectomie vaginale, c'est l'absence de toute complication post-opératoire. Il serait dommage d'abandonner une telle opération.

### PRÉSENTATION

**Kyste hydatique du poumon.** — M. TUFFIER présente un malade qu'il a opéré d'un kyste hydatique du poumon : ni la radiographie, ni les signes sthétoscopiques n'avaient pu révéler le siège exact du kyste.

La séance est levée.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**La famille névropathique,** théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence (1), par le docteur Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre.

L'auteur s'est proposé d'expliquer, l'hérédité des maladies nerveuses et leur parenté avec les maladies diathésiques étant admises, comment celles-ci peuvent se manifester en dehors de l'hérédité.

M. Féré montre que ces exceptions, connues sous le nom d'hérédité dissemblable et d'hérédité collatérale, se trouvent dans les familles tératologiques qui, souvent, sont aussi des familles pathologiques. Ce qui est pathologique, ce sont des troubles de nutrition de la période embryonnaire, entraînant des effets différents suivant l'époque à laquelle ils se produisent. Les troubles du développement commandent la prédisposition morbide. Ces troubles réalisent une destruction progressive des caractères de la race; la dégénérescence, quelle que soit sa cause, peut être définie une dissolution de l'hérédité, qui aboutit, en fin de compte, à la stérilité.

Un chapitre est consacré au caractère tératologique de la dégénérescence. L'auteur montre, par des expériences, qu'il n'y a aucun rapport nécessaire entre une déformation et telle ou telle cause de dégénérescence; il reproduit dans des couveuses artificielles les mêmes dissemblances que dans les familles tératologiques ou pathologiques. Des faits cliniques et expérimentaux semblent indiquer que l'on peut, en agissant sur la nutrition de l'embryon, résister aux influences dégénératives.

L'auteur, depuis la première édition, parue il y a quatre ans, a continué ses recherches; aussi a-t-il pu faire de nombreuses additions, notamment aux chapitres traitant de l'hérédité tératologique, des rapports des malformations et de la prédisposition morbide, de la tératogénie expérimentale, de la prophylaxie. — Parmi les chapitres nouveaux ajoutés à cette deuxième édition, nous signalerons celui qui est relatif à la parenté morbide des tumeurs.

---

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

---



---

(1) In-12 (Collect. médic.), 2e édit. revue et augmentée. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 62. — MARDI 31 MAI ET JEUDI 2 JUIN 1898. 71e ANNÉE. MARDI 31 MAI ET JEUDI 2 JUIN 1898. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la prophylaxie de la tuberculose se poursuit. Ce sont encore deux médecins de l'armée, M. Vallin et M. Kelsch, qui, dans cette séance, ont pris la parole. M. Vallin se rallie entièrement à l'opinion de M. Grancher. Il soulève seulement quelques objections sur des points de détail; il repousse l'emploi del'acide phénique comme désinfectant des crachoirs et lui préfère l'emploi du sublimé ou de l'aldéhyde formique. On verra plus loin quelles raisons nous donne M. Vallin de cette préférence.

Avec M. Kelsch, il faut prendre la question plus haut, de très haut même : c'est un discours magistral sur l'histoire de la pathogénie des maladies infectieuses. On sait que M. Kelsch, tout en étant un des plus fervents adeptes de la microbiologie, est resté surtout et avant tout un clinicien. Bien des fois déjà il a eu l'occasion, à la tribune de l'Académie, de se montrer sous ces deux qualités, mais jamais il ne l'a fait avec plus de succès et d'autorité. Son discours mérite une analyse consciencieuse : il a commencé par se défendre, lui et tout le corps de santé, d'un reproche, peut-être injuste, adressé par M. Grancher au sujet de ce qui se passe dans l'armée au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose. Nous passerons sur cette question personnelle : si M. Grancher n'a pas rendu aux efforts du corps de santé toute la justice qu'ils méritent, M. Kelsch nous semble avoir pris un peu trop à cœur cette injustice ou, pour mieux dire, cette erreur. Nous avons hâte d'arriver au fond même du débat.

Sans doute, a dit en substance M. Kelsch, M. Grancher a bien fait d'insister sur la contagion de la tuberculose dans l'armée, sur l'importance des mesures prophylactiques, telles que désinfection, lavage des parquets, crachoirs; sur la nécessité de poursuivre et de détruire par tous les moyens le bacille de Koch. Mais le bacille n'est pas tout en matière de tuberculose dans l'armée, il y a aussi le bacillifère, c'est-à-dire l'homme, et c'est sur lui que M. Kelsch a porté tout particulièrement son attention, professant à l'égard de la tuberculose la même opinion qu'à l'égard de la fièvre typhoïde et de toutes les maladies infectieuses, et faisant jouer au terrain un rôle au moins aussi important qu'au germe. Les exemples que nous a fournis M. Kelsch à l'appui de sa manière de voir sont vraiment suggestifs.

Voyons, en effet, ce qui s'est passé pour la fièvre typhoïde en Algérie : Tant qu'il n'y a été envoyé que des hommes faits, ayant plusieurs années de service militaire, la fièvre typhoïde n'existait pas; du jour où l'on y a envoyé des jeunes soldats, non encore rompus aux fatigues du service, éléments essentiellement réceptifs, la fièvre typhoïde est apparue et a commencé ses ravages effroyables.

Voyons maintenant ce qui s'est passé pour la tuberculose : Depuis que la loi de 1872 a modifié de fond en comble le mode de recrutement, depuis que l'armée n'est plus composée que de jeunes soldats qu'il faut instruire vite et, par cela même, surmener, la tuberculose s'est développée avec une intensité inconnue jusque-là. Nous ne pouvons suivre ici M. Kelsch dans les développements qu'il a donnés à ce sujet, mais qu'on nous permette de citer encore l'histoire si instructive du régiment des sapeurs-pompiers de Paris; lorsqu'on remania complètement ce corps, qu'on changea son outillage et qu'on se trouva dans l'obligation d'imposer aux hommes un surmenage exceptionnel pour assurer simultanément le service journalier et leur nouvelle instruction, la tuberculose se développa chez eux dans d'effrayantes proportions. On prit des mesures énergiques, non pas seulement de balayage spécial et de désinfection, mais de meilleure distribution du travail, de meilleure alimentation, de meilleure hygiène générale, et aussitôt la tuberculose revint à son taux de morbidité normale. Comme on le voit, avec M. Kelsch, nous sommes loin du microbe et de la contagion comme seuls éléments de la propagation de la tuberculose. L'importance du terrain, du plus ou moins de résistance des hommes, du plus ou moins de prédisposition et de réceptivité, apparaît ici en pleine lumière, et dès lors la prophylaxie de la tuberculose ne réside pas seulement dans un crachoir, mais bien dans des réformes générales autrement importantes, en particulier dans l'augmentation de la ration alimentaire et dans la diminution de la ration de travail. Cette opinion, si éloquemment défendue par M. Kelsch, a d'autant plus de poids qu'elle émane d'un savant pour lequel les questions de microbiologie et d'histologie sont des plus familières. Tous ceux qui ont conservé quelque respect de la clinique et de l'observation applaudiront comme nous à ce remarquable plaidoyer.

Au début de la séance M. Calot (de Berck) a présenté une vingtaine d'enfants qui étaient atteints du mal de Pott, et

qu'il a redressés. En même temps que les enfants, il a montré leurs photographies avant l'opération. Il y a des résultats qui datent de quatre ans et qui sont restés très satisfaisants.

M. Vinay (de Lyon) a adressé une intéressante observation d'éclampsie puerpérale des plus graves, très heureusement guérie par l'accouchement forcé et les injections de sérum artificiel à hautes doses.

Enfin, M. Monod a fait un rapport sur une observation de corps étranger de l'œsophage, présentée par M. Monnier. Dans ce cas, la radiographie a été d'un grand secours, et a permis à M. Monnier d'extraire une pièce de monnaie qui séjournait depuis un an dans l'œsophage d'un enfant de cinq ans.

L'Académie s'est formée ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante de correspondant national.

L'ordre de classement porte : en première ligne, M. Marvaud (de Toulouse); en deuxième ligne, M. Moniez (de Lille); en troisième ligne *ex æquo*, MM. Du Cazal (de Nice) et Vincent (de Brest); en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Coyne (de Bordeaux) et Brunon (de Rouen).

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Galliard présente une malade atteinte **d'hydarthrose chronique rhumatismale des articulations des doigts.** La malade est une rhumatisante qui a eu, depuis six ans, des douleurs articulaires de différents côtés et à plusieurs reprises. L'affection actuelle a commencé il y a un an, et elle est surtout marquée à droite et au niveau des articulations phalango-phalanginiennes et du poignet Cette affection ne peut se confondre ni avec la goutte, ni avec le rhumatisme chronique osseux déformant. La compression, appliquée depuis trois semaines, n'a pas amené grande amélioration, et le salicylate de méthyle a calmé les douleurs.

M. Jeanselme présente un malade atteint **de syringomyélie avec panaris analgésique de Morvan,** qui offre cette particularité qu'en palpant le nerf cubital et le nerf médian du côté du panaris, on sent des nodosités qui ne sont autre chose que de petits ganglions épitrochléens accolés au nerf et qu'on pourrait confondre avec des nodosités lépreuses.

M. Rénon a observé un cas curieux de **sialorrhée intermittente au cours d'une urémie lente,** et qui ne se montre qu'à l'occasion d'un mouvement; quand le malade est au lit, ce symptôme disparaît. La salive contient une certaine quantité d'urée. Cette sialorrhée a résisté à la thérapeutique, elle s'atténue seulement quand le taux de l'urine s'élève; ajoutons qu'il n'y a aucune trace de stomatite concomitante ni de phénomènes gastro-intestinaux, et qu'on ne peut rattacher la sialorrhée, dans ce cas, à une irritation réflexe de la muqueuse buccale ou digestive, mais bien à une action directe des toxines sur les centres salivaires.

M. Catrin, revenant sur l'**emploi du salicylate de méthyle dans le rhumatisme,** insiste sur ce fait qu'il agit surtout sur l'élément *douleur* et qu'il n'exclut pas celui du salicylate de soude à l'intérieur qui agit sur l'élément *fièvre.* Dans tous les cas, il convient surtout dans les cas subaigus ou chroniques, à condition, comme l'a fait remarquer M. Siredey, que l'enveloppement soit complet.

M. Béclère apporte un nouvel exemple de **détermination primitive des oreillons sur les testicules sans localisation sur les glandes salivaires.** Des cas semblables sont évidemment très embarrassants lorsqu'ils se présentent en dehors de toute notion épidémique ou contagieuse, et lorsqu'une localisation sur les glandes salivaires ne vient pas éclairer le diagnostic.

On a donné bien des explications théoriques et hypothétiques au **cornage laryngé congénital** chez les enfants. Aussi l'autopsie que M. Variot a communiquée, et qui est la seconde qu'on connaisse, est-elle des plus précieuses pour éclairer la pathogénie de l'affection. Elle a montré l'existence d'une déformation de l'épiglotte en gouttière, d'où partent des replis aryténo-épiglottiques minces, arrivant au contact l'un de l'autre, et formant une sorte de vestibule membraneux. Il y a donc à invoquer, non un spasme des cordes vocales, mais une malformation du larynx, contre laquelle il y aurait peut-être lieu d'intervenir chirurgicalement par résection de ces replis.

## PATHOGÉNIE DES MALADIES INFECTIEUSES

Par M. Kelsch,

Membre de l'Académie de médecine.

Dans la partie de son rapport consacrée à la tuberculose dans l'armée, M. Grancher ne vise guère que la cause première de la tuberculose : les crachats, le virus, le bacille sont sa préoccupation dominante; les causes secondes, celles qui préparent les organismes à l'ensemencement fécond du microbe, sont reléguées au dernier plan. Or, elles sont pourtant primordiales dans la tuberculose, et répandues avec profusion dans les armées. Nulle part leur rôle ne se manifeste plus nettement ni plus puissamment que dans la caserne. C'est pour cela que la tuberculose n'y désarme pas, malgré la lutte si consciencieuse que le service de santé a engagée contre elle.

Un des exemples les plus frappants de cette notion capitale est le suivant :

De 1830 à 1840, la fièvre typhoïde était extrêmement rare dans l'armée d'Algérie. Vers 1842, elle commence à devenir plus fréquente et, depuis, elle ne cesse d'augmenter. Or, ceci a coïncidé précisément avec cette modification importante du recrutement qui a fait envoyer en Algérie de jeunes soldats au lieu de n'y envoyer que des soldats ayant déjà au moins trois ans de service.

Il faut s'en prendre à la loi sur le recrutement de 1872, complétée par celle de 1889. L'ancienne loi avait une portée essentiellement militaire; elle sacrifiait le nombre à la qualité physique et imposait une sélection sévère du contingent. Au contraire, l'idée directrice de la nouvelle loi est la consécration du principe absolu de l'égalité au profit de la valeur numérique des effectifs. Or, ce nouvel état de choses a constitué l'armée avec des éléments essentiellement réceptifs. C'est une conséquence que n'a pas prévue le législateur de 1872. On accepte des sujets que leur insuffisance d'aptitude devrait faire éliminer. En un mot, on accepte tout ce qui ne présente pas une tare manifeste.

Ce n'est plus sur un maximum, mais c'est sur un minimum d'aptitude que l'on délibère. Avant 1873, la proportion des exemptions prononcées pour maladies ou infirmités, ou faiblesse de constitution, était en moyenne de 317 sur 1000 hommes examinés; après 1873 elle s'abaisse à 111.

A cette cause d'infériorité, inhérente au mode de sélection, s'en ajoutent deux autres non moins importantes : le rajeunissement de la troupe et la réduction de la durée du service. Cela veut dire, d'une part, que l'armée ne se compose guère aujourd'hui que d'hommes de vingt et un à vingt-quatre ans, n'ayant pas achevé leur développement physique, par conséquent de sujets qui présentent le maximum d'aptitude pour la tuberculose (comme aussi pour la fièvre typhoïde). Cela veut dire, d'autre part, que l'armée endure des fatigues et encourt des chances de suractivité plus nombreuses qu'autrefois en raison de la nécessité pour le commandement de donner en trois ans une instruction militaire qui était répartie autrefois sur sept, et que l'on tend à pousser de plus en plus loin dans toutes les grandes armées de l'Europe.

Un exemple bien instructif à ce point de vue est celui fourni par l'étude de l'évolution de la tuberculose dans le corps des sapeurs-pompiers de Paris. Dans ce corps, de 1881 à 1890, la tuberculose pulmonaire a subi un accroissement considérable.

Normalement avant 1880, les cas de tuberculose pulmonaire étaient de 3 à 5 pour 1000 hommes d'effectif, ce chiffre monte à 12, puis 24 pour 1000, jusqu'en 1887, pour tomber à 6, puis 4 pour 1000, en 1890. Que s'était-il passé? Rien n'avait été modifié dans le recrutement de ces hommes, mais un facteur nouveau et fort important était intervenu en 1884 : c'était l'adoption des nouveaux procédés de secours, l'exposition fréquente au froid qui en résultait, avec un surcroît de travail considérable.

En effet, en 1884, la mise en œuvre d'un outillage compliqué : pompes, échelles, la nécessité d'un surcroît de travail, d'instruction nécessités par cela même, amena chez les pompiers de Paris un excès de travail considérable et un vrai état de surmenage chronique.

Or, la coïncidence entre ces mesures et l'élévation des cas de tuberculose fut tellement nette que des mesures importantes furent alors prises dans ce sens par le commandement.

L'adoption de procédés mécaniques perfectionnés (réseau télégraphique et téléphonique, multiplication des postes, suppression des gardes inutiles), permit de soulager le service que devaient exécuter les hommes.

En même temps, ils étaient choisis avec un soin plus minutieux, renvoyés dans leurs corps au moindre soupçon de tuberculose. Leur ordinaire était amélioré, leur solde augmentée (de 88 centimes à 1 fr. 20). Grâce à ces moyens, la tuberculose pulmonaire baissa rapidement et revint à son taux antérieur. C'est là une vraie expérience qui montre bien l'influence absolument prépondérante du terrain.

Assurément, je ne conteste pas le rôle important de la contagion, mais je ne crois pas qu'il soit si considérable que cela à la caserne. Au surplus, l'homme y vit fort peu.

Je n'ai pas besoin de dire que je demande, avec la même instance que MM. Grancher et Marfan, la chasse à outrance aux matières virulentes; mais je réclame aussi, comme mesure équivalente et même supérieure, des efforts sérieux et constants pour accroître la résistance humaine. Pour cela, il faudrait, à défaut d'un retour à la loi de 1832, — qui nous valut de si vigoureuses légions, — obtenir du Parlement l'augmentation de la ration alimentaire du soldat et la diminution de sa ration de travail.

---

## CAS DE GRIPPE

### AVEC ÉRUPTION DE TACHES ROSÉES LENTICULAIRES

Par le docteur E. Feindel, et par P. Froussard, interne des hôpitaux.

Dans le service de M. le docteur Brissaud, nous venons d'observer un cas de grippe avec éruption de taches rosées lenticulaires, en tous points comparable aux cas rapportés dernièrement par M. Pelon (1).

Un jeune homme de dix-huit ans, jardinier, entre, le 18 mars 1898, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino n° 4. Le début de la maladie remonte à une dizaine de jours avant l'entrée; il a été marqué par de la céphalée frontale assez intense, de la courbature générale, de l'insuffisance d'un sommeil entrecoupé de cauchemars et de la constipation opiniâtre. Le malade avait pu cependant continuer tant bien que mal son travail jusqu'au samedi 12. Mais, les symptômes précédents étant devenus plus intenses, et la sensation de fatigue plus marquée, il prend le lit définitivement ce jour-là.

A partir de ce moment, il lui fut impossible, dit-il, de se lever ou même de s'asseoir sur son lit, sans ressentir des étourdissements. Il aurait eu, en outre, du délire nocturne avec agitation et quelques épistaxis. L'inappétence était complète.

Le soir de son entrée à l'hôpital (le 18 mars), la température est de 40°3; le pouls est à 100; la langue est humide, blanche au centre, rouge sur les bords et à la pointe; le ventre est peu ballonné, non douloureux à la pression. La palpation non douloureuse des fosses iliaques laisse percevoir, cependant, un gargouillement très net, surtout à droite. La percussion de la région splénique ne donne pas de matité. A l'auscultation des poumons, on note des deux côtés des râles sibilants et sous-crépitants; la toux est peu fréquente, les crachats sont muco-purulents et peu abondants. Le malade est abattu, mais il ne présente pas toutefois l'aspect typhique : il répond avec précision à l'interrogatoire, sans que sa fatigue en soit accrue.

Le lendemain matin (19 mars), la température est à 39 degrés, le pouls est moins fréquent, franchement dicrote, bien frappé. A la partie antérieure de l'abdomen, ont apparu des taches rosées lenticulaires typiques au nombre de cinq ou six. Les bains froids sont prescrits. Le soir, la température est tombée à 37°3.

Le 20 mars, le malade, qui a été purgé la veille, a de la diarrhée, avec selles abondantes, de coloration noire; les taches rosées lenticulaires, toujours très nettes, sont plus nombreuses : on en trouve à la racine des cuisses et à la base du thorax en avant. On pratiqua le séro-diagnostic qui fut négatif. La température remonte le soir à 40°1 et reste aussi élevée le lendemain avec une rémission matinale de un demi-degré.

La défervescence définitive commence le 22 mars et est complète en quatre jours. La convalescence n'a donné lieu à aucun accident.

Le séro-diagnostic, pratiqué une seconde fois au début de la défervescence, a encore été négatif.

Voilà donc un malade, entrant dans le service après une dizaine de jours de malaises allant en augmentant; il présente ensuite de la céphalée, de l'insomnie, de l'agitation, de la courbature, des épistaxis, du dicrotisme du pouls, de la

(1) Pelon. Des éruptions de taches rosées lenticulaires au cours de la grippe, *Gaz. des hôpit.*, jeudi 21 avril 1898, n° 46.

fièvre, des phénomènes gastro-intestinaux, la langue typhique (jamais il n'a eu la langue porcelainée), de l'inappétence, de la constipation, du gargouillement dans les fosses iliaques, des phénomènes pulmonaires modérément intenses; devant la réunion de tous ces symptômes, on devait penser à une fièvre typhoïde. Cependant, en l'absence de la prostration, de la stupeur, des étourdissements, absence constatée par nous quand nous le faisons asseoir sur son lit pour l'examiner, devant ses réponses d'une précision remarquable, nous avions quelques doutes; il y avait encore, pour les accentuer, le manque de douleurs dans les fosses iliaques et de matité splénique. Mais à ce moment se montra l'éruption de taches rosées lenticulaires. Ces taches rosées, avec tous les caractères qu'on leur reconnaît dans la fièvre typhoïde, apparurent en plusieurs poussées (plus tard elles disparurent, chacune après une huitaine de jours d'existence). L'hésitation ne semblait plus permise, au moins quant à la thérapeutique qui devait être instituée, et les bains froids furent prescrits.

Suivant notre habitude le séro-diagnostic fut pratiqué, et son résultat, nous l'avons dit, a été négatif; mais le malade n'était qu'au huitième jour environ, et l'on sait que la réaction agglutinante peut être plus tardive. Le traitement par les bains froids fut donc continué. Il est à noter que le jour même, après deux bains seulement, il y eut une chute brusque de la température tombée le soir à 37°2; en outre les symptômes s'étaient amendés; le malade fut même surpris occupé à lire. Devions-nous abandonner de suite le diagnostic de fièvre typhoïde? Pas forcément, puisque Wunderlich nous a appris à connaître de pareilles rémissions, et de plus la température remontait le lendemain, et restait élevée le jour suivant.

Mais bientôt la défervescence définitive commence, se poursuit pendant quatre jours avec quelques oscillations, puis la température revient à la normale et y demeure. Les symptômes s'étaient amendés avec la première défervescence et, malgré l'élévation nouvelle de la température, ils avaient continué leur marche décroissante, pour disparaître complètement un peu avant que la température ne soit revenue à la normale.

Il nous reste à nous demander si nous avons eu affaire à une forme abortive de la dothiénentérie ou à une grippe à forme typhique, avec éruption de taches rosées lenticulaires. Pendant tout le temps de l'évolution nous avons été hésitants, nous n'avions pas l'impression qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde; puis la disparition des différents symptômes nous a semblé bien rapide; enfin le séro-diagnostic a été négatif deux fois : une première fois en pleine période d'état, la seconde fois quand la convalescence se dessinait. Or il est rare que le séro-diagnostic soit négatif pendant la fièvre typhoïde; plus rare encore qu'il demeure négatif au moment de la convalescence. Dans le cas actuel, nous avions aussi bien les symptômes d'une grippe, que ceux de la fièvre typhoïde, et nous croyons que c'est au diagnostic de grippe que nous devons définitivement nous arrêter. Il est généralement admis qu'en dehors de la fièvre typhoïde l'apparition de taches rosées lenticulaires est exceptionnelle, et c'est à ce titre que nous croyons intéressant de rapporter un nouveau cas d'une telle éruption au cours d'une grippe.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mai 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### PRÉSENTATIONS DE MALADES

**Redressement du mal de Pott.** — M. Calot présente une vingtaine de malades atteints de mal de Pott qui ont été redressés. La première série comprend quatre enfants qui permettent de se rendre compte du traitement actuellement employé.

M. Calot fait marcher ses malades quelques semaines après le redressement si le mal de Pott paraît éteint, quelques mois après seulement, si le mal de Pott est encore en évolution active; et ils marcheront pendant toute la durée du traitement.

M. Calot insiste sur cette modification du traitement qui, en leur permettant d'aller et de venir, a eu le plus heureux retentissement sur l'état général de ses enfants et paraît favoriser plutôt la consolidation du rachis.

Mais cela n'est possible que grâce à la bonne construction d'un grand appareil embrassant le tronc et emboîtant la base du crâne, appareil qui maintient très exactement la colonne vertébrale sans empêcher la marche.

Ce grand appareil plâtré est remplacé par un simple corset dès qu'il existe un commencement de consolidation, c'est-à-dire après quatre à huit mois environ.

Le petit corset sera maintenu un an, deux ans et même davantage si cela paraît nécessaire pour assurer la rigidité du rachis; mais avec ce corset pas ou peu apparent sous les vêtements, les enfants peuvent aller en classe et vivre de la vie de tous les enfants. M. Calot montre deux enfants qui vont et viennent avec un grand appareil plâtré emboîtant la base du crâne et deux enfants avec le petit corset.

La deuxième série comprend 3 enfants destinés à montrer les heureux effets du redressement au point de vue de la paralysie; ces enfants ont été guéris de leur paralysie dans les huit jours qui ont suivi le redressement.

La troisième série comprend douze enfants destinés à montrer les bons résultats obtenus au point de vue de la correction de la difformité.

Avec le premier de ces enfants nous avons un type de la petite gibbosité datant de quatre à six mois au moment du redressement. Mais M. Calot n'insiste pas sur les cas de cette variété puisque le redressement est ici accepté par presque tous les chirurgiens.

Les quinze suivants avaient des gibbosités vieilles de un an à dix ans et dont le relief allait de 4 à 5 centimètres à 10 et 12. Pour celles-là le redressement est, comme on le sait, plus discuté. M. Calot montre les bons résultats qu'on peut obtenir même dans des cas de cette variété.

Enfin la quatrième série est formée par les six enfants déjà présentés à l'Académie par M. Calot et qui sont dans le même état qu'au moment de leur première présentation.

### COMMUNICATION

**Traitement de l'éclampsie par l'accouchement prématuré et les injections sous-cutanées de sérum artificiel à hautes doses.** — M. Poncet communique, au nom de M. Vinay (de Lyon), l'observation d'une femme de trente-neuf ans, enceinte pour la quatrième fois, s'étant bien portée et n'ayant jamais présenté d'albuminurie jusqu'au sixième mois de sa grossesse. Cette femme fut prise brusquement de céphalalgie, d'albuminurie et d'accidents convulsifs; en quelques heures elle tomba dans un coma profond, avec les lèvres cyanosées, les réflexes cornéens abolis et une température de 39°2. L'anurie était presque complète. On n'entendait pas les bruits du cœur du fœtus. M. Vinay pratiqua aussitôt, sous le chloroforme, la dilata-

tion graduelle du col, pénétra dans l'utérus, fit la version et amena un enfant mort. Il fit pratiquer l'anesthésie chloroformique pendant quatre heures après cet accouchement forcé qui n'avait demandé que vingt minutes. Il fit une injection sous-cutanée de 3 litres de sérum artificiel, dans l'espace de une heure et demie. Le rein devint perméable. La malade rendit des urines albumineuses. Les crises d'éclampsie se sont définitivement arrêtées à partir de six heures du soir. Le lendemain cette malade était aussi bien que possible. Les suites de couches furent normales et cette femme est actuellement guérie.

Il est écrit, dans les traités classiques, qu'il faut attendre pour pratiquer l'accouchement prématuré. M. Vinay fait observer, que s'il avait attendu dans ce cas, sa malade aurait certainement succombé. La première intervention ici devait être l'accouchement prématuré. M. Vinay insiste également sur l'utilité, dans ces cas, des injections de hautes doses de sérum artificiel.

### RAPPORT

**Corps étrangers de l'œsophage.** — M. MONOD fait un rapport sur une observation adressée par M. Monnier et relative à un enfant qui portait depuis un an une pièce de monnaie dans l'œsophage. (Sera publiée.)

M. Monod rapproche de ce fait les observations analogues de MM. Péan et Jalaguier dans lesquelles, à l'aide de la radiographie, on a pu déterminer exactement la situation de pièces de monnaie dans l'œsophage et les en retirer par les voies naturelles. Mais il faut ajouter que, dans le cas de M. Monnier, il y avait une année que le corps étranger résidait dans l'œsophage, tandis que les cas de MM. Péan et Jalaguier étaient récents.

M. RECLUS a récemment présenté à la Société de chirurgie une observation de M. Reboul (de Nîmes), dans laquelle il s'agissait d'un enfant qui, cinq jours auparavant, avait avalé un sou. M. Reboul fit l'œsophagotomie externe, et put extraire le corps étranger. Malheureusement l'enfant succomba à une broncho-pneumonie. M. Reboul avait éprouvé de grandes difficultés pour désenclaver le sou qui, bien qu'avalé seulement depuis cinq jours, s'était déjà enclavé dans les tissus.

### DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

M. VALLIN se rallie entièrement aux conclusions du rapport de M. Grancher. Il veut seulement présenter quelques objections sur des questions de détails. Il s'agit des crachoirs de poche et d'appartement. M. Grancher propose de les désinfecter avec une solution phéniquée au vingtième. M. Vallin pense que cette solution ne sera pas acceptée par le public.

En 1896, après le rapport de MM. Grancher et Thoinot, l'Assistance publique a décidé de faire des expériences. Plusieurs médecins du bureau de bienfaisance firent procéder à la désinfection des locaux et des linges des phtisiques nécessiteux et ils veillèrent, en même temps, à ce que la désinfection des crachoirs fût rigoureusement exécutée. Après un certain temps, les malades refusèrent énergiquement de recourir à l'acide phénique, à cause de son odeur. Aussi, suivant M. Vallin, y aurait-il lieu de remplacer l'acide phénique par une solution de sublimé à 2 p. 1000 avec 20 grammes de chlorure de sodium.

Voici la formule exacte proposée par M. Miquel et adoptée par M. Vallin :

| | | |
|---|---|---|
| Sublimé | 2 | grammes |
| Chlorure de sodium | 20 | — |
| Eau | 1 | litre. |

Plongés dans cette solution, les crachats perdent leur odeur fétide, restent fluides et stériles et, inoculés à des cobayes, ils ne transmettent pas les tubercules.

La solution d'aldéhyde formique à 5 p. 1000 constitue également un excellent désinfectant.

M. Vallin termine sa communication par les conclusions suivantes :

« En résumé, je propose de modifier ainsi le texte de M. Grancher :

Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement, contenant un peu de solution colorée d'acide phénique à 5 p. 100, ou un autre désinfectant liquide. Les crachoirs ne seront jamais garnis avec des matières pulvérulentes : sable, sciure de bois, etc. »

M. KELSCH. (Voir plus haut, p. 578.)

L'Académie se forme en comité secret.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 6 AU 11 JUIN 1898)

### Examens de doctorat.

LUNDI 6 JUIN 1898, à une heure. — 5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série): MM. Tillaux, Walther et Ricard; — (2e série) : MM. Monod, Humbert et Poirier.

5e examen (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Potain, Hayem et Widal; — M. Tuffier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Kirmisson et Jalaguier; — (2e série) : MM. Segond, Reclus et Delbet; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gaucher; — M. Sébileau, suppléant.

MARDI 7 JUIN, à une heure. — 4e examen, *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle no 1* (1re série) : MM. Chantemesse, Gilbert et Chassevant.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* (2e série) : MM. Grancher, Proust et Hanriot; — M. Marfan, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Schwartz, Quénu et Brun; — (2e série) : MM. Polaillon, Peyrot et Campenon; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Marie et Achard; — M. Charrin, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar; — M. Thiéry, suppléant.

MERCREDI 8 JUIN, à une heure. — 4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Fournier, Pouchet et Netter; — M. Guébhard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Humbert et Sebileau; — (2e série) : MM. Jalaguier, Reclus et Tuffier; — M. Lejars, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire.

JEUDI 9 JUIN, à une heure. — 4e examen, *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle no 1* (1re série) : MM. Proust, Chantemesse et Hanriot.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* (2e série) : MM. Pouchet, Hutinel et Thoinot; — M. André, suppléant.

VENDREDI 10 JUIN, à une heure. — 5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Monod, Ricard et Delbet; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Gilles de La Tourette et Thoinot; — (2e série) : MM. Joffroy, Déjerine et Netter; — M. Jalaguier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Segond et Walther; — (2e série) : MM. Marchand, Humbert et Lejars; — (2e partie) : MM. Potain, Grancher et Widal; — M. Reclus, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Ribémont-Dessaignes, Varnier et Bonnaire ; — M. Broca, suppléant.

SAMEDI 11 JUIN, à une heure. — 4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilbert et Roger ; — M. Guébhard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Berger, Bouilly et Nélaton ; — (2e partie) : MM. Cornil, Ballet et Marie ; — M. Brun, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Campenon, Richelot et Albarran ; — (2e partie) : MM. Debove, Ménétrier et Achard ; — M. Poirier, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar.

### Thèses de doctorat.

MERCREDI 8 JUIN, à une heure. — M. RATNER. Du cœur dans la tuberculose ; — M. TEMIN. Étude sur la péritonite à pneumocoque primitive et isolée, chez l'adulte et l'adolescent (MM. Potain, président ; Déjerine, Gaucher et Gilles de La Tourette). — M. COUDERC. L'opération de Trendelenburg. (Traitement des ulcères variqueux par la résection de la saphène.) (MM. Tillaux, président ; Landouzy, Marchand et Widal). — M. LABBÉ. Étude du ganglion lymphatique dans les infections aiguës (MM. Landouzy, président ; Tillaux, Marchand et Widal). — M. BOUTIN. Contribution à l'étude du fibromyome télangiectéasique du vagin chez la femme enceinte (MM. Pinard, président ; Terrier, Kirmisson et Broca). — M. MARTIRENÉ. Réflexions sur quelques cas d'arthrites aiguës chez l'enfant (MM. Terrier, président ; Pinard, Kirmisson et Broca).

JEUDI 9 JUIN, à une heure. — M. LACROIX. Traitement de la coqueluche par les inhalations d'oxygène saturées de vapeurs médicamenteuses (MM. Cornil, président ; Le Dentu, Rémy et Roger). — M. SAIZY. Les troubles des organes génitaux de la femme au cours des affections rénales (MM. Le Dentu, président ; Cornil, Rémy et Roger). — M. HALLÉ. Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme ; — M. PIERRHUGUES. Le phtisique parisien à l'hôpital (MM. Grancher, président ; Dieulafoy, Letulle et Marfan). — M. LEMOINE. Contribution à l'étude de la pleurésie séro-fibrineuse chez le vieillard (MM. Debove, président, Raymond, Charrin et Gilles de La Tourette). — M. Edm. FOURNIER. Les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis (MM. Raymond, président ; Debove, Charrin et Gilles de La Tourette).

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation s'est terminé par les nominations suivantes : *Chirurgie* : PARIS : MM. Legueu, Mauclaire et Faure. — BORDEAUX : M. Chavannaz. — LILLE : M. Gaudier. — LYON : MM. Nové-Josserand et Bérard. — MONTPELLIER : M. Imbert. — NANCY : M. P. André. — TOULOUSE : MM. Cestan et Bauby.

*Accouchements*. — PARIS : MM. Lepage et Wallich. — BORDEAUX : M. Fieux. — TOULOUSE : M. Audebert.

— Le Conseil de l'Université de Paris a pris la délibération suivante :

Le diplôme de docteur de l'Université de Paris est délivré, dans les formes prévues par le décret du 21 juillet 1877 et de la délibération du 28 mars 1898, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études et de subir leurs examens à la Faculté de médecine de Paris, avec dispense du grade de bachelier.

Le présent règlement sera mis à exécution à partir de l'année scolaire 1897-1898.

— Les candidats aux places de chirurgien des hôpitaux de Paris ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Portion membraneuse de l'urèthre ; ruptures traumatiques de l'urèthre. »

— Les candidats pour les places d'accoucheurs des hôpitaux de Paris ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Vaisseaux sanguins de l'utérus, anatomie, physiologie. »

— A l'occasion du voyage de M. le président de la République à Saint-Étienne, MM. Gaillard, médecin-major, et Fleury-Zice, président au conseil d'hygiène, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— *Distinctions honorifiques*. — M. le docteur Chappet père, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, président de l'Association des médecins du Rhône, est nommé chevalier de Saint-Grégoire-le-Grand.

— *Hôpitaux de Bordeaux*. — Le concours d'oculiste-adjoint s'est terminé par les propositions suivantes : 1° M. Cabannes, 2° M. Fromaget.

— MM. les médecins de première classe Vivien (L.-A.-A.-F), du port de Lorient, et Conan (C.-F.-L.-M), du port de Rochefort, sont autorisés à permuter.

M. Roux (G.-F.-L.), médecin de première classe de réserve du port de Brest, est rayé des cadres de la réserve de l'armée de mer comme ayant accompli le temps de service exigé par la loi de recrutement.

MM. les médecins de première classe Touchet (L), du cadre de Cherbourg, embarqué sur le *Calédonien*, et Jourdan (L), du cadre de Rochefort, embarqué sur le *Friant*, sont autorisés à permuter de port.

— *École de médecine d'Alger*. — M. le docteur Crespin (Marie-Louis-Joseph) est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— *École de médecine d'Angers*. — M. le docteur Fage est chargé d'un cours d'histologie pendant la durée du congé accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Manquat, professeur d'histologie.

M. Decamp est prorogé dans ses fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le docteur Martin est chargé des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

M. Malapart, pharmacien de première classe, est institué chef des travaux de physique et de chimie.

— *École de médecine de Grenoble*. — M. Labatut (Prosper-Marius), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *École de médecine de Limoges*. — M. le docteur Donnet (René-Adrien) est institué chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— *École de médecine de Poitiers*. — M. Berland est prorogé dans ses fonctions de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— M. le docteur Mikhnov est nommé privat-docent d'obstétrique et de gynécologie à l'Académie militaire de Saint-Pétersbourg.

— M. le docteur E.-B. Cragin est nommé lecteur d'obstétrique au College of physicians and surgeons de New-York.



---

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour la nomination de trois médecins des hôpitaux s'est ouvert, à l'Assistance publique, le 3 juin à midi. Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Des arthrites infectieuses aiguës non tuberculeuses. »

Les deux questions restées dans l'urne étaient ainsi formulées : 1° « Cancer du pancréas »; 2° « De la péricardite aiguë avec épanchement. »

— Par décret, en date du 19 avril 1898 : « Les vins rouges pour lesquels le rapport de l'alcool à l'extrait réduit est supérieur à 4,6 et les vins blancs pour lesquels ce rapport est supérieur à 6,5 sont présumés suralcoolisés. Toutefois, cette présomption pourra être infirmée lorsque la comparaison des différents éléments constitutifs des vins, leur dégustation, les conditions de leur fabrication, le lieu de leur provenance, permettront d'établir qu'ils proviennent exclusivement de la fermentation de raisins frais. »

— Par décision ministérielle, en date du 1er juin 1898, un congé de convalescence de trois mois, à solde entière, à compter du 23 mai 1898, à passer à Cherbourg, est accordé à M. le médecin de première classe Babot (Daniel).

— M. le médecin principal Cauvet (J.-N.), médecin-major du 3e régiment d'infanterie de marine, à Rochefort, est destiné au 10e régiment de l'arme en Indo-Chine, en remplacement de M. le docteur Ludger, qui sera affecté au 3e régiment, à Rochefort.

MM. les médecins de deuxième classe Roux (G.), du 1er d'artillerie; Estrade, du 7e régiment d'infanterie; Normand, du 5e régiment d'infanterie, et Lafaye de Michaux, du 2e régiment d'infanterie, sont appelés à servir aux troupes de l'Indo-Chine, en remplacement, les deux premiers, de MM. les médecins de première classe Coppin, affecté à Brest, et Lombard, affecté à Toulon; les deux derniers, au lieu et place de MM. le médecin de première classe Moussoir, passé au 4e régiment de tirailleurs tonkinois, et le médecin de deuxième classe Lacombe, affecté au 2e régiment d'infanterie de marine à Brest.

MM. Cauvet, Roux, Estrade, Normand et Lafaye de Michaux prendront passage sur le navire affrété partant de Marseille le 1er juillet 1898.

— Liste de départ pour les colonies :

1° Médecins principaux : 1 MM. Trabaud, 2 Négadelle, 3 Alix (P.-M.), 4 Prat, 5 Curet, 6 Alix (L.), 7 Rit.

2° Médecins de première classe : 1 MM. Vallot, 2 Guillarmon, 3 Reboul, 4 Percheron, 5 Arami.

3° Médecins de deuxième classe : 1 MM. Roux (G.), 2 Estrade, 3 Normand, 4 Lafaye de Michaux, 5 Cairon, 6 Letrosne, 7 Ascornet, 8 Mesny, 9 Porre, 10 Mailliu, 11 Binard, 12 Michelet.

## CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

### 2e session, Marseille, 8 octobre 1898.

Les questions mises d'avance à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Section de gynécologie (président M. le docteur Pozzi) : « Diagnostic et traitement des grossesses extra-utérines, » rapporteur M. le docteur Segond, professeur agrégé de l'Université de Paris (sera discuté, sections réunies).

2° Section d'obstétrique (président M. le professeur Pinard) : « Des auto-intoxications gravidiques, » rapporteurs MM. les docteurs Bouffe de Saint-Blaise, chef de clinique de la Faculté de Paris, et Fieux, chef de clinique de la Faculté de Bordeaux (sera discuté, sections réunies).

3° Section de pédiatrie (président M. le docteur A. Broca).

*a*. Questions discutées, sections réunies. Chirurgie : « Des hernies abdominales congénitales, » rapporteur M. le docteur Delanglade, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille. — Médecine : « Des associations microbiennes dans la diphtérie », rapporteur M. le docteur Méry, médecin des hôpitaux de Paris.

*b*. Questions discutées, section spéciale : « La dyspepsie des collégiens, » rapporteur M. le docteur P. Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris. — « Traitement des cardiopathies infantiles, » rapporteur M. le docteur Weill, médecin des hôpitaux de Lyon. — « Les purpuras de l'enfance, » rapporteur M. le docteur Léon Perrin (de Marseille). — « Les diplégies de l'enfance », rapporteur M. le docteur Oddo, médecin des hôpitaux de Marseille. — « Les colites de l'enfance, » rapporteur M. le docteur L. Guinon, médecin des hôpitaux de Paris. — « Traitement du pied bot paralytique, » rapporteur M. le docteur Z. Métaxas (de Marseille).

Les rapports sur les questions proposées par le Congrès seront imprimés et distribués aux membres adhérents dans la première quinzaine du mois d'août.

Les membres qui voudraient faire quelques communications sont instamment priés d'en envoyer le titre au secrétariat avant cette époque, pour que ces communications soient mentionnées dans le programme des séances qui sera envoyé aux participants avant l'ouverture du Congrès.

*Le secrétaire général,*
Dr QUEIREL.
20, rue Grignan, à Marseille.

## SUR LA GASTRO-ENTÉRITE DES ENFANTS (1)

Par M. H. Barbier, médecin des hôpitaux.

I. *Influence de l'administration des alcalins sur l'élimination de l'ammoniaque* (1), par M. A. Hijmans van den Bergh. — II. *Formation des acides* (2), par le professeur Czerny et Keller. — III. *Troubles de la respiration dans la gastro-entérite* (3), par le professeur Czerny.

I

M. Czerny et ses élèves continuent la série des travaux qu'ils ont poursuivis sur la gastro-entérite des nourrissons. J'ai déjà, dans un précédent article, analysé ceux qui avaient paru à cette époque (voir *Gazette des hôpitaux*, 1897, n° 93, p. 917), et dont la revue ci-jointe complète la série.

On se rappelle que Czerny fait jouer un grand rôle à la formation des acides organiques dans l'apparition et la pathogénie des accidents. Il y a là, soit dit en passant, une relation intéressante à ce point de vue, entre les phénomènes de pathogénie identique qui se passent dans les accidents toxiques du diabète. On se rappelle également que, comme dans le diabète, cette formation exagérée d'acide peut être révélée par une élimination excessive de l'ammoniaque par les urines : l'organisme, dans ce cas, empruntant théoriquement aux matières albuminoïdes des groupes $AzH^3$ pour lutter contre l'hyperacidité des milieux, et pour la neutraliser. On conçoit que si, dans ces cas, on administre aux petits malades des doses plus ou moins considérables d'alcalis (bicarbonate de soude, par exemple), la formation d'$AzH^3$ par l'organisme doive théoriquement diminuer, et, comme corrollaire, qu'on observe une diminution des sels ammoniacaux dans les urines. C'est ce qu'a tenté de démontrer M. le docteur A. Hijmans van den Bergh, tout en mettant en relief ce fait important que les sels alcalins n'ont pas seulement pour effet de neutraliser les acides fournis, mais bien de diminuer la formation de ceux-ci dans l'organisme.

L'auteur rapporte cinq expériences faites chez des enfants, tous atteints d'affection chronique du tube digestif. Dans quatre de ces expériences, sous l'influence de doses de bicarbonate de soude variant de 2 à 5 grammes par jour, il a montré que d'abord la réaction de l'urine devenait le plus souvent alcaline, et que la quantité d'ammoniaque qui atteignait, dans certains cas, jusqu'à 20 p. 100 de l'azote total des urines, tombait à zéro, pour remonter dès qu'on cessait la médication.

Il est bon de remarquer que des enfants, de quelques semaines à quelques mois d'âge, ont pris des doses journalières de bicarbonate de soude s'élevant de 3 jusqu'à 5 grammes.

II

MM. Ad. Czerny et Keller, dans leur mémoire, cherchent à élucider la façon dont les acides se forment dans l'organisme. Ils rappellent que le mode de nourriture a, toutes choses égales d'ailleurs, chez les animaux en expérience ou chez l'homme, une influence incontestable sur la quantité d'ammoniaque contenue dans les urines, phénomène que nous savons être un corollaire de l'hyperformation des acides. C'est un fait qu'un élève de Czerny, Kolsky, dans sa thèse (Leipzig 1897), a mis en évidence, en montrant qu'il n'y a aucun rapport entre ce fait et les modifications de l'état général des malades en mieux ou en pire.

Lorsqu'on nourrit des sujets en expérience avec le lait, par exemple, les acides existant en excès peuvent provenir, d'une part, du tube digestif, mais aussi peuvent être la conséquence d'un ralentissement dans les phénomènes d'oxydation de l'organisme. C'est ce qu'on peut observer dans l'état pathologique.

Dans ces conditions, il faut donc, pour se rendre compte du phénomène, étudier l'influence des éléments constitutifs du lait : graisse, sucre de lait, caséine. Or, on sait déjà que chez les enfants nourris au lait, les deux premiers peuvent être incriminés, et que, d'autre part, l'organisme forme des acides avec l'albumine.

Les auteurs ont donc cherché à établir quel était celui de ces éléments qui, dans le régime lacté, déterminait la production des acides.

Pour cela, ils ont alimenté des enfants :

1° En ce qui concerne l'albumine, avec du lait non coupé d'eau, renfermant 3,5 p. 100 de caséine, mais privé de graisse, jusqu'à 0,1 p. 100 par la décentrifugation;

2° En ce qui concerne la graisse, avec du lait amené par centrifugation à contenir 17,5 de graisse, et 2,7 p. 100 d'albumine, coupé, selon les circonstances, d'une quantité plus ou moins grande d'eau;

3° Enfin, en ce qui concerne le sucre, avec du lait écrémé mélangé de deux parties d'eau, et additionné de 25 grammes de sucre de lait par jour.

Les résultats ont été très démonstratifs.

C'est avec le lait écrémé que la formation d'ammoniaque a été la moindre (1,1 à 5,5 p. 100 de l'azote total des urines), c'est-à-dire la proportion qu'on trouve normalement chez les nouveau-nés ; mais on a pu retrouver sous forme d'azote urinaire la grande quantité d'albumine que les enfants avaient absorbée pendant le même temps : de là les conclusions que cette albumine avait été utilisée et que ce n'est pas à elle qu'il fallait attribuer la faible quantité d'$AzH^3$ révélée par l'analyse.

L'addition du sucre n'a pas sensiblement modifié les résultats.

On pourra se rendre compte de ce qui précède par la lecture des chiffres suivants, qui expriment proportionnellement à l'azote total, la teneur de l'urine en $AzH^3$ :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lait écrémé | 2 | à | 2,9 |
| Lait sucré | 3,1 | à | 3,7 |
| Lait avec 3,6 p. 100 de graisse | 10 | à | 33,7 |

La conclusion qui s'impose est donc, que c'est la graisse qui amène la formation des acides. Et il n'y a à ce sujet que deux hypothèses à émettre.

La première est que, sous l'influence des troubles digestifs, il y a dans l'intestin formation en excès des acides au dépens des graisses, et que l'organisme ne peut brûler dans les conditions normales ;

La seconde, que, chez les enfants atteints de gastro-entérite, le pouvoir oxydant de l'organisme est diminué et qu'une certaine quantité des acides normalement formés ne peut plus être brûlée.

Sans nier le ralentissement possible de la nutrition dans ces circonstances, on peut ajouter que les expériences citées

(1, 2, 3) Travaux de la clinique des maladies infantiles de Breslau : Einfluss von Alcalizwfuhr auf die Ammoniakauscheidung, III Mitteilung, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, oct. 1897, p. 265 ; — Saurebildung, *Ibid.*, p. 274 ; — Respirations Störungen, IV Mittheilung, *Ibid.*, p. 271.

plus haut sur l'influence du $CO^3NaH$ dans ces cas, sont bien en faveur de la première hypothèse.

III

Les enfants atteints de gastro-entérite succombent souvent à la faiblesse des contractions du cœur. Dans certains cas, les phénomènes cardiaques manquent et ce sont des troubles de la respiration qu'on observe.

C'est d'abord après chaque expiration une pause respiratoire qui devient si longue qu'au bout d'un certain temps on n'observe plus que dix à douze respirations par minute.

Dans ces cas la mort arrive par arrêt de la respiration, alors que le cœur continue à battre. Ces accidents sont en tout semblables à ceux qu'on observe chez les animaux intoxiqués par les acides, les tracés respiratoires obtenus chez les lapins soumis à cette intoxication, sont en tout semblables à ceux qu'on recueille chez les enfants ; chez les animaux, également, l'arrêt de la respiration précède celui du cœur. Ce qui complète les analogies, c'est que, chez les enfants qui présentent ces accidents, on peut observer une exagération de la quantité d'ammoniaque dans les urines, indice d'une surproduction d'acide dans l'organisme. On peut donc penser que c'est l'intoxication acide qu'il faut incriminer pour expliquer ces troubles fonctionnels graves.

L'auteur attire encore l'attention sur une autre particularité de la respiration qui se rencontre dans les cas où une complication pulmonaire se développe, chez eux ou en dehors d'elle.

La respiration est extraordinairement fréquente et s'accompagne d'un soulèvement excessif de la cage thoracique. Il n'y a aucun rapport entre cette dyspnée et les lésions pulmonaires constatées pendant la vie ou sur le cadavre : elle n'est pas liée non plus à une faiblesse du cœur. C'est donc une dyspnée nerveuse, due à un trouble des centres respiratoires, et qu'on observe également chez des animaux intoxiqués par les acides.

Le pronostic est grave, si les troubles respiratoires persistent.

---

## LA BOUCHE ET LES LÈVRES

### LEURS AFFECTIONS ULCÉREUSES ; UN CAS D'ULCÉRATIONS LABIALES

Par le docteur P. Coulhon (de Montluçon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Quatre diathèses ou maladies constitutionnelles principales choisissent les lèvres pour théâtre de leurs manifestations symptomatiques. Ce sont : la syphilis et la scrofule, l'herpétisme et le cancer.

Ces manifestations diathésiques affectent généralement, tout au moins à un moment donné de leur évolution, la forme ulcéreuse.

On rencontre chez certains enfants, dans les premiers mois de la vie, de petites plaies linéaires, des fissures aux commissures labiales, des gerçures à la partie médiane de la lèvre inférieure et sur les côtés du lobe médian de la lèvre supérieure. Ces ulcérations linéaires constituent un excellent symptôme pour le diagnostic ; elles sont la signature de la syphilis héréditaire. Elles sont précédées, accompagnées ou suivies de pemphigus, d'enrouement, de tournioles, d'érythème ulcéreux des fesses, de décrépitude infantile.

La syphilis acquise marque son empreinte par trois lésions remarquables :

1° Le chancre infectant, résultat du baiser vulvaire ou d'un contact impur, qui possède, ici comme ailleurs, son induration et son adénopathie spécifiques ; il représente les trois quarts (statistique Ricord), ou les deux tiers (statistique Fournier) des chancres extragénitaux ;

2° La plaque muqueuse, facile à reconnaître à son contour arrondi et à sa teinte grisâtre ;

3° Les syphilides crustacées, dont les croûtes épaisses, noirâtres, enchâssées dans le derme, opposent parfois au traitement une résistance acharnée.

Existe-t-il un chancre mou de la bouche ?

Il y a quelques années, cette question eût été sans hésitation tranchée par la négative. Depuis lors, les idées se sont modifiées. On a les preuves expérimentale et clinique de son existence. Les docteurs Nanaud de Liseraye et Jeanselme sont parvenus à inoculer le bacille de Ducrey à la face. Ils ont, toutefois, remarqué qu'en se dépaysant, il perdait une partie de ses attributs. Il est à croire que ce nouveau bacille ne se plaît qu'à l'ombre et dans l'obscurité des régions génitales. Honteux de se trouver à la grande lumière, il est mal à l'aise au visage ; il n'ose pas se développer. Le chancre qui en résulte perd ses caractères les plus frappants : ses bords taillés à pic et décollés, la cupule profonde recouverte de pus jaunâtre. En un mot, il n'est plus lui-même.

C'est ce qui explique l'erreur des syphiliographes. Ils l'ont certainement vu, mais ils ne l'ont pas reconnu. Les docteurs Émery et Sabouraud en ont présenté un cas remarquable à la Société de dermatologie.

Dans la première enfance, une éruption de croûtes épaisses et d'un jaune doré envahit la région buccale externe. Cette éruption, dans laquelle on découvre des microbes, est de forme nummulaire, et siège à la lèvre supérieure. C'est l'impetigo figurata. Elle s'observe chez des enfants beaux, sains, vigoureux ; elle est alors accidentelle. Mais on la rencontre aussi chez des enfants à teint blafard, bouffis ou malingres et souffreteux. Quelques impétigineux ont un teint fleuri, éclatant ; mais ils ont ce que l'on appelle une mauvaise graisse, du mal aux yeux, au nez, aux oreilles ; ils ont la lèvre supérieure en boudin, avec gerçures ou rhagades. Il est difficile alors de faire disparaître ces impetigos ; on en a vu persister des semaines, des mois et même des années (deux ans dans un cas récent).

Cette longue durée, cette ténacité, cette résistance à tous les traitements sont l'indice d'un terrain, d'un substratum scrofuleux. Sur ce terrain strumeux, on voit pousser plus tard les écrouelles et les engelures ulcérées, les blépharites et les kératites chroniques, les otites et les otorrhées, les adénites et les abcès froids. A ces manifestations succèdent, si la médecine n'intervient pas, des accidents tuberculeux du côté des os, des articulations, des méninges ; les ostéites, les tumeurs blanches, les méningites, la périsplanchnite. Les lèvres deviennent quelquefois le siège de ces scrofulides ulcéreuses, de ces lupus voraces qui rongent, désorganisent, détruisent les tissus de la face, et transforment le visage en un masque hideux et repoussant.

Avec son éruption vésiculeuse limitée, ses croûtes gris jaunâtre, ses polycycles et sa collerette, ses microcycles et ses ulcérations, l'*herpes labialis* offre un aspect caractéristique. On le rencontre fréquemment dans la clientèle. Il est des sujets qui pour une fébricule, un léger rhume, un con-

tact inusité, se voient affligés d'une éruption herpétique. Certaines femmes ne sauraient se passer de leur petit herpès à chaque période menstruelle. C'est quelquefois l'expression extérieure d'une pneumonie. On connaît la pneumonie herpétique du docteur Fernet.

Cette affection cutanée est souvent idiopathique. Mais sa grande fréquence, son alternance surtout avec des névralgies et des migraines, des épistaxis et d'autres dermatoses, annoncent une maladie constitutionnelle. Quelques-uns la désignent sous le nom d'*herpétisme*. On connaît les idées de M. le professeur Lancereaux sur l'herpétisme, qu'il considère comme une grande névrose vaso-trophique, susceptible de frapper tous les tissus, et de produire des névropathies, des bronchites, des dyspepsies, des phlébectasies, de l'artério-sclérose.

Un praticien éminent, le docteur Bazin, que les internes de Saint-Louis de son époque — *quorum pars parva fui* — définissaient « une intelligence *mal* servie par des organes », le docteur Bazin reconnaissait l'herpès comme manifestation ordinaire de deux états constitutionnels, l'arthritisme et l'herpétisme : de même pour l'aphte. L'hydroa était de l'arthritisme.

Ces idées étaient fort appréciées alors. Y reviendra-t-on ? c'est possible, *multa renascentur quæ jam*...

A l'heure actuelle cependant, la tendance est de rapporter toutes les maladies constitutionnelles ou les diathèses à l'infection et à l'intoxication. La syphilis, la scrofule (qui n'existe pas pour certains et ne serait que du tubercule?) seraient des infections; le cancer aussi. L'arthritisme, résultat d'un ralentissement dans la nutrition, serait une auto-intoxication par des produits azotés incomplètement oxydés : la leucémie, la tyrosine, la créatine, la créatinine, la xanthine et l'hypo-xanthine.

Il n'y aurait pas d'herpétiques : il n'y aurait que des arthritiques gras et goutteux, les vrais, et des arthritiques, maigres et scléreux; on reconnaît dans ces derniers les herpétiques de Bazin. En deux mots, tout se réduirait à des intoxications : hétérogènes, par les scories infectieuses, autogènes, par les produits — les laves — de sous-oxydation.

Après quarante-cinq ans, chez l'homme le plus souvent, il se forme dans l'épaisseur d'une lèvre — l'inférieure généralement — un petit bouton dur et noueux. Ce bouton, en se développant, perfore le tégument labial, et produit une solution de continuité.

Cette solution de continuité revêt bientôt l'aspect d'une ulcération à bords sinueux et durs, taillés à pic, renversés en dehors, à fond sale, grisâtre et couvert de sanie purulente, ou granuleux et bourgeonnant. Il y a de la douleur, des élancements, du saignement. Les ganglions de la région se tuméfient et s'indurent.

L'ulcération cancroïdale est constituée; c'est la marque irrécusable de l'affection organique la plus redoutée : la diathèse cancéreuse.

L'énoncé des symptômes propres à chacune des manifestations diathésiques, que je viens d'énumérer, semblerait indiquer un diagnostic exempt de difficultés.

Comment confondre, en effet, le chancre induré avec l'herpès, l'impétigo avec la plaque muqueuse, l'herpès avec le cancer?

Il faudrait vouloir commettre l'erreur, quand les lésions sont munies de tous leurs caractères objectifs. Mais il n'en est pas toujours ainsi; et les cas sont nombreux où les symptômes sont vagues, indécis, incomplets, difficiles à préciser. Certaines manifestations, sur la limite de deux diathèses, participent en apparence de l'une et de l'autre. Il n'est plus question de caractères pathognomoniques, mais de nuances délicates que l'on ne peut analyser et saisir sans une attention soutenue et des examens réitérés.

On connaît l'histoire de ce médecin de Paris, qui appelait un jour Ricord en consultation pour lui montrer un cancroïde et le prier de l'opérer. Ce cancroïde était bel et bien un chancre induré, que le maître mieux que personne put diagnostiquer et guérir sans la moindre opération.

Une cause d'obscurité pour le diagnostic est la coexistence sur le même sujet de deux maladies constitutionnelles. Un herpétique peut devenir syphilitique; un scrofuleux a le droit de contracter un chancre infectant. On peut dire aussi que l'arthritisme n'exclut pas le cancer, puisque Bazin prétendait que le cancer était l'aboutissant de l'herpétisme et de l'arthritisme. Il est vrai qu'il poussait un peu loin l'amour de la systématisation : mais, s'il n'y a pas, en réalité, relation de cause à effet entre ces diathèses, on ne peut moins faire que d'admettre au moins leur coexistence.

Les causes sont donc multiples pour embrumer le diagnostic et le rendre incertain.

Le fait que je vais exposer pourra faire apprécier au lecteur quelques-unes des difficultés auxquelles il viendra peut-être un jour se heurter :

M^me^ Berthe S... est une femme de taille moyenne, mince, nerveuse. Agée d'une trentaine d'années, elle en paraît à peine vingt, tellement elle est vive, rieuse et légère; mariée à vingt ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Elle a toujours été bien réglée, tous les vingt-cinq jours.

Elle ne présente aucun antécédent morbide héréditaire important à signaler; comme antécédent personnel, elle est sujette aux névralgies et à la migraine.

Le 15 février 1894, elle se refroidit et prend un rhume.

Le 19 février, elle sent un picotement dans la moitié gauche de la lèvre supérieure; le lendemain, la lèvre est tuméfiée.

Le 21 février et jours suivants, le gonflement augmente. Je suis appelé le 24.

La moitié gauche de la lèvre supérieure est gonflée et présente sur la face muqueuse deux érosions recouvertes en partie par des croûtes grisâtres granuleuses. Peu de douleur, pas d'état général.

A une question sur la nature de la maladie, je réponds que c'est un herpès.

« Pardon, dit la malade. Ce n'est pas un herpès. J'ai vu plusieurs fois des herpès; ce n'est pas ça du tout. Il y a un millier de petits boutons et pas de plaie. »

En prononçant ces mots, elle a les yeux baignés de larmes et paraît très affectée. Elle me fait toucher sa lèvre qui est dure, volumineuse et peu sensible à la pression. Lotions émollientes.

Le 27, je suis rappelé. La lèvre est plus grosse et toujours dure au toucher. Deux ganglions font saillie aux angles de la mâchoire inférieure. Ces ganglions sont indolores, mobiles, aphlegmasiques. Ils élargissent désagréablement le bas du visage.

Les érosions ont changé d'aspect, elles sont arrondies, superficielles, et siègent, l'une par ses deux tiers internes sur le lobe médian de la lèvre supérieure, l'autre sur le milieu de la moitié gauche de cette même lèvre. Un soupçon me traverse l'esprit.

Le 28, les ulcérations ont un caractère plus défini. Elles sont d'un rouge vif, couleur de chair musculaire, semblables à deux minuscules vésicatoires dénudés. Elles sont de niveau avec le reste de la muqueuse, sans élévation ni dépression.

Elles n'ont pas de liséré et ne présentent, à la loupe comme à l'œil nu, aucune dentelure ni irrégularité. Elles sont de dimensions inégales; la médiane a 9 millimètres de diamètre, l'autre n'a que 8 millimètres. Elles sont mathématiquement circulaires.

Le 29, l'état est le même. Les plaies vives reposent sur une induration chondroïde, volumineuse, indolore. L'adénite sous-angulo-maxillaire double fait une saillie qui frappe au premier abord. C'est le symptôme qui impressionne le plus la malade.

Après un examen attentif minutieux, le soupçon de l'avant-veille me revient à l'esprit. Des ulcérations vives, régulières, reposant sur une base indurée, chondroïde, avec adénopathie froide; qu'est-ce que cela peut bien être sinon deux chancres infectants? On trouve là tous les caractères des chancres désignés sous le nom de *chancres plats érosifs*.

En présence de pareille manifestation ulcéreuse, d'apparence spécifique, je fus pris du désir intense d'en découvrir l'origine.

Comment s'étaient produites ces lésions curieuses?

La jeune femme s'était-elle désaltérée aux bords d'un vase contaminé? Avait-elle fait usage d'un couvert qui avait servi à un syphilitique?

A ces deux questions, la réponse était négative.

Mme S... n'avait, depuis au moins deux mois, disait-elle, reçu personne à sa table, ni pris de repas en ville.

Avait-elle embouché l'instrument d'un verrier?... Je m'explique. La malade habite dans le voisinage de la grande verrerie de Montluçon. Elle va souvent la visiter, et comme à tous les visiteurs, il lui est arrivé plus d'une fois, autant par enfantillage que par curiosité, d'appliquer ses lèvres à l'instrument qui sert aux verriers pour souffler les bouteilles. C'est un tube métallique creux, que l'on dénomme *canne*, qui reçoit par une de ses extrémités la bouche de l'ouvrier et par l'autre sa charge des matières vitreuses en fusion pour en façonner les bouteilles.

C'est par la canne que les ouvriers s'inoculent le virus contagieux. On connaît la syphilis des verriers.

Mme S... affirme qu'elle n'a pas mis les pieds depuis longtemps dans la verrerie.

Avait-elle reçu un baiser empoisonné?

Ou bien était-elle allée, *horrendum dictu*, tremper ses lèvres et cueillir le hideux virus à sa source impure?

Mme S... a trente ans.

Mme S... avait-elle été victime de ses trente ans? C'était possible. Tout est possible dans cet ordre de faits : d'autant qu'avec ses prunelles fauves, sa physionomie voluptueuse, un développement exagéré de la région occipitale, la jeune femme semble vouée aux sacrifices de Vénus.

Mais tout cela n'est qu'hypothèses ou faibles probabilités. Il fallait des preuves. Pour avoir des preuves, une enquête s'imposait. L'affaire était délicate.

Il fallait interviewer le mari; c'était dangereux. Les questions à poser pouvaient éveiller sa méfiance. D'ailleurs, un chancre infectant de la lèvre chez une femme mariée peut-il se récolter dans le lit conjugal? Je m'assurai cependant que le mari n'avait pas et n'avait jamais eu la syphilis.

Il fallait confesser la malade. Il y a des choses que l'on ne peut avouer, et depuis l'aggravation de son mal, elle ne répondait plus aux questions que par un torrent de larmes.

On sait depuis et avant Parny que

L'art de pleurer est un talent
Que la femme la plus novice
Possède à fond et que souvent
Elle entretient par l'exercice.

Elle pleurait sans cesse. Voulait-elle se rendre intéressante ou était-elle tourmentée par la crainte ou le remords?

« Enfin, madame, pourquoi vous lamentez-vous?

— .....

— Pourquoi pleurez-vous?

— J'ai peur....

— Peur de quoi?

— Je crains d'avoir un chancre.

— Un chancre!!... un chancre?

— Oui. Un chancre... Un cancer, enfin. »

Il était clair qu'elle ignorait le sens du mot chancre, qu'elle confondait avec le mot cancer.

Je posai quelques questions discrètes dans le voisinage pour me fixer sur les mœurs et habitudes de ma cliente.

J'appris qu'elle faisait fréquemment des absences de deux ou trois jours. On ne savait pas où elle allait. Elle disparaissait tout à coup sans rien dire à personne : puis elle reparaissait, reprenait son genre de vie et ne confiait à quiconque le but de ces éclipses passagères. Était-ce pendant une de ces fugues qu'elle avait cueilli ces fleurs du mal dont la nature énigmatique était si intéressante?

Je ne pus savoir autre chose. Cette enquête, comme toutes les autres, n'aboutit qu'à un résultat négatif. C'était à prévoir.

Le doute planait donc sur l'origine de ces ulcérations. Or le doute doit profiter à l'accusé, et la sagesse des nations dit que, dans le doute, il faut s'abstenir.

Dans l'espèce, l'abstention, l'expectation, pouvaient avoir un résultat désavantageux; un traitement spécifique ne pouvait avoir aucun inconvénient.

Je prescrivis des pilules de proto-iodure d'hydrargyre et des applications de compresses imbibées de liqueur de Van Swieten dédoublée.

Le 3 mars, les caractères du chancre induré persistent. Les ulcérations ressemblent à deux pains à cacheter, rouges, de forme régulièrement arrondie. L'induration est considérable et volumineuse, la lèvre supérieure fait une saillie plus prononcée; elle se relève en l'air, montrant, face à l'observateur, les plaies qui la recouvrent en partie. La liqueur de Van Swieten n'a pas été supportée, la douleur était intolérable après l'application du liquide. Continuation des pilules de proto-iodure. Lotions émollientes.

Le 5 mars, il y a du mieux; la lèvre est beaucoup moins saillante. L'induration en deux jours a changé de caractère. Elle est plutôt foliacée. La plaie médiane est lisse et noirâtre; l'autre est recouverte de pseudo-membranes grisâtres; les bords paraissent un peu affaissés.

Le 8 mars, il y a moins d'induration foliacée; les plaies sont un peu plus larges; la plaie interne a 10 millimètres, l'externe 9 millimètres. Elles sont cependant moins apparentes en raison du dégonflement de la lèvre. Elles sont recouvertes de croûtes grisâtres. On enlève les croûtes avec des lotions émollientes; elles apparaissent avec leur forme circulaire, une plaque blanche au milieu, une surface rouge lisse à la périphérie, et une disposition légèrement bombée.

L'adénite est moins grosse à la vue et au toucher.

Le moral est meilleur, les idées moins tristes.

Cataplasmes de fécule de pomme de terre.

Le 11 mars, les plaies sont recouvertes de croûtes sanguines. La malade se plaint de la gorge. A gauche, on voit une surface blanche, linéaire, opaline. Il y a une adénite bilatérale à la bifurcation des carotides.

Les lèvres vont mieux; l'induration foliacée diminue, les plaies sont un peu moins étendues, leurs bords froncés en quelques points : surfaces opalines sur la plaie médiane; pseudo-membranes dans la moitié inférieure de la plaie latérale.

Le 13 mars, le moral est excellent. Les ulcérations sont moins étendues : 7 millimètres. Les bords en sont froncés, la surface pseudo-membraneuse. Deux plaques linéaires amygdaliennes.

Le 14, un peu de fièvre; les règles ont paru; il y a de l'énervement, des envies de pleurer, de la douleur pharyn-

gienne. Gingivite; cessation du proto-iodure. Il s'est fait à la lèvre une fissure antéro-postérieure au niveau de la plaie interne; le mouvement des lèvres est douloureux.

Le 16 mars, il n'y a plus d'induration. Croûtes sanguines sur les plaies, qui sont rétrécies, irrégulières, opalines.

Pas d'adénite sous-occipitale; pas de boutons dans la tête.

Adénite pré-carotidienne bilatérale.

Vertige pendant mon examen.

Le 20, les plaies sont minimes, croûteuses; la fissure antéro-postérieure est très douloureuse. Vaseline salolée.

Le 24, tout va bien. Toniques, huile de foie de morue.

Le 26, *point blanc* à la lèvre supérieure en dedans des ulcérations disparues.

Le 27, le point s'étend et on sent à sa base une plaque indurée, de la consistance et de l'épaisseur d'une carte de visite.

Le 29, le point est devenu une ulcération orbiculaire, oblongue, qui s'étend transversalement, occupe le siège des ulcérations et présente 12 millimètres de longueur sur 8 millimètres de largeur.

Le 31 mars, surface allongée, opaline, s'étranglant dans son milieu, indurée, douloureuse à la pression.

La lèvre est saillante, mais beaucoup moins que la première fois. Adénite indolente bilatérale, sous-angulo-maxillaire, plus marquée à gauche; la plaque ulcéreuse occupe surtout la moitié gauche de la lèvre.

Anorexie; bouche pâteuse, amère. Purgatif.

La malade reprend d'elle-même ses pilules d'hydrargyre.

Dans la gorge, rien à droite; à gauche, point blanc saillant, ressemblant plutôt à un calcul amygdalien qu'à une ulcération.

Les jours suivants, peu de changement. Cautérisation au nitrate d'argent des solutions de continuité à la lèvre et à la gorge.

Le 8 avril, à peine d'induration. Ulcération étranglée dans son milieu en huit de chiffre, opaline dans sa moitié antérieure, diphtéroïde dans sa moitié postérieure. A droite, l'adénite a disparu; à gauche, elle a diminué sensiblement.

Le 12, il ne reste plus qu'une fissure rouge, antéro-postérieure, au point d'étranglement de l'ulcération disparue.

Le 17 mai, dysphagie, rougeur de la gorge. *Point blanc* à la lèvre supérieure. Poudre sulfureuse. Toniques.

Le 23, plaie diphtéroïde à la lèvre, même siège : plaque blanche à l'amygdale droite. Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 29, il reste encore à la lèvre et à la gorge quelques surfaces diphtéroïdes insignifiantes.

Le 2 juin, nouveau *point blanc* à la lèvre supérieure; plaque dans la gorge.

Le 15 juin, ulcération labiale triangulaire, à base antérieure, à bordure pseudo-membraneuse, à centre gris proéminent, avec surface intermédiaire rose.

Gorge opaline par endroits.

Adénite sous-maxillaire à gauche, précarotidienne à droite.

Un peu d'anémie. Iodure de fer; cautérisation.

M^me^ S... change de résidence et va habiter Paris.

Les phénomènes morbides continuent pendant quelque temps. Elle consulte un médecin qui lui dit qu'elle est atteinte de psittacose!

J'appris plus tard sa guérison complète vers la fin de l'été 1894.

Maintenant que la maladie est arrivée depuis longtemps à son terme, maintenant que ces ulcérations bizarres ont disparu sans laisser d'autre trace qu'un mauvais souvenir, il convient de jeter un regard en arrière, de faire une analyse sommaire des signes observés et d'établir, s'il est possible, un diagnostic raisonné.

Quatre symptômes principaux ont caractérisé cette affection labiale :

1° Une double ulcération, ayant duré une vingtaine de jours et parfaitement cicatrisée; cinq jours après, point blanc sur la lèvre, au même siège, suivi d'une nouvelle ulcération oblongue transversalement, puis étranglée en huit de chiffre, d'une durée d'une quinzaine de jours.

Un mois après, nouveau point blanc, nouvelle ulcération.

Trois mois après le début, nouveau point blanc, nouvelle ulcération, triangulaire cette fois, d'une durée de quinze à vingt jours.

2° Une induration noueuse, qui *paraît avant les ulcérations*, se transforme et devient foliacée après une dizaine de jours et *disparaît avant les ulcérations*. Les ulcérations successives sont accompagnées de nouvelles indurations en carte de visite, qui disparaissent avant elles.

3° Une adénopathie indolente, aphlegmasique, bilatérale, sous-angulo-maxillaire, qui disparaît avec l'induration.

4° Plaques opalines, étroites, presque fissuraires, sans exsudats plastiques, sur les deux amygdales, ensemble ou successivement, compliquées d'adénopathie précarotidienne double, qui disparaît, revient, persiste plus ou moins selon les manifestations amygdaliennes.

Ces troubles morbides présentent, après le premier mois, un caractère de chronicité remarquable et se prolongent pendant un laps de temps que l'on peut évaluer de sept à huit mois. Puis, plus rien : ni manifestations cutanées, ni lésions osseuses, ni symptômes du côté des viscères, des yeux ou des organes génito-urinaires.

A quelle maladie avions-nous donc eu affaire?

Il ne saurait un seul instant venir à l'esprit l'idée que cette affection érosive pût être une manifestation aphteuse ou hydroïque. Ces éruptions ont des signes différentiels trop prononcés : elles n'ont ni le même siège, ni les mêmes caractères objectifs, ni la même marche, ni la même terminaison.

Il serait puéril d'établir un rapprochement entre ces plaies d'un rouge vif, mathématiquement circulaires, sans liséré, situées à fleur de muqueuse, avec les ulcérations cancroïdales à bords raboteux, irréguliers, surélevés, à fond anfractueux et sanieux ou avec les chancres mous à cupule profonde et sans indurations.

Tout au plus pouvait-on songer à des scrofulides muqueuses; mais les scrofulides vraies sont moins régulières, plus étendues, de couleur spéciale et laissent des cicatrices.

Un seul diagnostic paraît plausible. C'était de la syphilis ou de l'herpétisme.

Les ulcérations géminées du début ressemblaient d'une façon frappante à ce que l'on a dénommé chancre plat érosif.

Étaient-ce des chancres infectants?

Le caractère pathognomonique du chancre huntérien est l'induration spécifique.

Il y avait de l'induration. Était-ce de l'induration spécifique?

Non.

L'induration spécifique apparaît après l'ulcération et ne disparaît qu'après elle.

Dans le cas actuel, l'induration avait précédé les ulcérations et disparu avant elles.

L'induration n'était donc pas spécifique. Les ulcérations n'étaient pas des chancres infectants.

La deuxième ulcération, que l'on pouvait prendre pour un *chancre redux* ou une transformation *in situ* de chancre en

plaque muqueuse, n'était donc pas non plus une manifestation constitutionnelle.

Les accidents de la gorge eux-mêmes avaient l'apparence d'accidents secondaires. Mais il est à remarquer que les plaques amygdaliennes avaient fait leur apparition une vingtaine de jours seulement après le début. Les accidents secondaires ne mettent jamais autant d'empressement à se manifester. Ces lésions, au surplus, étaient fissuraires, opalines, sans exsudats, et les amygdales n'étaient ni gonflées, ni recouvertes de produits plastiques, comme dans la syphilis.

Il n'y eut jamais ni roséole, ni céphalée, ni croûtes dans les cheveux, ni adénopathie cervicale ou autre.

Il n'y eut ni accidents génitaux, ni accidents consécutifs.

Ce n'était donc pas de la syphilis. Aussi le traitement spécifique avait-il été suspendu avant la fin des ulcérations.

C'était donc de l'herpétisme. Mais, dira-t-on, il n'y avait pas non plus les caractères de l'herpès, ni les vésicules miliaires confluentes, ni les croûtes grisâtres, ni les polycycles, ni les microcycles; et il y avait de l'induration et de l'adénopathie. La malade elle-même, qui s'y connaissait, — ou plutôt qui croyait s'y connaître, — affirmait que ce n'était pas de l'herpès.

Ces objections ont une certaine portée. Mais on voudra bien prendre en considération que l'éruption labiale est survenue au cours d'un rhume, comme le fait souvent l'herpès. Elle n'a été vue que le cinquième ou le sixième jour de son apparition. Il y avait à ce moment des débris épithéliaux grisâtres qui recouvraient les érosions et empiétaient sur la partie cutanée de la lèvre. Il n'y avait pas la collerette classique; elle avait peut-être disparu.

Il y avait de l'adénite. Mais cela n'est pas pour surprendre. L'herpès à *symptômes associés*, de M. le professeur Fournier, est maintenant connu; il y a des herpès à adénite.

Il y avait de l'induration; mais certains herpès sont indurés. Ceux qui siègent au frein de la verge, au méat, dans la rainure balano-préputiale, présentent quelquefois de l'induration.

Cela n'a pas été constaté à la lèvre. C'est possible. C'était une exception. Combien ne voit-on pas de faits cliniques qui dérogent aux règles admises?

Peut-on se flatter, en médecine, de connaître ou d'avoir observé tous les cas possibles? *Ars longa, experientia fallax.*

Les lésions présentaient une certaine sensibilité; elles avaient montré une intolérance remarquable pour les applications de sublimé. Les lotions émollientes seules avaient été bien supportées. Il n'en est pas ainsi d'ordinaire pour les chancres infectants.

On objectera aussi que la malade n'avait jamais eu d'herpès. Ce pouvait être une première manifestation; n'a-t-on pas vu des faits de manifestation unique d'une diathèse? On connaît les symptômes *olopathiques* des maladies constitutionnelles. M^me^ S... était sujette aux névralgies, à la migraine (1).

Peut-on expliquer ces deux singulières anomalies : l'induration et l'adénite? La chose ne paraît pas impossible. Certains sujets ont le système conjonctif très sensible, facile à congestionner. Le moindre accident cutané s'entoure d'un œdème plus ou moins dur : ils font du *lymphangisme capillaire*. Chez les mêmes sujets, un rien suffit pour irriter les ganglions, qui se gonflent et s'indurent : ils font de l'*adénisme*.

La constitution scrofuleuse n'est que du lymphatisme exagéré; on sait avec quelle facilité le tissu cellulaire et les ganglions s'infiltrent et se boursouflent.

Est-il illogique d'admettre que chez M^me^ S... l'herpétisme était doublé de scrofule?

Ce serait alors un cas d'herpès à *diathèses associées*, faisant pendant à l'*herpès à symptômes associés*, du professeur Fournier. On pourrait dire, pour employer un vocable cher à Ricord, que c'était du *scrofulate d'herpétisme*.

Je prie du reste le lecteur de ne prendre cela que comme une appréciation personnelle, car il ne m'est pas plus possible de garantir ce diagnostic que de répondre de la vertu de ma cliente.

« Avouez donc, disais-je à la jeune femme revenue de ses premières frayeurs, avouez donc que vous avez appliqué les lèvres sur un objet dont la propreté laissait à désirer.

— Je ne suis pas à confesse, docteur, » répondit-elle.

Cette réponse n'est pas celle d'une vertu farouche.

Quoi qu'il en soit, le fait que je viens d'exposer n'en est pas moins un exemple saisissant des difficultés que l'on rencontre dans le diagnostic et le traitement des affections ulcéreuses des lèvres.

Et ce n'est pas le seul. M. le professeur Tillaux, dans son Traité clinique, rapporte un cas d'exulcération des deux lèvres, dont le diagnostic ne put être établi et les traitements furent suivis d'insuccès constants. Cette exulcération dura deux ans et guérit quand elle voulut guérir.

Il m'a été donné de voir, il y a quelques années, un fait plus remarquable encore.

Une femme de trente-cinq ans, célibataire, de tempérament lymphatique, de bonne santé habituelle, fut atteinte, à l'âge de vingt-six ans, d'une ulcération des deux lèvres. Cette ulcération, recouverte après quelque temps de concrétions croûteuses grisâtres, régnait sur tout le pourtour de l'orifice buccal et rendait les mouvements des lèvres très douloureux. Pendant neuf ans elle consulta un grand nombre de médecins. Chacun lui conseillait de provoquer la chute des croûtes et d'appliquer une pommade spéciale. Les croûtes tombaient; la pommade était régulièrement et consciencieusement étalée sur les plaies, et le mal ne guérissait pas. Elle consulta des spécialistes, des dermatologistes. On lui conseilla des traitements variés et énergiques, on l'envoya aux bains de mer, à La Bourboule; rien ne réussissait. Je la vis à son passage pour aller à La Bourboule, je la vis au retour, rien n'était changé. Un hasard ou tout au moins un remède ordonné, pour autre chose, amena la guérison, au dire de la malade.

Elle eut à se faire, sur prescription médicale, des frictions dans le cuir chevelu, avec une pommade sulfureuse. Ces frictions étaient renouvelées chaque jour. Une semaine n'était pas écoulée, les croûtes labiales s'amincissaient, disparaissaient. Le quinzième jour les ulcérations étaient cicatrisées. Le mal avait guéri comme par enchantement. Mais il n'avait pas moins duré neuf ans et n'avait capitulé que sous l'effort d'une médication qui était adressée à tout autre chose qu'à l'affection des lèvres.

Les ulcérations labiales ne sont pas fréquentes. Elles présentent assez souvent un caractère spécial. Elles sont recouvertes de concrétions plus ou moins épaisses, plus ou moins

(1) Le début des dernières ulcérations par des points blancs plaide en faveur de leur nature herpétique.

Les vésicules de l'herpès amygdalien ont, à une période de leur évolution, la forme de points blancs membraneux.

foncées en couleur, quelquefois stratifiées en écailles. Elles occupent un quart, une moitié d'une lèvre, la lèvre inférieure ordinairement. Les porteurs de ces lésions sont souvent de vieux syphilitiques. Ils ont d'abord suivi un traitement dépuratif. Le mal a disparu ; mais il est vite revenu ; nouveau traitement, nouveau succès. Nouvelle rechute ; le traitement est recommencé. Mais soit qu'il y ait intolérance du médicament, soit qu'il y ait lassitude du malade, soit que l'âge ait amené une résignation philosophique, toute médication est abandonnée et les patients portent pendant des mois, des années, les stigmates de leur maladie constitutionnelle.

Un beau jour un accident cérébral ou cardiaque éclate et ils sont emportés avec leurs vieilles croûtes.

Quel est l'homme de l'art, avancé dans la carrière, qui n'a pas vu des faits de ce genre? La diathèse avait imprimé sa marque sur l'orifice buccal. Tout le temps qu'on l'avait combattue, tenue en échec, elle était restée inoffensive; mais devant l'abdication du malade, elle était revenue à la charge, avait silencieusement désorganisé les tissus, puis frappé soudain sa victime au cœur ou au cerveau.

Je raconterai peut-être un jour l'histoire d'une sexagénaire, chez laquelle une affection ulcéreuse des lèvres fit naître des idées de suicide, qui reçurent un commencement d'exécution. Le diagnostic fut facile ; il y avait eu de la syphilis conjugale ; mais dans la suite, il survint des complications ; les lésions changèrent de nature (1). Le diagnostic parut entouré d'une grande obscurité.

Il n'y a pas lieu de s'en étonner. La médecine est remplie d'attraits ; mais elle est aussi, parfois, pleine de mystères. Nouveau sphinx, elle pose chaque jour de nouvelles énigmes ou invente de nouveaux problèmes.

Le devoir du praticien est de les étudier, de les fouiller et de les approfondir.

Son plus vif, son plus noble plaisir est de les déchiffrer et d'en trouver la solution.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de l'anorexie chez les enfants.

M. Limpert traite avec succès l'anorexie de la scarlatine, de la diphtérie, de la rougeole et de la dothiénentérie, par le tannate d'orexine, à la dose de 1 gramme par jour, pris en deux fois, avant chacun des deux principaux repas. (*Bayern. Ærtz. Corresp. Blatt*, 1898, nº 6.)

### Traitement de l'anémie.

L'hémogallol (Kobert) est une poudre insoluble d'un brun rougeâtre obtenue par l'action du pyrogallol sur l'hémoglobine.

Comme tous les dérivés du principe colorant du sang, obtenus par l'action des substances réductrices, il jouit d'un pouvoir hématogène puissant, dû à ce qu'il contient le fer du sang sous sa forme la plus assimilable, et, par ce fait, il se présente comme le meilleur reconstituant du globule sanguin. Aussi son emploi est-il indiqué, à l'exclusion de tout autre ferrugineux, et même de l'hémoglobine, dont il dérive, dans le traitement de la chloro-anémie et de tous les malaises plus ou moins graves qui résultent de cet état morbide.

Associé à des médicaments tels que les glycérophosphates de chaux et de fer, la kola, la coca et le quinium, il constitue la phosphoglobine, nouvelle préparation destinée à combattre l'anémie sous toutes ses formes, préparation véritablement physiologique, parfaitement assimilable, dont la composition en fait le meilleur rénovateur du sang, des muscles et des nerfs.

La phosphoglobine est présentée sous la forme de saccharure granulé. Cette forme donne au malade toute latitude de l'absorber de la façon qui lui convient le mieux, en même temps qu'elle supprime tous les inconvénients des autres formes pharmaceutiques généralement employées, telles que cachets, pilules, élixirs, vin, etc., qui, ou bien traversent le tube intestinal sans être absorbées et, par conséquent, sans exercer une action physiologique quelconque, ou provoquent des malaises de toute sorte, tels que gastralgies, dyspepsies, etc., qui en font repousser l'emploi. (*Gaz. méd.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juin 1898. — Présidence de M. BERGER.

### COMMUNICATION

**Du rôle de la congestion dans les affections de l'appareil urinaire.** — M. POUSSON (de Bordeaux) fait observer que, dans bien des cas, la fréquence ou l'abondance des hématuries conduisent les chirurgiens à pratiquer la néphrectomie, alors même que le rein ne présente pas de grosses lésions. Mais, dans ces cas, si l'on examine le rein enlevé, on y trouve de petites lésions capables d'expliquer les hématuries. M. Pousson relate l'observation d'un malade, qui était atteint d'hématuries. Après s'être assuré par la cystoscopie que l'hémorragie venait du rein gauche, il fit une incision lombaire au niveau de ce rein, le trouva en ptose, mais présentant un aspect normal, seulement un peu plus gros et un peu plus foncé de couleur, pâle par places, coloré en d'autres endroits. En raison de la gravité des hématuries, M. Pousson se décida à enlever ce rein. Le malade a parfaitement guéri. Les hématuries ont cessé. L'albuminurie a disparu. Cette albuminurie, qui était très peu marquée, restera-t-elle guérie? M. Pousson l'espère sans oser l'affirmer.

L'examen histologique du rein enlevé a montré qu'il était scléreux et qu'il présentait de nombreuses hématies.

M. POIRIER a observé un cas analogue. Il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans qui avait des hématuries dont le point de départ était le rein droit, ainsi que l'a montré la cystoscopie. M. Poirier fit une incision lombaire, trouva le rein affecté de néphrite chronique, supprima ce rein. Les urines qui contenaient 1gr20 d'albumine par litre, redevinrent normales. A l'examen microscopique, on trouva dans ce rein des hémorragies, des ecchymoses. Malheureusement ce malade était un urémique, les urines diminuèrent et finirent presque par cesser, il y eut de la congestion pulmonaire et le malade succomba.

Si on peut dire, avec M. Pousson, que la néphrectomie est, par elle-même, une opération bénigne, il faut ajouter qu'il faut, pour cela, que l'autre rein soit absolument sain, ce dont, malheureusement, on ne peut jamais être certain.

M. PICQUÉ rapporte l'observation d'une femme âgée, qui avait des hématuries abondantes. A gauche, on sentait le rein gros et déplacé. La cystoscopie ne révélait rien du côté de la vessie. M. Picqué fit l'incision lombaire ; il trouva un kyste séreux. Il s'agissait d'une hématurie sans substratum rénal. M. Picqué laissa le rein en place. Les hématuries cessèrent. Puis, elles apparurent de nouveau. Il s'agissait d'une tumeur rénale dont la malade fut opérée et guérie. Il faut donc bien savoir que les hématuries peuvent

(1) Il y eut complication d'herpétisme et d'auto-intoxication.

avoir d'autres causes que des lésions rénales, ce qui doit rendre très circonspect pour la néphrectomie.

**M. MONOD** appuie cette manière de voir. Si, dit-il, on ne trouve ni calculs, ni d'autres corps étrangers du rein, il est imprudent de l'enlever, car vous pouvez avoir affaire à de l'urémie comme dans le cas de M. Poirier. M. Monod ajoute, qu'à ce point de vue, il n'est pas entièrement rassuré sur l'avenir du malade de M. Pousson.

**M. POUSSON** déclare qu'il n'a pas voulu préconiser la néphrectomie dans les cas analogues à celui qu'il a communiqué. Il ne s'est décidé, dans ce cas, à enlever le rein qu'en raison des hémorragies foudroyantes dont était atteint son malade.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR FIBROMES

**M. POTHERAT** a pratiqué sa première hystérectomie vaginale pour fibromes, en 1891. En 1893, il communiquait au Congrès de chirurgie 12 cas avec 1 décès. Depuis, il a pratiqué 31 fois cette opération, ce qui porte à 43 le nombre de ses hystérectomies vaginales pour fibromes. Avec Segond, le vulgarisateur de l'opération de Péan, il considère l'hystérectomie vaginale comme méthode de choix, pour le traitement des fibromes. Indépendamment de l'absence de cicatrice abdominale, des éventrations possibles, l'hystérectomie vaginale présente l'avantage de donner une guérison complète, sans aucune complication. M. Potherat rapporte l'histoire de deux femmes de la campagne qui étaient atteintes de fibromes, dont l'une a subi l'hystérectomie vaginale et l'autre, l'hystérectomie abdominale. La première va très bien et peut, sans difficultés, vaquer à toutes ses occupations. La seconde, au contraire, ne peut travailler longtemps debout, ne peut se baisser ni porter de lourds fardeaux. La situation de ces deux femmes est bien différente. L'une est dans un état normal, l'autre présente quelque infirmité. Il faut reconnaître aussi que la gravité de l'hystérectomie vaginale est beaucoup moindre que celle de l'hystérectomie abdominale. Sur ces 43 cas, M. Potherat compte 3 décès, dont 2 sont imputables à l'opération. L'un a été observé sur une femme de quarante-trois ans qui est morte d'hémorragie par suite d'une pince défectueuse, l'autre est survenu sur une femme de trente-sept ans, dont l'utérus était infecté et qui est morte de la continuation de cette infection.

M. Potherat reconnaît plusieurs contre-indications à l'opération, telle qu'un vagin très peu dilatable, le volume du fibrome et surtout sa disposition. Tel fibrome dépassera l'ombilic et sera enlevable par le vagin, tel autre sera impossible à enlever par la voie vaginale en raison de sa largeur plus que de sa hauteur. La forme importe donc plus encore que la masse à enlever. Enfin, si l'on rencontre trop de difficultés, il ne faut pas hésiter à recourir, séance tenante, à l'hystérectomie abdominale.

**M. ROUTIER** fait remarquer que l'hystérectomie vaginale a perdu un peu de terrain en raison même du succès plus facile de l'hystérectomie abdominale totale. Il est certain, toutefois, que les résultats de l'hystérectomie vaginale sont généralement de très bons résultats, que la guérison qu'elle procure est complète, idéale; qu'il vaut mieux ne pas avoir de cicatrices, qu'il est préférable de ne pas courir les chances d'une éventration. M. Routier a eu la main forcée pour opérer, par le vagin, un fibrome remontant plus haut que l'ombilic. La malade a bien guéri. Dans un autre cas, il a dû opérer, par le vagin, non seulement un fibrome, mais encore une salpingite suppurée, un kyste dermoïde de l'ovaire. La guérison a été également, dans ce cas, complète. Sur 38 cas, M. Routier compte 6 morts, soit 15 p. 100. Il a pu faire l'autopsie de ces cas, sauf un dans lequel la cause de la mort a été une hémorragie. Dans un cas, on n'a trouvé aucune lésion pouvant expliquer la mort; dans un autre, les deux reins étaient petits et contractés; deux autres sont mortes de péritonite. Chez l'une, il y avait une énorme eschare du cæcum, qui avait été pincé. Une autre est morte de péritonite septique; deux autres de septicémie antérieure à l'opération. Sur les 32 guérisons qu'il a eues, M. Routier a eu des cas très difficiles. Il est devenu plus habile pour pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, ce qui l'a fait pencher parfois plutôt vers cette opération. Sa technique pour l'hystérectomie vaginale est plutôt celle de Quénu que celle de Segond. Mais, en pareille matière, chacun suit ses aptitudes et ses préférences particulières. L'état scléreux du vagin est une contre-indication. La forme plus encore que le volume du fibrome peut être aussi une contre-indication. Depuis 1895, M. Routier a pratiqué 42 hystérectomies abdominales totales avec 6 morts. Sa statistique d'hystérectomies abdominales totales est meilleure que sa statistique d'hystérectomies vaginales. M. Routier estime donc, avec M. Segond, que cette dernière opération présente encore une certaine gravité.

### RAPPORT

**Traitement du ptosis.** — **M. DELENS** fait un rapport sur une communication de M. Motais (d'Angers), relative au traitement chirurgical du ptosis par la greffe sur la paupière du muscle droit supérieur de l'œil. En choisissant ce muscle pour relever la paupière, M. Motais a été un novateur. M. Delens analyse les observations qu'il a produites.

**M. REYNIER** dit qu'il y a des cas où en même temps que la paralysie du releveur de la paupière, il existe une paralysie du droit supérieur.

**M. DELENS** fait observer que, dans sa communication, M. Motais a eu soin d'éliminer les cas où il existe en même temps une paralysie du droit supérieur. Ces cas, d'ailleurs, sont rares.

**M. BRUN** ajoute que c'est au ptosis congénital seul que s'adresse l'opération proposée par M. Motais.

### LECTURE

**Obstruction intestinale.** — **M. DELBET** lit un travail sur l'obstruction intestinale par torsion de tout l'intestin grêle.

### PRÉSENTATIONS

**Gastro-entérostomie.** — **M. TUFFIER** présente un malade auquel il a pratiqué, il y a un an, la gastro-entérostomie pour un ulcère induré de l'estomac. Ce malade était dans un état très grave. Il est aujourd'hui en parfait état.

**Reproduction osseuse.** — **M. POIRIER** présente un malade auquel il a pratiqué, il y a un an, une large trépanation osseuse du crâne. La reproduction de cette paroi osseuse est aujourd'hui complète.

**Radiographies.** — **M. MAUNOURY** (de Chartres) présente une série de radiographies prises dans son service.

La séance est levée.

---



---

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 64. — MARDI 7 JUIN 1898. 71e ANNÉE. MARDI 7 JUIN 1898. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 6 juin 1898.

On a vu, dans un procès récent, les juges imputer à crime à un confrère malheureux le fait (non démontré d'ailleurs) de n'avoir pas pris les précautions antiseptiques usuelles. Un curieux débat, nous montre que les juges de Berlin sont moins rigoureux que leurs collègues de Paris.

Il y a un an environ, nous dit la *Médecine moderne*, le professeur Seidel, chirurgien de l'hôpital de Brunswick, se suicida dans des conditions qui donnèrent lieu à de nombreux commentaires. On apprit que les assistants de Seidel, mécontents de ses procédés thérapeutiques, avaient adressé au ministre une plainte écrite, dans laquelle ils accusaient leur maître de négliger les précautions antiseptiques, et, en particulier, d'avoir opéré, ayant encore un furoncle mal guéri au doigt, un malade dont il avait causé la mort par son imprudence.

Au reçu de cette plainte, le ministre fit savoir au professeur Seidel qu'une enquête allait être faite sur les faits incriminés par ses assistants, et qu'en attendant il était provisoirement suspendu de ses fonctions.

Le chirurgien, qui était d'un caractère fort impressionnable et surexcitable, se tua le lendemain, ne voulant pas survivre à sa disgrâce.

Ses deux frères, obéissant à ses dernières volontés, entreprirent alors de réhabiliter sa mémoire, et soumirent le cas au professeur Bergmann, en sa qualité de président de la Société allemande de chirurgie. Bergmann se prononça hautement en faveur de Seidel et condamna publiquement la conduite de ses assistants. Les frères du malheureux chirurgien n'hésitèrent pas alors à accuser ceux-ci d'avoir causé la mort du professeur Seidel par leurs dénonciations inconsidérées.

Bref, un procès s'ensuivit, qui vient de se terminer par un jugement en faveur des frères de Seidel, la Cour estimant qu'ils avaient justement agi dans la défense du bon renom de leur frère.

La déposition de Bergmann a été d'une telle violence contre les assistants de Seidel que le président a dû intervenir à plus d'une reprise pour l'empêcher de se répandre en expressions trop injurieuses.

Bergmann a déclaré que les problèmes de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie sont loin d'être encore scientifiquement résolus; que les chirurgiens les plus distingués varient beaucoup à ce sujet. Il a cité à ce propos la fameuse discussion sur « les gants » soulevée au dernier Congrès de chirurgie, discussion qui montre qu'une seule et même méthode peut être proclamée à la fois un progrès et un danger par des voix également autorisées. Il est donc absurde, à son avis, de dénoncer un chirurgien comme coupable pour n'avoir pas observé les règles de certaines pratiques modernes.

Certains tribunaux français vont même plus loin, et voici un jugement correctionnel innocentant une sage-femme, qui, avertie qu'elle transportait la septicémie puerpérale dans sa clientèle, continuait sa coupable industrie. Poursuivie par le ministère public, elle fut acquittée par le tribunal de première instance avec les considérants que voici :

Attendu que la femme T... reconnaît qu'après avoir donné ses soins en qualité de sage-femme à la femme C..., qui est morte deux jours environ après son accouchement, d'une maladie dénommée métro-péritonite, par le docteur C..., elle a soigné en la même qualité la femme R..., qui est décédée aussi quatre jours après son accouchement, d'une maladie dénommée « métro-péritonite », par le docteur C..., et « septicémie puerpérale », par le docteur P...;

Qu'elle reconnaît s'être rendue chez la femme R..., quarante-cinq heures après le décès de la femme C...;

Attendu que l'expert X... émet l'avis que les deux femmes ci-dessus désignées sont mortes de la même maladie qu'il appelle infection puerpérale, et qu'il considère comme contagieuse;

Mais attendu que l'*expert déclare expressément que le caractère contagieux de cette maladie n'est pas unanimement reconnu, et est, au contraire, encore contesté* par des médecins jouissant, ne fût-ce qu'à raison de leurs fonctions, d'une autorité scientifique considérable;

Attendu que la responsabilité des gens de l'art ne peut être engagée par l'adoption d'une théorie médicale sur la valeur de laquelle les tribunaux n'ont pas qualité pour se prononcer;

Attendu, en tout cas, que la sage-femme T... n'était pas tenue de prendre parti dans une question qui divise les médecins;

Qu'elle devait seulement se préoccuper d'un danger dont ses études ne lui permettaient pas d'ignorer la possibilité, puisqu'elle avait appris, qu'au moins dans l'opinion la plus répandue, les maladies puerpérales qui se terminent, à bref délai, par le décès de l'accouchée, sont réputées contagieuses;

Attendu qu'il n'est pas établi qu'elle ait manqué à ce devoir;

Qu'elle n'était pas compétente pour discuter et contrôler les opinions en cours;

Attendu qu'il n'est pas prouvé que la femme T... n'ait pas pris, avant de soigner la femme R..., les précautions de propreté nécessaires et usitées, quand aucune circonstance spéciale ne fait craindre la contagion;

Par ces motifs :

Dit que la prévention n'est pas suffisamment établie;

En conséquence, renvoie la femme T... des fins de la poursuite sans dépens.

Ce jugement, basé sur le dire d'un expert, qui ne reconnaît pas à l'infection puerpérale un caractère contagieux, nous semble d'un autre âge, et cependant il date de quelques années à peine!

Ce ne fut d'ailleurs que le premier acte d'une action judiciaire reconventionnelle, car la sage-femme T..., innocentée par le jugement, se retourna contre le docteur P..., qui lui avait interdit de venir donner ses soins à l'une de ses clientes en travail.

Notre confrère fut condamné à une forte indemnité pécuniaire vis-à-vis de la sage-femme.

Être puni pour avoir compris son devoir et l'avoir scrupuleusement rempli, voilà une conclusion qui était assez inattendue. Le fait est cependant vrai, car il s'est passé aux portes de Paris en l'année 1891.

Mais tout porte à croire qu'à l'heure actuelle le jugement serait réformé et que la même doctrine ne serait plus soutenue par les tribunaux ni par les experts.

---

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Ferrand présente les pièces anatomiques concernant **deux reins kystiques** méconnus pendant la vie, et qui avaient fait penser à une tumeur rénale : il y avait en plus des kystes semblables dans le foie et dans l'ovaire. La multiplicité de ces kystes contre-indique donc toute intervention, et donne l'idée d'un parasitisme particulier. Les fonctions urinaires n'avaient pas été troublées, ce qui s'explique par la persistance, entre les kystes, de fragments sains du parenchyme rénal.

Les cas de **gangrène pulmonaire, sans aucun symptôme** qui eût pu révéler la gangrène pendant la vie, sont assez rares, et ont été signalés surtout chez les aliénés, aussi l'observation communiquée par M. Rendu est-elle des plus intéressantes. Cette gangrène pulmonaire qui s'est accompagnée d'un épanchement pleural non fébrile dans la grande cavité pleurale, et d'une pleurésie enkystée putride et hémorragique en contact avec le foyer pulmonaire, paraît bien, d'après l'autopsie, s'être développée à la suite de foyers de bronchopneumonie. L'évolution vers le sphacèle de ces foyers inflammatoires, trouverait dans le cas particulier son explication dans le **terrain** sur lequel ils se sont développés. Le malade était un malheureux, inanitié, et qui depuis longtemps, complètement dans la misère, avait une nourriture absolument insuffisante; à l'autopsie on trouva la plupart des viscères atrophiés. Pendant la vie, il n'y eut aucun signe qui ait pu faire penser un seul instant à la gangrène.

Au nom de M. Sainton, M. Jeanselme communique un nouveau cas de **panaris analgésique avec nodosités le long du nerf cubital**, qui auraient pu faire penser à la lèpre et qui étaient dues à de petites adénites, disposées le long du nerf, comme dans le cas qu'il a présenté dans la dernière séance. L'attention doit donc être attirée maintenant sur cette erreur possible dans le diagnostic de la lèpre et de la syringomyélie.

Les accidents attribuables aux médicaments n'ont peut-être pas assez attiré l'attention des médecins, qui ont tendance à attribuer à la maladie des accidents imputables aux substances irritantes ou toxiques employées pour la combattre. Aussi l'observation de MM. Rénon et R. Follet est-elle très instructive, en ce sens qu'elle nous montre, sous l'influence d'une application de teinture d'iode, faite sur la poitrine contre une une toux bénigne, l'apparition d'une **parotidite double**. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une parotidite iodique, purement toxique; peut-être y aurait-il lieu de faire des réserves sur cette pathogénie unique, et se demander s'il ne s'agit pas d'une parotidite infectieuse, provoquée par l'action de l'iode, amenant une diminution dans la résistance locale du terrain. Quoi qu'il en soit de l'hypothèse, le fait reste, et on peut le rapprocher des douleurs parotidiennes qu'on observe chez des malades à qui on prescrit de la teinture d'iode à haute dose.

---

## HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Monnier.

**Pièce de monnaie dans l'œsophage d'un enfant depuis un an, décelée par la radiographie; extraction par l'œsophagotomie externe; guérison.**

Nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie de médecine deux radiographies provenant d'un enfant de cinq ans, Jules J..., de Vannes, dont voici l'histoire :

Il y a un an, il avala une pièce de monnaie que les parents crurent être 1 franc : ceux-ci eurent la présence d'esprit de prendre l'enfant par les pieds et de le suspendre, tête en bas, pendant qu'avec le doigt ils s'efforçaient de le faire vomir : il rendit en effet des glaires, mais pas la pièce. Durant douze jours, il eut une dyspnée intense, de fréquentes nausées, une dysphagie presque complète. Au bout de ce temps, l'enfant fut conduit à l'hôpital où, après chloroformisation, on le sonda.

On ne sentit aucun obstacle, paraît-il, et, comme le cathétérisme provoquait des accès de dyspnée inquiétants, on n'insista pas. Au surplus, depuis lors, Jules J... put avaler des aliments liquides et demi-liquides. Pendant onze mois, la situation a pu être résumée ainsi par le docteur Audic, le médecin qui nous a donné les renseignements précédents :

1° Difficulté de la déglutition quant aux aliments solides.

2° Dyspnée légère continue, et, dans la position horizontale, accès de suffocation et toux quinteuse, comme dans l'adénopathie trachéo-bronchique très accentuée : respiration soufflante en arrière, surtout du côté gauche, avec quelques râles sibilants.

L'état général s'est maintenu bon quoique l'enfant ait notablement maigri au dire de la mère.

Le 29 juin dernier, Jules J... nous est envoyé dans notre service d'enfants de l'hôpital Saint-Joseph : les photographies, faites à l'aide des rayons de Röntgen, par l'abbé Courtois, professeur de physique à l'école Saint-François-

Xavier, de Vannes, qui nous sont en même temps adressées, nous permettent d'opiner de suite pour une opération.

En effet, comme vous pouvez en juger par cette première radiographie, la pièce de monnaie est au niveau du disque situé entre la deuxième et la troisième dorsale, dans une situation verticale et transversale : grâce à cette autre radiographie (fig. 2), on voit qu'elle est fixée dans la paroi antérieure de l'œsophage et que les aliments doivent passer entre la pièce et la paroi postérieure du conduit digestif.

En somme la pièce était placée au niveau du rétrécissement anatomique de l'œsophage dû à la présence de la bronche gauche, trop bas pour qu'on eût des chances de l'avoir par les voies naturelles avec une pince, soit directement soit après l'avoir repoussée de bas en haut par pression digitale après dénudation de l'œsophage, comme l'a fait Péan, chez l'enfant qu'il vous a présenté dans la séance du 8 décembre 1896. L'œsophagotomie externe nous parut donc la seule intervention rationnelle, mais au préalable, afin d'éviter tout travail à l'œsophage dans les jours qui suivraient l'opération, nous avons appris à l'enfant à tolérer une sonde œsophagienne. Pour ce faire, pendant dix jours, quatre fois par jour, on lui a passé par la narine droite une sonde en caoutchouc rouge numéro 16, puis 18 et 19, pendant cinq à dix minutes, progressivement; cette sonde n'était introduite que dans le tiers supérieur de l'œsophage.

9 juillet. La sonde étant bien tolérée, opération avec l'aide de notre collègue et ami, le docteur Le Bec : lavages antiseptiques soignés; incision allant de l'articulation sterno-claviculaire gauche à l'apophyse mastoïde, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien; section facile des aponévroses superficielle et moyenne (feuillet antérieur); nous utilisons alors la sonde cannelée; section entre ligature du tronc des veines thyroïdiennes inférieures et de l'artère correspondante, très peu de sang; on soulève le lobe gauche du corps thyroïde : l'œsophage apparaît extrêmement difficile à différencier de la trachée, aussi introduisons-nous la sonde œsophagienne jusqu'à la région thoracique; le conduit alimentaire est alors parfaitement perceptible : incision de 1 centimètre à partir du muscle crico-œsophagien de Chaussier, franche quoique couche par couche; celles-ci sont épaisses, plus épaisses qu'on pourrait le supposer chez un enfant. Une anse de soie fine est passée, à l'aide d'une aiguille de Reverdin à pédale, sur chaque lèvre; la sonde enlevée, nous augmentons l'ouverture vers le bas avec des ciseaux courbes, de façon à lui donner 20 millimètres : l'index gauche, introduit, sent la pièce 15 à 20 millimètres plus bas, juste au point indiqué sur la radiographie, enchatonnée dans la paroi antérieure, si bien qu'il faut la désenchatonner avec l'ongle pour pouvoir la saisir avec une pince à polype nasal ordinaire, les autres pinces très courbes, notamment celle qui avait servi à Péan, étant trop grosses et difficiles à manœuvrer; les deux anses de soie, maintenant la plaie bien béante, nous ont été d'un grand secours.

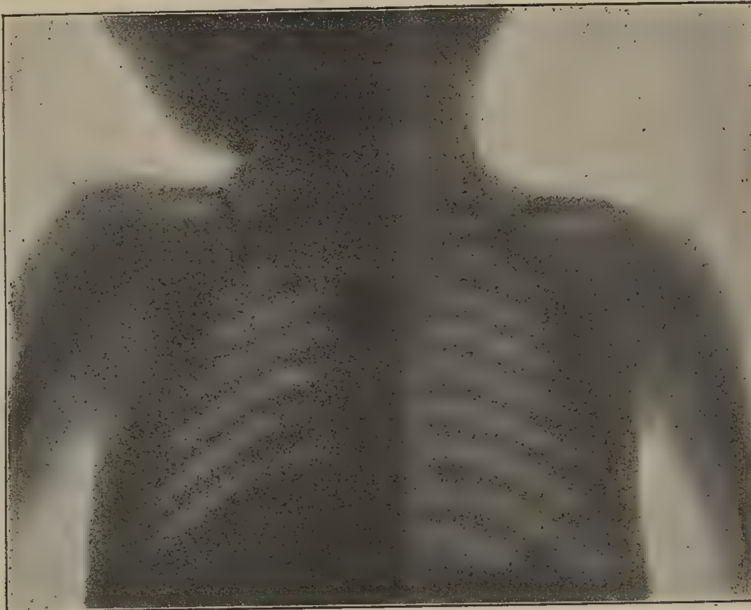


Fig. 1.

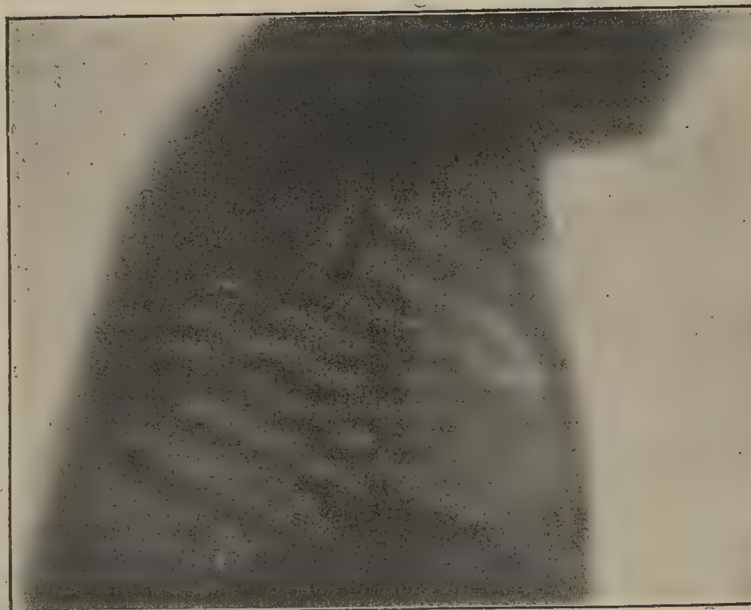


Fig. 2.

Voici cette pièce : ce n'est pas un franc, mais une pièce autrichienne, la sixième partie d'un thaler : elle offre comme particularités, d'être modérément oxydée et de présenter, en son milieu, une zone moins oxydée où l'on voit les vestiges du frottement du bol alimentaire.

Au cours de ces manœuvres, la salive déglutie et le mucus stomacal vomi, sont venus souiller à plusieurs reprises la plaie : nous les avons abstergés avec soin.

Ajoutons que nous avons dû disséquer très bas, jusqu'en arrière de la clavicule : or, à chaque inspiration, il se faisait une profonde dépression médiastinique avec un léger bruit d'aspiration, comme si le cul-de-sac pleural avait été ouvert; à l'expiration des bulles d'air sortaient de cet infundibulum; la respiration est restée satisfaisante, elle a été seulement stertoreuse quand le doigt aidait la pince à saisir la pièce.

Suture en surget au catgut, avec la même aiguille à pédale, de la muqueuse, d'abord de bas en haut, puis de haut en bas des autres tuniques. L'obturation est si parfaite que dans des efforts de vomissements, qui se produisent à ce moment, il ne sort ni une goutte de liquide, ni une bulle d'air. Gros drain vertical à l'angle inférieur de la plaie; suture profonde des muscles et aponévroses au catgut; suture de la peau au crin de Florence; pansement antiseptique, sonde à demeure, allant cette fois jusque dans l'estomac.

Plaintes au réveil, suscitées surtout par la sonde à demeure, elles cessent au bout d'une demi-heure.

Pendant un instant de défaut de surveillance, l'enfant arrache la sonde, deux internes ont beaucoup de

mal à la remettre, l'enfant se débattant violemment.

10 juillet. Va bien, n'a pas vomi; supporte facilement la sonde : alimentation aisée, se faisant par l'injection, toutes les deux heures dans la sonde, à l'aide d'une seringue métallique, de 125 grammes de lait stérilisé.

11. A encore enlevé la sonde que cette fois on a remise très aisément, on lui attache les mains dans un manchon de toile, que l'on fixe avec de longs lacs au pied du lit.

Pansement : liquide puriforme d'aspect laiteux, peu abondant. Température rectale, matin 38 degrés, soir 39°8, avec facies vultueux.

12 juillet. Même liquide dans le pansement : le microscope y décèle des globules de pus avec de nombreux microbes, mais pas de lait : quelques râles trachéaux. Température, matin 38°2, soir 39°2.

13 juillet. Nuit plus agitée; cependant facies satisfaisant le matin : ne paraît pas malade. Léger point de côté droit : râles trachéaux et respiration bruyante, comme celle d'un trachéotomisé. Température, matin 39°2, soir 38°2. Potion Todd; révulsion sur le côté.

14 juillet. Ablation de la sonde : il vient manifestement des crachats par le drain, et en faisant boire l'enfant, on voit un tiers du liquide sortir par la plaie. Température, matin 37 degrés, soir 38°2.

15 juillet. Il passe moins de lait par la plaie : disparition définitive de la fièvre. Ablation du drain.

19 juillet. Ablation des points de suture : réunion parfaite, excepté à l'orifice du drain : quelques signes d'œdème glottique : voix ligneuse, toux dans la déglutition : quintes de toux parfois dans l'intervalle : ces dernières disparaissent quand on refait le pansement.

23 juillet. Il ne passe plus rien par la plaie, réduite, du reste, aux dimensions de l'ongle de l'auriculaire.

Le 27 juillet l'enfant quittait l'hôpital; nous l'avions amené à l'Académie, malheureusement un ordre du jour trop chargé nous empêcha de le présenter; plusieurs membres de l'assemblée ont pu cependant constater son état très satisfaisant : il déglutissait des potages, des œufs, et ce jour-là il mangea de la viande; depuis lors, la petite plaie s'est entièrement cicatrisée et la guérison est absolument complète (1).

Cette observation nous a paru digne de vous être communiquée, parce qu'elle montre la grande utilité des rayons de Röntgen, puisque, dans le premier cathétérisme, le chirurgien n'avait rien senti, alors que la pièce était réellement dans l'œsophage, et que ceux-ci l'ont décelée en un point où l'œsophagotomie a permis d'arriver avec une précision mathématique. Or, sans ce moyen d'investigation et si, comme c'est probable, un nouveau cathétérisme n'avait pas donné de renseignements précis, une intervention de la gravité de l'œsophagotomie externe aurait pu paraître téméraire, alors que, grâce à la découverte des rayons de Röntgen, elle était parfaitement légitime et a préservé cet enfant des ulcérations œsophagiennes trachéales ou aortiques qui surviennent parfois lors d'arrêt de corps étranger en ce point.

C'est, en effet, habituellement dans cette région dangereuse que s'arrêtent ces corps étrangers, comme le prouve le dessin que voici exécuté à la plume, d'après une pièce (2) recueillie au cours de nos études en 1883, par notre interne M. Gravier, qui s'est aidé d'un dessin fait à cette époque par un de nos amis, le docteur Raoult, actuellement laryngologiste distingué à Nancy.

On voit très aisément sur ce dessin la situation du corps étranger placé ici horizontalement, au niveau de la crosse de l'aorte, en arrière, par conséquent, de la bronche gauche : c'est là que se trouve le rétrécissement anatomique principal de l'œsophage : c'est là que s'arrêtent les corps étrangers.

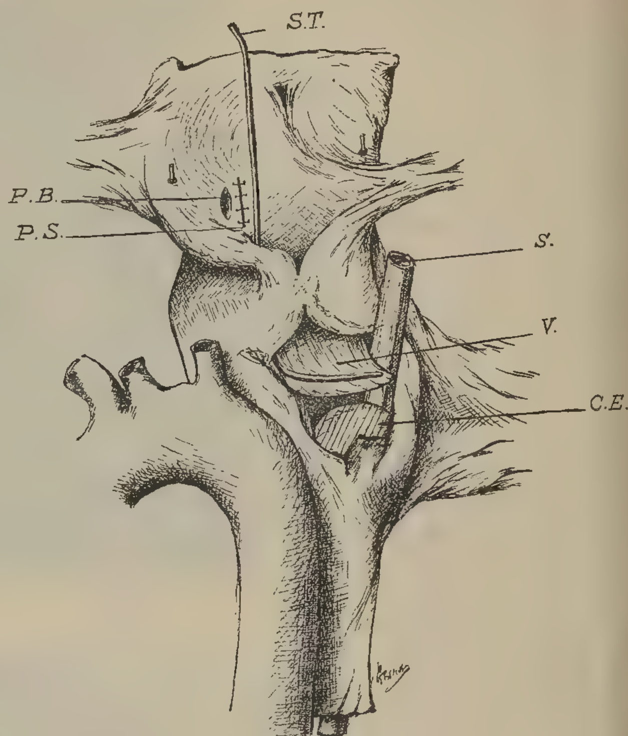



Fig. 3. — V, valvule; CE, corps étranger; PB, plaie béante; PS, plaie suturée; ST, stylet coudé; S, sonde.

Cette figure offre une particularité intéressante : c'est la présence d'un repli de la muqueuse, sorte de valvule que nous avons maintenue par un stylet, dans la situation qu'elle avait pendant la vie, cachant le corps étranger que la sonde et les pinces ne purent sentir. La sonde S qui émerge près de la valvule et sort par la partie inférieure, indique le trajet par lequel passaient les liquides alimentaires. Enfin, en PB et PS, on voit les orifices créés par le chirurgien, qui, croyant n'en avoir fait qu'un, ne sutura pas l'autre ; et c'est par là qu'à chaque mouvement de déglutition, les liquides s'échappèrent largement et déterminèrent un phlegmon septique qui, l'inanition aidant, emporta la malade en vingt-quatre heures.

Il s'agissait d'une fillette de sept ans qui, vingt et un mois avant, avait avalé la partie métallique convexe d'un bouton de 15 millimètres de diamètre : comme notre malade, pendant neuf jours elle ne put presque rien déglutir, puis quelques gouttes passèrent, mais si peu qu'elle devint squelettique; les selles étaient rares et noirâtres ; quand elle buvait il y avait une régurgitation immédiate, par contraction de la portion sus-jacente de l'œsophage. A l'auscultation, on entendait du souffle au niveau de la quatrième dorsale, mais à droite, tandis que chez notre opéré c'était à gauche.

L'autopsie démontra, outre les particularités déjà mentionnées, une perforation de l'œsophage de 2 centimètres sur 1 centimètre et demi, avec fortes adhérences pulmo-

(1) En janvier 1898, une lettre de son protecteur attestait un fonctionnement parfait des appareils digestif et respiratoire.

(2) Pièce présentée à la Société anatomique en juillet 1893 et déposée au musée Dupuytren sous le numéro 86A.

naires, représentées sur la figure : la lame correspondante du poumon est sclérosée.

Il nous a semblé utile de rapprocher ces deux cas parce qu'ils montrent bien les progrès réalisés par la radiographie. Il est certain que si Röntgen avait eu alors fait cette découverte, le chirurgien fixé d'une façon précise sur la situation exacte du corps étranger, aurait persisté dans ses investigations et peut être sauvé cette intéressante petite malade.

De même chez notre sujet, ce sont les photographies qui ont légitimé l'opération, puisque le cathétérisme n'avait donné aucune sensation entre les mains du premier chirurgien qui avait examiné l'enfant. Il est probable que la pièce qui s'était enchatonnée dans la paroi antérieure, avait déjà un peu ulcéré la muqueuse, et aurait un jour ou l'autre perforé la paroi, comme chez la fillette rappelée ci-dessus, et peut-être plus tard la bronche gauche ou la crosse aortique : éventualités redoutables et vraisemblablement mortelles. Il est donc permis de penser que c'est aux belles découvertes du professeur de Wurtzbourg que cet enfant doit la vie.

Malgré la sonde à demeure, il y a eu une légère désunion de la plaie œsophagienne : nous sommes tenté de mettre ce petit accident sur le compte de la réintégration difficile de la sonde le premier jour ; malgré cela, nous pensons que c'est une précaution utile et nous recommencerions, à l'occasion, en faisant toutefois attacher les mains dès le début.

Nous avons tenu à vous communiquer cette observation parce qu'elle constitue un document rare dans la science de la radiographie chirurgicale : en effet, vos Bulletins, à côté d'un volumineux faisceau d'applications des rayons X à différentes parties du corps, n'en contiennent qu'une seule ayant trait aux corps étrangers de l'œsophage : c'est l'observation qui vous a été communiquée par Péan, dans la séance du 8 décembre 1896 ; encore la pièce était-elle un peu moins bas, puisque, l'œsophage dénudé mais non ouvert, cet habile chirurgien la sentit avec les deux doigts placés latéralement et put la faire cheminer de bas en haut ; finalement il la saisit avec une de ses pinces courbes, et l'obtint par les voies naturelles. Nous sommes donc particulièrement heureux de vous apporter un fait qui vient premier après le sien, dans vos Bulletins.

---

## MÉDECINE PRATIQUE

### Traitement de la diarrhée grave des jeunes enfants (choléra infantile, diarrhée infectieuse du sevrage).

Sous ce titre, le docteur Lesage réunit les diarrhées, qui, d'emblée, ont un caractère de gravité, vu l'intensité des troubles digestifs et vu la rapidité et l'intensité de l'infection.

1° *Choléra infantile*. — Brusquement, une diarrhée simple devient intense, ou un enfant, en pleine santé, est atteint de troubles digestifs intenses. L'apparition rapide de vomissements abondants et de diarrhée intense, à caractères spéciaux, la durée courte, la déchéance organique rapide, due à l'infection, la mort fréquente, sont les signes spéciaux du choléra infantile.

L'enfant vomit beaucoup. La diarrhée peut exister seule, avec ses caractères. C'est l'entérite cholériforme. Elle est intense, profuse, verte biliaire au début, puis aqueuse, séreuse, incolore ou jaunâtre, imbibant les langes, et ne contenant qu'une petite quantité de matières solides. La réaction est alcaline ou neutre. Quand il existe des poussées biliaires, toutes les selles sont acides.

Le ventre est mou, flasque, sans tympanisme. Au début, il existe de l'agitation, de la fièvre (à 38 degré), la peau est chaude, puis bientôt, la température baisse, plus vite pour la température périphérique que pour la température centrale. L'algidité cholérique avec la cyanose apparaît. La mort est fréquente.

La cause la plus ordinaire est un microbe spécial qui, dans l'intestin, donne naissance au poison dit cholérique. Ce poison, étudié par Winter et Lesage, est cause de l'infection algide.

Le choléra infantile atteint plus souvent les enfants au biberon que les enfants au sein.

*Traitement*. — 1° Diète absolue, l'ingestion du lait augmente les troubles digestifs. On recommencera l'alimentation par la diète relative, quand les symptômes gastro-intestinaux seront presque disparus. Les premières prises de lait seront glacées.

Pendant cette diète absolue, donner du thé (100 à 200 grammes par jour), pour calmer la soif, ou des petits morceaux de glace.

2° Donner 20 à 30 grammes de cognac ou de rhum, de 4 à 8 prises dans la journée, pur, glacé, ou dans du café noir, une cuillerée à café de la liqueur alcoolique dans une cuillerée à soupe de café noir.

3° Bain chaud à 37 ou 38 degrés, matin et soir, durant dix minutes. On le sinapisera dans les dernières minutes. Friction légère et enveloppements chauds ou ouatés. Boules d'eau chaude.

4° *Médication*. — Au début, alors qu'il y a de la fièvre, et qu'il n'y a pas trace de collapsus, donner 1 centigramme de calomel toutes les deux heures dans une cuillerée d'eau durant douze heures.

Ou la potion suivante, par cuillerée à café, avec glace, toutes les demi-heures :

| | |
|---|---|
| Élixir parégorique. . . . . . | x gouttes ; |
| Acide lactique. . . . . . . . . | 2 grammes ; |
| Sirop simple ou de framboise. | 15 — |
| Eau. . . . . . . . . . . . . | 95 — |
| Essence de menthe. . . . . | II gouttes. |

On le mélange d'HCl et d'acide lactique :

| | |
|---|---|
| HCl ou acide lactique. . . . | 2 grammes. |
| Eau. . . . . . . . . . . . . . | 95 — |
| Sirop. . . . . . . . . . . . . | 75 — |

Durant la période d'algidité, 20 à 25 centigrammes de caféine dans de l'eau en 2 à 4 prises, seront souvent suivis d'un effet diurétique notable, et de l'élévation de la pression artérielle.

2° *Diarrhée infectieuse du sevrage*. — A la suite de l'ingestion d'une notable quantité d'aliments divers, que le tube digestif n'est pas encore apte à digérer, on peut voir survenir une diarrhée jaune ou gris fer, d'une odeur détestable et nauséabonde, accompagnée encore de vomissements. On note du tympanisme abdominal très marqué, avec un état général très intense [adynamie, coma, fièvre à 40 degrés (tant centrale que périphérique), état typhoïde, pas d'algidité, peau chaude, langue noirâtre, sèche, dyspnée (Sevestre), (congestion pulmonaire,) parfois convulsions (congestion méningée active]. La mort est fréquente. La cause relève des fermentations intestinales de ces aliments.

*Traitement*. — Le calomel à la dose de 25, 30 et 40 centigrammes à jeun est tout indiqué (Sevestre). Joindre la diète absolue passagère, les bains chauds et l'alcool. (*Méd. mod.*)

---

## MINISTÈRE DE LA GUERRE

**Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale.**

A la date du 2 juin 1898, le ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale aurait lieu en 1898 dans les conditions suivantes :

*Réserve.* — 282 médecins seront convoqués, savoir : 5 médecins-majors de deuxième classe ; 52 médecins aides-majors de première classe ; 225 médecins aides-majors de deuxième classe.

*Armée territoriale.* — 415 médecins seront convoqués, savoir : 35 médecins-majors de deuxième classe ; 180 médecins aides-majors de première classe ; 200 médecins aides-majors de deuxième classe.

Si les besoins du service de santé l'exigent, un certain nombre de médecins de réserve ou de l'armée territoriale pourront être appelés à toute époque de l'année pour faire une période normale d'instruction, soit dans les corps de troupes, soit dans les hôpitaux militaires ou les hospices mixtes.

Sous réserve de cette disposition, les médecins de réserve et de l'armée territoriale seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne ou en même temps que les régiments territoriaux, et quelle que soit leur affectation en temps de guerre ; ils accompliront leur période d'instruction dans un corps de troupes. Ceux que leur ordre de mobilisation attache aux corps de troupes seront appelés autant que possible avec les unités auxquelles ils appartiennent.

Quelques-uns d'entre eux pourront être désignés pour les formations sanitaires de campagne, qui seraient constituées au cours des manœuvres d'automne.

Les médecins de réserve ou de l'armée territoriale sont convoqués par le directeur du service de santé et sur le territoire du corps d'armée ou du gouvernement militaire dont ils relèvent par leur affectation. Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie, à la Tunisie ou à la Corse et résidant en France seront convoqués, après entente entre les généraux commandant les corps d'armée intéressés, dans la région de corps d'armée où ils ont fixé leur domicile.

C'est au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation que les médecins de réserve et de l'armée territoriale doivent adresser les demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir soit un sursis ou devancement d'appel, soit un changement de lieu de convocation ou une autorisation de stage sans solde.

Ce directeur statue sur les demandes dont il s'agit, à moins qu'elles ne tendent à l'accomplissement d'une période normale d'instruction ou d'un stage sans solde dans un corps d'armée autre que celui auquel les intéressés sont affectés.

Dans ce cas, les demandes, instruites d'abord par le directeur du service de santé du corps d'armée d'affectation, sont soumises à l'appréciation du général commandant le corps d'armée, qui les transmet en cas d'acceptation au général commandant le corps d'armée sur le territoire duquel les médecins désirent être convoqués.

Ce général statue sur les demandes qui lui sont adressées après avoir pris l'avis du directeur du service de santé de son corps d'armée.

Il demeure entendu que d'autres médecins du même grade seront convoqués à la place de ceux qui auront obtenu, en renonçant à leur solde, un changement de lieu de convocation.

Chaque médecin-chef dans les corps de troupes ou dans les hôpitaux a la charge d'assurer l'instruction technique des médecins de réserve ou de l'armée territoriale qui sont placés sous ses ordres.

Il les initie, dans la mesure du possible, aux habitudes et aux maladies du soldat, en les faisant participer effectivement, tant dans les garnisons qu'aux manœuvres, à l'exécution du service médical.

Leur instruction est complétée par la démonstration pratique du matériel sanitaire de mobilisation et l'étude des principales dispositions du règlement sur le service de santé en campagne.

Les médecins de réserve ou de l'armée de terre accomplissant une période normale ou un stage d'instruction sont notés dans les conditions déterminées par le règlement du 16 juin 1897 et l'instruction complémentaire du 1er mai 1898 pour l'inspection technique du service de santé.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 2 juin 1898, M. Annesley, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de Vincennes, a été désigné pour remplir, pendant les saisons thermales de 1898, les fonctions de médecin-chef de l'hôpital militaire de Vichy, en remplacement de M. le médecin principal de deuxième classe Yvert.

— Le concours des médecins du Bureau de bienfaisance vient de se terminer par les nominations suivantes :

IVe arrondissement, M. Morisse ; Ve arrondissement, M. Darin ; VIIe arrondissement, M. Mary ; IXe arrondissement, M. Lapointe ; XIe arrondissement, M. Cange ; XIIe arrondissement, M. Dubrueil ; XIIIe arrondissement, MM. Forestier, Archambault, Biart ; XVe arrondissement, M. Chastenet ; XVIIe arrondissement, M. Bonnemaison ; XVIIIe arrondissement, MM. Manheimer, Collet, Héron de Villefosse ; XIXe arrondissement, MM. Bodin, Lebas.

Dans les autres arrondissements, il n'y avait pas de place vacante, cette année.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. Durand, médecin titulaire à l'Hospice-Général, est nommé au même titre à l'hôpital Saint-André.

M. W. Dubreuilh, médecina-djoint à l'Hospice-Général, est nommé médecin titulaire au même hospice et mis en disponibilité sur sa demande.

M. Auché, médecin-adjoint à l'hôpital Saint-André, passe au même titre à l'Hospice-Général, en remplacement de M. W. Dubreuilh.

M. Sabrazès, médecin-adjoint à l'hôpital des Enfants, passe au même titre à l'hôpital Saint-André.

M. Bitot, médecin-adjoint à l'Hôpital-Général, passe au même titre à l'hôpital des Enfants.

— Un congé d'un an, sans solde, pour affaires personnelles, à compter du 14 juin 1898, à passer à la Nouvelle-Calédonie, est accordé à M. le médecin de première classe Fruitet (A.-S.-P.), médecin-major au 1er régiment d'artillerie de marine à Lorient.

M. le médecin de deuxième classe Baret, du 6e régiment d'infanterie à Brest, est destiné aux troupes de l'Indo-Chine, en remplacement de M. le docteur Forterre, affecté au 1er régiment d'infanterie à Cherbourg. M. le docteur Baret prendra passage sur le navire affrété partant de Marseille le 1er juillet 1898.

— La réunion mensuelle de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris aura lieu mercredi 8 juin, à huit heures et demie du soir.

— M. docteur S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Broca, reprendra ses leçons cliniques de gynécologie, le vendredi 10 juin, à dix heures du matin, et les continuera tous les vendredis à la même heure.

Opérations les lundis et mercredis à 10 heures.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie française vient de décerner une récompense de 500 francs à M. le docteur Maurice de Fleury, pour sa très intéressante : « Introduction à la médecine de l'esprit. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé, jusqu'au 31 octobre 1898, est accordé, sur sa demande, à M. Lannelongue, professeur de pathologie chirurgicale.

— Par arrêtés ministériels, en date du 6 juin 1898, sont déclarées vacantes les chaires :

1° De clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux ; 2° de zoologie de la Faculté des sciences de Nancy ; 3° de cryptogamie de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Par arrêtés ministériels, en date du 6 juin 1898, des concours s'ouvriront le 7 décembre 1898 :

1° Devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Angers ; 2° devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine d'Angers.

— Par décision ministérielle, en date du 7 juin 1898, un congé de trois mois, à solde entière, est accordé à M. le médecin de première classe Lallour, du cadre de Brest, entré à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce le 4 avril 1898, sorti le 30 mai suivant.

— Sont nommés membres de la commission supérieure de l'éducation physique de la jeunesse, instituée au ministère de l'instruction publique :

MM. le doyen Brouardel, les docteurs Demeny, professeur du cours d'éducation physique de la ville de Paris ; Lagrange ; Marey (de l'Institut), président de la Ligue de l'éducation physique ; Tissié, président de la Ligue girondine de l'éducation physique.

— M. le docteur Baigue est nommé médecin du lycée de jeunes filles, à Besançon (emploi nouveau).

— Le lundi 27 juin prochain, aura lieu, à l'hôpital Saint-Joseph, rue Pierre Larousse, 7, à Paris, un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et à plusieurs places d'internes provisoires. Pour les renseignements, s'adresser à M. le docteur Tison.

### FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 13 AU 18 JUIN 1898).

#### Examens de doctorat.

**LUNDI 13 JUIN 1898**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Humbert, Poirier et Walther.

1er examen (nouveau régime) : MM. Kirmisson, Rémy et Jalaguier.

2e examen (nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Hanriot et Sébileau.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Delens, Marchand et Delbet ; — (2e partie) : MM. Hayem, Fournier et Widal ; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Ricard et Delbet ; — (2e série) : MM. Terrier, Segond et Lejars ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Déjerine et Gaucher ; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire ; — M. Broca, suppléant.

**MARDI 14 JUIN**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Campenon, Rémy et Thiéry.

1er examen (nouveau régime) : MM. Polaillon, Quénu et Poirier.

3e examen (2e partie) : MM. Chantemesse, Letulle et Roger.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Ballet et Thoinot ; — M. Gley, suppléant.

5e examen (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Marie et Charrin ; — (2e série) : MM. Cornil, Debove et Gilbert ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Brun ; — (2e série) : MM. Panas, Peyrot et Nélaton ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Raymond et Marfan ; — M. Achard, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar.

**MERCREDI 15 JUIN**, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Poirier et Sebileau.

2e examen (2e partie) : MM. Rémy, Déjerine et Guébhard.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Segond, Lejars et Bonnaire.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Landouzy, Hanriot et Netter ; — M. Chassevant, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Marchand, Delens et Walther ; — (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Tuffier ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gilles de La Tourette et Widal ; — M. Jalaguier, suppléant.

**JEUDI 16 JUIN**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Bouilly et Albarran.

2e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Chantemesse, Peyrot et Gley ; — (2e série) : MM. Raymond, Polaillon et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Schwartz, Bar et

Thiéry; — (2e série) : MM. Le Dentu, Maygrier et Nélaton; — (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Netter et Ménétrier; — (2e série) : MM. Joffroy, Ballet et Thoinot.

4e examen, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Gilbert et André; — M. Hanriot, suppléant.

**VENDREDI 17 JUIN**, à une heure. — 1er examen (nouveau régime) : MM. Segond, Humbert et Sébileau.

2e examen (oral, 1re partie) : MM. Déjerine, Rémy et Poirier.

3e examen (oral, 1re partie) : Marchand, Jalaguier et Broca; — (2e partie) : MM. Potain, Gilles de La Tourette et Widal; — M. Ricard, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et Delbet; — (2e partie) : MM. Hayem, Gaucher et Thoinot; — M. Tuffier, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire; — M. Lejars, suppléant.

**SAMEDI 18 JUIN**, à une heure. — 2e examen (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu et Poirier; — (2e partie) : MM. Hanriot, Gley et Weiss.

3e examen (oral, 1re partie) : MM. Campenon, Brun et Maygrier; — (2e partie) : MM. Debove, Hutinel et Letulle; — M. André, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Berger, Peyrot et Nélaton; — (2e série) : MM. Polaillon, Schwartz et Thiéry; — M. Roger, suppléant.

5e examen (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Le Dentu et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Marie et Achard; — (2e série) : MM. Ballet, Gilbert et Ménétrier; — M. Marfan, suppléant.

5e examen (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Bar et Bouilly; — M. Chassevant, suppléant.

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 15 JUIN**, à une heure. — M. Rivier. De la diazo-réaction de Ehrlich; — M. Quidet. Essai historique sur les indices du début de la tuberculose pulmonaire (MM. Potain, président; Pinard, Gaucher et Varnier). — M. Cury. Hygiène sociale de la grossesse chez les femmes de la classe ouvrière (MM. Pinard, président; Potain, Gaucher et Varnier). — M. Cholous. Étude sur les déplacements de la glande lacrymale orbitaire; — M. Millot. Du traitement des gibbosités pottiques; — M. Baraduc. Traitement des kystes hydatiques abdominaux (MM. Tillaux, président; Kirmisson, Ricard et Broca).

**JEUDI 16 JUIN**, à une heure. — M. Mignon. Étude anatomo-clinique de l'appareil respiratoire et de ses annexes par les rayons de Röntgen (MM. Bouchard, président; Dieulafoy, Achard et Chassevant). — M. Oquendo. Contribution à l'édude de l'ozène (MM. Dieulafoy, président; Bouchard, Achard et Chassevant). — M. Pley. Extraction de la cataracte secondaire (procédé du professeur Panas); — M. Terrien. Recherches sur la structure de la rétine ciliaire et l'origine des fibres de la zonule de Zinn (MM. Panas, président; Mathias-Duval, Brun et Weiss). — M. Lucas. Contribution à l'étude des actions chimiques des courants électriques sur les tissus vivants (MM. Mathias-Duval, président; Panas, Brun et Weiss). — M. Lagorse. Diagnostic et traitement de la paralysie infantile par l'électricité (MM. Grancher, président; Budin, Charrin et Marfan). — M. Fouqueau. Observations d'accès d'éclampsie puerpérale et traitement (MM. Budin, président; Grancher, Charrin et Marfan). — M. Bardiaux. De l'acide osmique au point de vue thérapeutique (MM. Cornil, président; Debove, Marie et Roger). — M. Pol. De la dysostose cléido-cranienne héréditaire (MM. Debove, président; Cornil, Marie et Roger).

## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Landouzy a eu la parole sur la question de la prophylaxie de la tuberculose. Ainsi qu'il le disait dans son cours à la Faculté, en 1895, tout est à faire en cette matière. Complètement d'accord avec M. Grancher sur le fond même de la question, M. Landouzy ne s'en sépare que sur quelques points de détails. Il s'applique surtout à l'étude de la propagation de la tuberculose dans les collectivités humaines, telles que les grands magasins, les grands hôtels, les théâtres et surtout leurs coulisses, les commissariats de police, les bureaux de poste, etc. M. Landouzy pense que le crachoir individuel et collectif est un moyen d'une extrême importance, et il demande instamment à l'Académie de faire entendre au grand public sa voix autorisée pour en imposer l'usage dans toutes ces collectivités humaines, au milieu desquelles le bacille de Koch peut actuellement évoluer tout à son aise.

D'accord avec M. Grancher sur presque tous les points, en particulier sur la nécessité d'en finir avec les précautions sentimentales désastreuses qui consistent à cacher la vérité aux tuberculeux, M. Landouzy s'en sépare, cependant, bien nettement sur un point spécial, sur l'emploi de la tuberculine comme moyen de diagnostic précoce en médecine humaine. Il croit que c'est là un moyen précieux qui demande à être manié avec une extrême prudence, mais qui, en raison des renseignements qu'il peut fournir, mérite d'être pris en sérieuse considération dans certains cas douteux où, seul, il peut fixer le diagnostic.

M. Panas a fait un rapport sur un travail de M. Jonnesco, relatif à la résection du sympathique cervical dans le glaucome. La conclusion de M. Panas est que les observations sont en trop petit nombre et les résultats trop récents, en même temps que trop peu démonstratifs, pour qu'on puisse dès à présent adopter la sympathicectomie dans le traitement du glaucome, que celui-ci soit aigu, subaigu ou chronique simple.

M. Laborde a fait un rapport sur un travail de M. Weil, relatif à un nouveau traitement électrique de certaines affections de la peau et des muqueuses.

Au début de la séance, M. Follet (de Rennes) a rapporté l'observation d'un kleptomane syphilitique. Dans ces cas, M. Follet se demande s'il n'y a pas une relation de cause à effet entre la syphilis et la kleptomanie. La syphilis paraît avoir bon dos.

M. Delbet a lu un long travail sur la pseudo-luxation de la main. Il a montré une série de moulages représentant une déformation de la main qui suivit une luxation du carpe en avant. Or, il s'agit simplement d'une incurvation se produisant sur le radius, qui entraîne le cubitus.

L'Académie a nommé deux membres correspondants nationaux dans la première division, MM. Marvaud (de Toulouse) et Du Cazal (de Nice).

Elle s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante d'associé étranger. Voici la liste de présentation : en première ligne, M. Barella (de Bruxelles); en deuxième ligne, M. Petieri (de Galatz); en troisième ligne, M. Patrick-manson (de Londres); en quatrième ligne, M. Beausoleil (de Montréal).

---

## HOTEL-DIEU. — M. le professeur Duplay.

### Enchondrome de la parotide.

(Leçon recueillie par M. le docteur Clado.)

Vous avez pu examiner, dans le service, une femme qui se présente avec une tumeur de la parotide d'un diagnostic relativement assez facile, mais qui n'offre pas moins un assez grand intérêt.

La malade est une ménagère âgée de quarante-cinq ans, entrée à l'hôpital le 15 novembre, et couchée au n° 26 de la salle Notre-Dame.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant. Il n'existe pas de diathèse néoplasique dans la famille. Je passerai rapidement sur ses antécédents personnels, qui sont également sans aucune relation avec sa tumeur. Elle n'a eu aucune maladie dans l'enfance. Elle est réglée normalement depuis l'âge de quinze ans. A dix-huit ans, elle a eu la fièvre typhoïde; enfin, à vingt-cinq ans, elle a accouché normalement d'un enfant bien portant.

Il y a environ dix ans, elle a constaté, pour la première fois, et par hasard, la présence d'une tumeur du volume d'une petite noisette, située en arrière de l'angle gauche de la mâchoire inférieure. Cette tumeur était à cette époque, comme elle est restée par la suite, absolument indolente; elle a subi progressivement, mais très lentement, un accroissement continu, sans poussées irrégulières.

Il y a cinq ou six semaines, la malade s'est présentée au service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière, pour se faire traiter de polypes du nez dont elle souffrait depuis déjà quelque temps, et pour lesquels on lui prescrivit simplement des irrigations boriquées. Mais un des élèves de la consultation ayant remarqué la tumeur rétro-maxillaire, déjà d'un volume très appréciable, eut la malencontreuse idée de pratiquer dans son intérieur une injection de naphtol camphré.

On a très certainement pensé qu'il s'agissait d'une adénopathie tuberculeuse et c'est par suite de cette erreur de diagnostic que l'on a cru devoir faire cette injection, traitement qui, comme vous savez, s'adresse en général aux ganglions lymphatiques engorgés. Quoi qu'il en soit, l'injection de naphtol a été suivie immédiatement d'une poussée inflammatoire, se traduisant par une légère augmentation dans le volume de la tumeur, avec chaleur et douleur locales.

Ces accidents cessèrent heureusement au bout de quelques jours; mais l'attention de la malade était éveillée du côté de sa tumeur, et, désirant s'en faire débarrasser, elle ne tarda pas à demander son admission dans mon service.

Vous voyez, en somme, que l'histoire de sa maladie se réduit à fort peu de choses. Je vous signale dès à présent les fâcheux effets possibles de l'injection qui a été pratiquée dans la tumeur; loin de constituer un traitement anodin, une pareille injection est susceptible, dans certaines variétés de néoplasmes, dans certains sarcomes en particulier, de provoquer un accroissement extrêmement rapide de la tumeur ou bien de créer entre les tumeurs et le tissu ambiant des adhérences qui peuvent devenir le point de départ de difficultés au moment de l'extirpation.

L'examen de la malade nous fournit les renseignements suivants : Exactement située en arrière de l'angle gauche de la mâchoire, sur les limites des régions parotidienne et sous-maxillaire, la tumeur se présente sous la forme d'une

saillie hémisphérique du volume d'une mandarine. Assez régulière à sa surface, elle est recouverte par la peau et le tissu sous-cutané absolument sains et mobiles au-devant d'elle. Mais quoique paraissant sous-cutanée, cette tumeur présente manifestement des adhérences avec les plans profonds de la région, ainsi qu'il est aisé de s'en convaincre en examinant avec soin la mobilité de la tumeur Quand on la saisit entre les doigts, on peut lui imprimer des déplacements de 1 centimètre d'étendue environ, dans le sens antéro-postérieur. On peut encore assez facilement, quoique dans des limites plus restreintes, la mobiliser de bas en haut, mais lorsqu'on cherche à l'abaisser en la tirant de haut en bas, il est impossible de la mobiliser dans ce sens. Elle est retenue manifestement par le haut, du côté de la région parotidienne. Enfin si vous faites contracter le sterno-mastoïdien, vous voyez que la tumeur devient presque immobilisable, ce qui démontre ses adhérences avec les aponévroses de la région.

La tumeur, à cheval sur le bord postérieur de l'angle de la mâchoire, s'est creusée d'un sillon pour recevoir le bord correspondant du maxillaire. Sa partie superficielle déborde un peu, en avant, l'angle du maxillaire, et sa partie profonde s'insinue vraisemblablement sous cette partie de l'os. Mais, malgré ce rapport intime, il n'y a aucune adhérence entre l'os et la tumeur, puisqu'on peut la mobiliser dans presque tous les sens et la détacher du maxillaire en l'attirant en arrière et en dehors.

J'appelle votre attention sur un autre signe qu'on trouve souvent dans les néoplasmes de la parotide, c'est un frottement particulier, perceptible à la main, et, dans le cas qui nous occupe, perceptible même à l'oreille. Pour déceler ce symptôme, il faut saisir la tumeur et lui imprimer des mouvements en tous sens, surtout d'arrière en avant, tout en exerçant une légère pression dans la direction de l'os. C'est donc un bruit qui résulte du frottement de la tumeur contre la partie osseuse correspondante. Nous verrons bientôt sa valeur diagnostique.

La consistance générale de la tumeur est très dure, presque pierreuse ou osseuse. Toutefois, en exerçant avec un doigt une pression énergique à sa surface, on y constate une certaine élasticité, rappelant celle du cartilage. La tumeur est presque régulièrement sphérique et partout on retrouve cette consistance particulière que je viens de décrire. Seulement, à la partie antéro-inférieure, dans une étendue que recouvrirait à peine une pièce de 50 centimes, la forme est modifiée, ainsi que la consistance. Sur ce point, on découvre en effet une sorte de tumeur surajoutée, du volume d'une noisette et ayant une rénitence voisine de la fluctuation. Bien que très souvent on trouve au sein de pareilles tumeurs des parties plus molles, voire même fluctuantes, il est vraisemblable que, dans le cas présent, la partie ramollie est simplement le résultat de l'injection intempestive de naphtol camphré faite il y a cinq à six semaines, à l'hôpital Lariboisière. Cette partie correspond, au dire de la malade, au point où l'injection a été poussée, et de plus, la modification dont elle est le siège ne répond pas à la consistance générale du reste de la tumeur.

Pour terminer avec ce qui a trait à l'examen propre de la tumeur, j'ajouterai qu'elle jouit d'une indolence absolue; soit spontanément, soit à la pression, elle n'est le siège d'aucune sensation pénible.

Elle ne donne lieu, non plus, à aucun trouble fonctionnel. Les mouvements de la mâchoire ne sont nullement gênés, et, quel que soit l'écartement des maxillaires, la malade n'accuse pas la moindre douleur. Il n'existe pas non plus de troubles du côté de la sécrétion salivaire, laquelle s'effectue normalement. Enfin, quoique la tumeur occupe une région traversée par des vaisseaux et par des nerfs nombreux et importants, on ne relève des signes de compression d'aucun de ces agents. Les deux temporales battent normalement; les veines de la tempe ne sont pas engorgées; le nerf facial n'est pas paralysé et il n'existe pas d'anesthésie sur le territoire de la branche auriculaire ou mastoïdienne du plexus cervical, non plus que le long des branches du nerf auriculo-temporal.

Pour établir le diagnostic de cette tumeur, il importe avant tout d'être fixé sur son siège anatomique. Vous savez quelle importance j'attache à la détermination de ce siège, et je pourrais presque dire que le diagnostic d'une affection chirurgicale quelconque est à moitié fait lorsqu'on est parvenu à se rendre compte de sa localisation anatomique. Pour le cas présent, bien que la tumeur soit limitrophe des régions sous-maxillaire et parotidienne, on peut néanmoins arriver à démontrer que son point de départ a été la région parotidienne. Si mobile qu'elle soit, la tumeur n'est pas sous-cutanée, mais sous-aponévrotique; en effet, ses déplacements sont relativement limités; il nous est impossible de la détacher entièrement des parties profondes, et, lorsque nous faisons contracter le muscle sterno-mastoïdien, elle devient immobile. C'est là une preuve que la tumeur présente des connexions intimes avec l'aponévrose et qu'elle offre des adhérences profondes. Un dernier signe nous démontre qu'elle a son origine du côté de la loge parotidienne; nous avons fait remarquer, en effet, que, à l'état de repos du muscle sterno-mastoïdien, la tumeur est mobile dans tous les sens, sauf de haut en bas, il est impossible de lui imprimer le moindre glissement dans ce sens et de la déplacer par le bas. On doit donc en conclure qu'elle se trouve rattachée à la région parotidienne par une sorte de prolongement au-dessus de l'angle de la mâchoire.

On ne saurait penser un seul instant à une origine osseuse, bien qu'elle présente une consistance très dure et qu'elle offre des rapports immédiats avec l'angle de la mâchoire.

Nous avons vu, en effet, qu'elle est mobile sur le plan osseux et que, par les mouvements qu'on lui imprime, on provoque un bruit de frottement perceptible au doigt et à l'oreille.

Ce bruit de frottement est dû à l'existence d'une bourse séreuse accidentelle entre le bord postérieur de la mâchoire et la tumeur séparant celle-ci de l'os, et développée sur ce point par suite des mouvements incessants de la mâchoire et des frottements continuels qui en résultent entre l'os et le néoplasme. Sans doute, une bourse séreuse, même accidentelle, ne devrait pas normalement être le siège de frottements pendant les mouvements des organes entre lesquels elle facilite le glissement. Mais à la longue, il arrive souvent que des altérations secondaires se développent dans de pareilles bourses séreuses et donnent lieu à des frottements de ce genre. C'est certainement ainsi que les choses se sont passées dans le cas de notre malade.

En ce qui concerne la nature de la tumeur, si l'on fait abstraction du point ramolli qui siège à la partie antéro-inférieure et sur lequel je me suis suffisamment expliqué, nous pouvons d'abord affirmer qu'il s'agit d'une tumeur solide et même extrêmement dure, rappelant la consistance de la

pierre, de l'os ou mieux du cartilage ; on trouve, en effet, surtout dans les couches superficielles, cette élasticité propre au tissu cartilagineux.

De ce fait, on exclura donc du diagnostic, sans discussion, non seulement toutes les tumeurs bénignes ou malignes, ayant une consistance plus ou moins charnue, telles que les fibromes, les sarcomes, les myomes, les tumeurs encéphaloïdes ou squirrheuses.

La discussion du diagnostic se trouve circonscrite dès lors entre une tumeur osseuse, un calcul ou une tumeur cartilagineuse de la région parotidienne.

Serait-ce un calcul de la glande parotide ? Sans parler de la rareté des calculs intra-glandulaires de la parotide, je vous ferai remarquer que les gros calculs salivaires siègent au voisinage, sinon dans l'intérieur du canal de Sténon, et, pour ma part, je ne connais pas d'exemple de calcul placé aussi loin du canal excréteur de la parotide. D'ailleurs, s'il s'agissait d'un calcul, sa présence aurait dû déterminer un certain nombre d'accidents, tels que trouble dans la sécrétion salivaire, douleurs, poussées inflammatoires, si fréquentes dans les calculs salivaires. Tandis que notre malade n'accuse aucun phénomène semblable dans l'évolution clinique de sa tumeur.

La dureté de la tumeur pourrait faire penser à une exostose, et, étant donné le siège qu'elle occupe, cette exostose ne pourrait provenir que de l'angle du maxillaire inférieur. Or, nous avons démontré l'absence de toute continuité entre la mâchoire et la tumeur qui sont séparées l'une de l'autre par une bourse séreuse, ainsi qu'en témoigne le bruit du frottement.

Mais, tout en excluant l'exostose, notre tumeur pourrait être constituée, en partie du moins, par du tissu osseux, ou même par de la substance calcaire en vertu d'une transformation, d'une dégénérescence, qu'il n'est pas rare d'observer au cours de l'évolution de certains néoplasmes.

Or, parmi les tumeurs qui subissent assez fréquemment cette dégénérescence, l'enchondrome tient la première place, et comme, d'autre part, cette variété de néoplasme se rencontre assez souvent dans la parotide, il y a déjà de fortes présomptions en faveur de ce diagnostic, qui se trouvera confirmé, si l'on veut bien se rappeler que la tumeur de notre malade présente les caractères cliniques, généralement attribués à l'enchondrome de la parotide.

Ces caractères, que je rappelle sommairement, sont la consistance particulière du néoplasme (dureté et élasticité), sa mobilité, son indolence absolue, ses relations avec l'aponévrose et la région parotidienne, et, par-dessus tout, la marche extrêmement lente de son évolution.

L'*enchondrome*, ou mieux le *chondrome*, est une tumeur dont l'élément fondamental est représenté par du cartilage, tumeur pouvant se développer au dépens du squelette ou des parties molles, et particulièrement au dépens des organes glandulaires — glandes salivaires, labiales, parenchymes glandulaires tels que testicule, poumon, etc. La masse néoplasique est, d'ordinaire, entourée d'une capsule fibreuse, qui l'isole nettement des parties ambiantes. C'est même là une circonstance heureuse qui permet une énucléation facile au cours de l'opération.

Sans vouloir entrer dans des détails d'histologie qui seraient hors de notre cadre, je vous rappellerai que les chondromes, surtout dans la région parotidienne, sont rarement formés exclusivement par du tissu cartilagineux. D'ordinaire, le tissu fibreux prend une part plus ou moins grande dans sa composition, si bien qu'à une certaine époque, il s'est élevé une discussion sur la place à assigner au chondrome dans une classification histologique : les uns, avec Bouchet, proposant de le ranger parmi les fibromes, et les autres soutenant sa nature cartilagineuse. En considérant ces tumeurs, du moins en ce qui concerne la parotide, comme des fibro-chondromes, on se rapproche de la vérité, tout en leur reconnaissant, néanmoins, une origine cartilagineuse.

Certaines de ces néoplasies peuvent subir, à la longue, différentes transformations histologiques : la dégénérescence myxomateuse peut envahir la tumeur par places, dans une portion plus ou moins étendue ou même dans sa totalité ; d'où la formation de points ramollis, de véritables kystes à contenu gélatineux ; la transformation graisseuse, par îlots au sein de la tumeur, n'est pas rare. Inversement, on peut voir se développer dans la masse du néoplasme des trabécules de substance homogène, infiltrées de granulations calcaires, et parsemées de corpuscules anguleux qui rappellent les ostéoplastes ; c'est là une dégénérescence calcaire, une sorte d'évolution incomplète vers l'ossification, et qu'on désigne en histologie sous le nom de *transformation ostéoïde*. Ajoutons qu'il n'est pas rare de trouver, dans une même tumeur, un mélange de ces différentes transformations. Mais il importe de faire ressortir ce fait que, malgré ces différentes transformations, la nature de la tumeur n'est pas sensiblement modifiée, c'est-à-dire qu'elle conserve, en général, des caractères de bénignité.

Mais il n'en est pas toujours ainsi ; il existe un groupe de tumeurs de la parotide qui, tout en présentant les caractères de la bénignité, comme les chondromes ou fibro-chondromes dont je viens de parler, subissent parfois des transformations susceptibles de modifier complètement leur pronostic.

Ces tumeurs dites *mixtes*, dans la constitution desquelles le cartilage entre encore en proportions variables, renferment dès leur origine des éléments épithéliaux — adénome — et des éléments conjonctifs, à type sarcomateux ou myxomateux. Ces différents éléments occupent au sein de la tumeur fibro-chondromateuse des îlots plus ou moins étendus, plus ou moins nombreux.

Ces tumeurs mixtes, à une période plus ou moins avancée de leur évolution, peuvent changer de caractère, par suite du développement rapide des éléments variés et d'essence maligne, qui prennent part dans leur constitution. Dès lors, la néoplasie qui offrait à son début les apparences cliniques de la bénignité, évolue subitement à la façon des tumeurs malignes.

Chez notre malade, il ne paraît pas que l'on soit en présence d'une de ces tumeurs mixtes et la consistance uniforme du néoplasme, sa marche lentement progressive permettent d'affirmer le diagnostic de fibro-chondrome en dégénérescence calcaire ou ostéoïde, c'est-à-dire tumeur d'essence bénigne. Seul le petit point ramolli siégeant à la partie antéro-inférieure de la tumeur pourrait faire craindre un commencement de ramollissement et d'évolution inquiétante, mais on écartera rapidement cette hypothèse, si l'on tient compte de la dureté uniforme du reste de la tumeur.

En effet, dans les tumeurs mixtes qui évoluent à la façon des tumeurs malignes, au lieu d'une consistance uniformément dure, comme chez notre malade, on trouve, à côté d'îlots offrant la dureté du cartilage, des portions dont la consistance est celle du fibrome, du myxome, du sarcome, etc.

Bref, la consistance de ces néoplasmes est essentiellement inégale.

Enfin, nous avons une explication très satisfaisante de la présence de ce point ramolli, circonscrit, dans ce fait que je vous rappelle, savoir l'injection intempestive de naphtol camphré, pratiquée au sein du néoplasme, il y a quelques semaines.

On sait peu de chose sur la pathogénie de ces tumeurs lorsqu'elles se développent dans les régions où il n'existe pas normalement de cartilage. Toutefois, des inclusions fœtales hétérotopiques pourraient expliquer l'origine de l'enchondrome dans les parenchymes glandulaires. En ce qui concerne la parotide, on invoque la présence de débris du cartilage de Meckel; mais cette hypothèse est loin d'être démontrée.

Le pronostic découle des considérations anatomiques sur lesquelles je viens d'insister longuement. Le chondrome pur ou fibro-chondrome est une tumeur bénigne, et qui reste bénigne pendant toute son évolution. Les tumeurs mixtes, au contraire, même si elles renferment des portions plus ou moins importantes de tissu cartilagineux, comportent un pronostic incertain. Fréquemment, après une marche très lente, on les voit subir une transformation rapide. Après dix ou ou douze ans, pendant lesquelles elles évoluent à la façon des tumeurs bénignes, elles augmentent subitement de volume et, une fois enlevées, récidivent localement ou à distance, principalement du côté du poumon.

Il faut donc se défier des tumeurs solides de la parotide, quelque lente que soit leur marche. Il faut redouter l'apparition d'une seconde période à marche rapide, pendant laquelle le néoplasme affectera tous les caractères cliniques de la malignité.

Chez notre malade, le pronostic est bénin. La dégénérescence calcaire ou ostéoïde est peu redoutable, et le néoplasme chez elle, depuis dix ans d'existence, n'a pas subi un grand accroissement. Il ne me paraît donc pas qu'on doive rien craindre pour l'avenir, ce qui ne m'empêchera pas, d'ailleurs, d'intervenir immédiatement.

Il n'existe qu'un seul traitement pour les tumeurs de ce genre, l'ablation totale. En présence de toute tumeur de la parotide, même petite, on doit conseiller l'opération en raison des considérations que j'ai fait valoir en traitant du pronostic de ces néoplasmes. On a fait une remarque très importante concernant le pronostic opératoire. Non seulement les tumeurs petites et à évolution lente, comme le chondrome pur, une fois enlevées ne récidivent plus, mais même les tumeurs mixtes bénéficient semblablement de l'extirpation, pourvu qu'elles soient enlevées pendant leur première période d'évolution lente, autrement dit avant l'apparition des caractères de malignité. Par contre, les tumeurs mixtes enlevées tardivement, à l'époque où elles commencent à évoluer avec rapidité et présentent déjà des caractères de malignité, récidivent fréquemment, et sont susceptibles de se généraliser.

Le pronostic opératoire, chez notre malade, est tout à fait favorable. Comme il s'agit, je le répète, d'un chondrome pur, la récidive et la généralisation ne sont pas à craindre.

Le procédé opératoire que nous allons suivre est des plus simples. Une incision nous mènera sur la tumeur, qui sera saisie avec une pince de Museux et séparée, par dissection, des parties ambiantes. Étant donné la richesse vasculaire de la région, la présence de nombreux filets nerveux et surtout du facial, on pourrait craindre les lésions d'un ou de plusieurs de ces organes. Il n'en est rien, car la capsule qui entoure ces tumeurs est un sûr garant contre tout accident de ce genre. Il nous suffira de suivre cette capsule pour énucléer la tumeur. Parfois le tissu qui sépare la tumeur des parties voisines est tellement lâche, que le manche du scalpel ou le doigt suffisent pour opérer son énucléation.

Pour la présente tumeur, la forme de l'incision et le mode d'extirpation ont peu d'importance en raison de son volume; mais pour les tumeurs volumineuses et pour celles qui sont haut placées, il faudra faire l'incision à la partie postérieure du néoplasme, près du pavillon de l'oreille, de façon à cacher la cicatrice autant que possible. En ce qui concerne l'extirpation proprement dite, j'ai conseillé, il y a longtemps, d'énucléer le néoplasme de bas en haut, de façon à ne pas avoir à lier les vaisseaux deux fois.

Comme la tumeur est irriguée par les vaisseaux qui viennent d'en bas, ceux-ci sont les premiers liés quand on aborde le néoplasme par en bas, et le reste de l'opération se fait presque à blanc.

---

## PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

### Agglutination du bacille de la tuberculose vraie (1).

Par M. Arloing,

Associé national de l'Académie de médecine.

M. Ledoux-Lebard avait étudié l'agglutination du streptobacille de la pseudo-tuberculose par le sérum de lapins pseudo-tuberculeux; mais personne, à ma connaissance, n'avait signalé l'agglutination du bacille de la tuberculose vraie avant ma communication au Congrès de médecine interne tenu cette année à Montpellier (13 avril 1898). Depuis, M. Dubard a fait savoir qu'il avait observé ce phénomène de son côté (Société de biologie, 30 avril 1898). La condition préalable nécessaire était l'obtention d'émulsions bien homogènes de bacilles de Koch. On a pu voir comment je suis parvenu à me les procurer (Comptes rendus, séance du 9 mai 1898).

Je vais donner aujourd'hui le résumé de mes expériences capitales sur ce sujet :

I. Le bacille de Koch peut être agglutiné par certains sérums; sous ce rapport, il a des réactions analogues à celles de plusieurs autres microbes pathogènes.

Si, à quelques gouttes de culture ou d'émulsion homogène de bacilles, déposés dans un petit tube *ad hoc*, on ajoute 1/10 de sérum sanguin de chèvre saine et vierge de toute inoculation, on ne provoque pas d'agglutination, tout au plus voit-on se déposer au fond du tube quelques fins grumeaux en douze à seize heures. Si l'on substitue à ce sérum celui de chèvres ayant reçu une longue série d'injections sous-cutanées de tuberculine ou de bacilles de Koch plus ou moins virulents, le phénomène de l'agglutination se manifeste rapidement avec une grande intensité et d'une manière complète.

On voit aussi le léger pouvoir agglutinant naturel du sérum de l'âne s'accroître considérablement sous l'influence des mêmes injections.

II. J'ai fait agir sur des émulsions de bacilles le sérum d'individus normaux appartenant à des espèces différentes. Il semble que le pouvoir agglutinant du sang normal soit

(1) Communication à l'Académie des sciences.

en raison inverse de l'aptitude des espèces à contracter ou à supporter la tuberculose. Ainsi il est nul dans le sang du cobaye et du lapin, animaux facilement tuberculisables, très léger dans le sang de la chèvre, plus accusé dans le sang du bœuf et de l'âne, très marqué dans le sang du cheval, animaux qui présentent exceptionnellement la tuberculose ou qui la subissent, souvent, sans de très grands dommages.

III. Le sérum, rendu fortement agglutinant par des injections sous-cutanées de bacilles de Koch ou de tuberculine, agglutine aussi très bien les cultures en milieu liquide ou les émulsions homogènes du bacille de la tuberculose aviaire et, en particulier, de la tuberculose du pigeon.

Je ne voudrais pas tirer de ce fait une déduction rigoureuse; cependant, je dirai qu'il plaide en faveur de l'opinion de plus en plus accréditée, que le bacille de la tuberculose aviaire est une simple variété du bacille de Koch.

IV. L'action de mes sérums agglutinants s'exerce également bien sur les bacilles en voie d'évolution dans du bouillon glycériné. A des ballons garnis de bouillon et ensemencés, j'ai ajouté 1/4, 1/3, 1/2, de sérum agglutinant de sang de chèvre. Au point de vue de la quantité, la culture a été remarquable dans chaque ballon. Seulement, les bacilles s'agglutinaient au fur et à mesure de leur développement, de manière à former de petits grumeaux qui se déposaient immédiatement sur le fond. Au-dessus de la couche de prolifération, le bouillon restait clair et transparent. Le phénomène était au maximum dans le ballon chargé d'un quart de sérum sanguin.

V. Les chèvres qui me fournissaient du sérum agglutinant étaient en expérience depuis fort longtemps. J'ignorais le moment où leur sérum avait acquis cette propriété. J'ai cherché à le déterminer par une expérience suivie pas à pas. J'ai cherché aussi à faire apparaître le pouvoir agglutinant dans le sang du lapin.

Le 31 mars 1898, j'entreprenais des injections de tuberculine brute sous la peau d'une chèvre et d'un lapin et d'émulsions de bacilles sous le derme de sujets de cette dernière espèce. Avant le 12 avril, tous jouissaient du pouvoir agglutinant. La chèvre avait reçu 6 centimètres cubes de tuberculine brute; le lapin, 25 gouttes; un autre lapin, 6 grumeaux de bacilles de Koch faisant au total le volume d'une noisette.

Le pouvoir agglutinant peut donc naître et se développer en peu de temps par ces procédés.

VI. Je me suis appliqué ensuite à déterminer le parti que l'on pourrait tirer de l'agglutination du bacille de Koch dans le diagnostic ou le pronostic de la tuberculose sur l'homme, m'inspirant des observations de M. Widal et de M. Paul Courmont sur le pouvoir agglutinant du sang des typhiques à l'égard des cultures du bacille d'Eberth.

Pour donner à mes essais plus de netteté, j'ai eu soin d'opérer avec le sérum et non avec le sang complet. Les quelques gouttes de sang, obtenues d'une piqûre à la lancette, étaient donc abandonnées à elles-mêmes dans un petit tube de verre; elles laissaient transsuder naturellement leur sérum, ou bien j'écrasais le caillot et je soumettais le tube à l'action de la force centrifuge. Le sérum était ajouté aux émulsions dans la proportion de 1/10, parfois de 1/5; l'observation prenait fin au bout de vingt-quatre heures.

Dans mes premiers essais, j'ai fait agir sur les émulsions : 1° du sérum de personnes saines en apparence; 2° du sérum de personnes offrant les symptômes de la tuberculose pulmonaire; 3° du sérum de personnes atteintes d'une variété de la tuberculose chirurgicale; 4° du sérum de malades ayant des affections diverses, mais dont quelques-unes étaient peut-être superposées à la tuberculose. J'ai distingué trois sortes de résultats : agglutination et clarification parfaites, agglutination et clarification incomplètes, agglutination et clarification nulles et insignifiantes.

Voici le pourcentage dans chaque catégorie : le sérum des personnes atteintes ou supposées atteintes de tuberculose pulmonaire vraie agglutine 94 fois sur 100, 57 fois d'une façon parfaite, 37 fois incomplètement; prélevé sur des malades frappés de tuberculose chirurgicale, il agglutine 91 fois sur 100, 35 fois parfaitement, 56 fois incomplètement; venant de malades divers, il agglutine 32 fois sur 100, 11 fois très bien, 21 fois imparfaitement; enfin, retiré de personnes supposées saines, il agglutine seulement 22 fois sur 100, 11 fois très bien et 11 fois incomplètement.

La proportion des résultats positifs indiquée ci-dessus permet d'espérer que l'on pourra tirer parti, en clinique, de l'agglutination du bacille de Koch. L'avenir nous dira la raison pour laquelle le phénomène paraît quelquefois en défaut. Je poursuis de nouveaux et nombreux essais avec cet objectif.

---

## MODES DE GUÉRISON
### DE L'HYPERTROPHIE SÉNILE DE LA PROSTATE

Par le docteur A. Guépin,
Ancien interne lauréat des hôpitaux,
Membre de la Société de médecine de Paris.

L'ensemble et le détail des soins minutieux à opposer aux symptômes et aux causes de l'hypertrophie sénile de la prostate — ensemble et détails sur lesquels j'insiste depuis plusieurs années dans de nombreuses publications — permettent d'obtenir souvent une amélioration considérable, une sorte de guérison relative et, parfois même, une guérison absolue des troubles fonctionnels de la miction comme de la prostatomégalie constatée par le cathétérisme et le toucher rectal.

La guérison *absolue* est rare. Elle n'est possible qu'aux deux premiers stades anatomo-pathologiques de l'évolution des lésions prostatiques; encore faut-il, au deuxième stade, que la régression de la sclérose périglandulaire commençante survienne totalement. Mais tant que la prostate est seule en cause, tant que ses modifications semblent rester justiciables des procédés curatifs dont nous disposons, on doit rechercher et on peut espérer la guérison absolue. Au fur et à mesure que diminue le gonflement prostatique, la vessie se vide mieux, les besoins d'uriner s'espacent; le toucher rectal permet de suivre pas à pas les progrès que révèle le rétablissement bientôt complet de la miction volontaire, la glande donnant au doigt qui l'explore la sensation d'un organe sain et de dimensions normales. Il peut même, à la longue, y avoir atrophie vraie, c'est-à-dire disparition de l'élément noble (ou sécrétoire), sans prolifération du stroma; et il ne faut pas confondre la prostate atrophiée physiologiquement avec des prostates de faible volume envahies par la sclérose et, de ce fait, absolument pathologiques.

Dans ces circonstances heureuses, le malade guéri n'a plus qu'à observer les principes de l'hygiène. Mais de pareils exemples restent l'exception, parce qu'il est de règle

que l'hypertrophie sénile s'établisse et se constitue presque insidieusement, et parce qu'un homme ne consent point souvent à se soigner avec rigueur pendant longtemps, alors qu'il ne se croit pas très malade.

La guérison *relative*, plus fréquente, et dont il faut savoir encore souvent se contenter, présente deux modalités :

1° La prostate remplie de dilatations glandulaires infecées avec sclérose périglandulaire déjà accentuée, sous l'influence favorable du traitement, perd en partie de son volume. La rétention du début apparent des accidents n'est plus à craindre; l'excitation vésico-uréthrale (fausse cystite) est calmée. Le malade urine seul, à des intervalles suffisamment longs, sans efforts; les urines sont presque claires. Une fois par jour, il passe une sonde qui pénètre avec facilité, la prostatomégalie étant médiocre. Il constate alors qu'il y a toujours un certain degré de stagnation d'urine, que cette urine est souvent chargée de mucosités prostatiques et qu'un lavage est nécessaire pour évacuer le réservoir urinaire. D'autres ne passent la sonde que tous les deux ou trois jours; certains ont un écoulement uréthral dont la présence est leur sauvegarde. Mon maître Reliquet, et moi, avons publié en particulier, dans notre étude sur les *Glandes de l'urèthre* (Paris 1894), beaucoup d'observations se rapportant aux cas précédents et suivants.

Si, en prenant de très sévères précautions d'antisepsie dans le cathétérisme et en suivant un régime approprié, ces malades peuvent ainsi, pendant des années, jouir d'une existence à peu près normale, à la moindre faute, ils ont facilement des orchites, des poussées de prostatite. La terminaison fatale survient ordinairement par la production du foyer infectieux prostato-génital; ils meurent de leur prostate seule, point de départ des accidents d'infection générale.

2° Lorsque la régression, au moins partielle, de la prostatomégalie ne peut être obtenue et que les cavités glandulaires restent remplies de sécrétions stagnantes, la sclérose totale de la prostate constitue une deuxième forme de guérison relative. Il est donc, à tout prendre, heureux quelquefois de voir la glande bosselée devenir uniformément dure, de constater qu'à la place des dilatations glandulaires se trouvent des noyaux fibreux dont la compression ne chasse aucun liquide au méat. Car si le malade ne peut uriner sans la sonde, si le cathétérisme est souvent difficile en raison du volume et de la déformation de la prostate, la vessie distendue par l'urine est dans un état de passivité absolue. Il n'y a plus de vrais besoins d'uriner; à peine une pesanteur anormale prévient-elle deux ou trois fois par jour qu'il est temps de vider le réservoir urinaire. Les orchites sont rares, l'infection générale exceptionnelle. La survie peut être considérable, avec une santé en apparence excellente.

Les complications de toute nature, qui surviennent si facilement chez les vieux prostatiques, sont parfois un obstacle à la guérison ou à l'amélioration très notable que l'on obtient souvent chez ceux qui se soignent avec méthode. Il y a donc, à côté des formes que nous décrivons, des variétés individuelles dont une courte revue d'ensemble ne saurait nécessairement tenir compte.

En somme, si la guérison absolue est rare, elle est possible; elle deviendra, avec le temps, d'autant plus fréquente que l'on commencera plus tôt le traitement, que l'on connaîtra mieux la puissance des ressources thérapeutiques que j'ai eu souvent l'honneur de défendre devant l'Académie et qui diffèrent tant des interventions sérieuses dans leurs conséquences, incertaines d'ailleurs dans leurs résultats, et dont l'action, à réserver pour des cas spéciaux, n'est sûrement que palliative. Les guérisons relatives ont aussi leur importance. Il est évident que, malgré tout, ces malades n'oublieront jamais, sans danger immédiat, les précautions multiples nécessitées par leur état local; mais ils vivront, et beaucoup vivent de la vie commune, sans souffrances, avec quelques ennuis et à peine une infirmité.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Technique des frictions salicylées dans le rhumatisme.

La méthode des frictions salicylées, dans le traitement des différentes affections rhumatismales, s'est rapidement généralisée, surtout après les recherches de MM. Linossier et Lannois (de Lyon). Un élève de Nancy, M. Husson, l'a spécialement étudiée dans sa thèse. Voici la technique qu'il conseille :

La pénétration de l'acide salicylique à travers la peau est grandement favorisée lorsqu'il est incorporé à un corps gras et surtout à un corps gras se rapprochant de la matière grasse contenue dans le sébum. Pratiquement, il faut surtout employer, selon M. Husson, une pommade salicylée ayant pour excipient principal la lanoline, additionnée si l'on veut d'un peu d'essence de térébenthine. L'onguent sera ainsi peu fluide et remplira les conditions requises pour le maximum d'efficacité des frictions.

M. Husson emploie la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique finement pulvérisé. | 10 gr. |
| Essence de térébenthine. | 10 gr. |
| Lanoline. | 80 gr. |

Quant au mode d'emploi de la pommade, voici quelques précautions à prendre. Nettoyer par un savonnage la partie à recouvrir pour enlever l'enduit sébacé superficiel. La friction doit durer au moins cinq minutes. Il est contre-indiqué de raser les poils au préalable, puisqu'on se priverait ainsi d'un élément important de traction et de tiraillement de la peau. Puis on enveloppera de coton la partie frictionnée afin d'y maintenir une température assez élevée. Les frictions seront renouvelées tous les jours.

Un inconvénient, léger à vrai dire, de la méthode, consiste dans la desquamation de l'épiderme en conséquence de l'action dissolvante exercée par l'acide salicylique sur la couche cornée. Mais cette desquamation n'arrive guère qu'après cinq ou six jours, alors que l'effet thérapeutique est déjà produit. En tout cas, elle n'est point douloureuse et ne doit point nécessiter la suspension du traitement.

### Solution de chlorhydro-phosphate de chaux créosotée.

| | |
|---|---|
| Phosphate de chaux bi-calcique. | 8gr80 |
| Acide chlorhydrique Q. S. environ. | 7gr20 |
| Créosote officinale | 4 grammes. |
| Alcool à 95 degrés. | 50 — |
| Eau distillée. | Q. S. |

Pour faire 500 centimètres cubes de solution.

Faites dissoudre le phosphate de chaux dans la moitié de l'eau environ à l'aide de l'acide chlorhydrique, en ayant soin de laisser une petite quantité de phosphate non dissous. Ajoutez la créosote dissoute dans l'alcool et complétez avec de l'eau distillée pour obtenir un volume de 500 centimètres cubes.

Une cuillerée à potage de cette solution contient environ

25 centigrammes de phosphate bi-calcique en solution chlorhydrique et 10 centigrammes de créosote. Elle doit être additionnée d'eau pour être plus facilement digérée.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### LECTURE

**Kleptomanie et syphilis.** — M. Follet (de Rennes) rapporte l'observation d'une femme du meilleur monde, âgée d'une cinquantaine d'années, kleptomane depuis une dizaine d'années. Elle a déjà subi deux condamnations pour vol. Il est à remarquer que les vols ont toujours été commis avec préméditation. L'auteur serait tenté d'attribuer ce trouble psychique à une syphilis ancienne caractérisée aujourd'hui par des gommes.

**Pseudo-luxation de la main.** — M. Delbet montre une série de moulages sur lesquels on peut observer une déformation de la main simulant une luxation du carpe en avant. Or, dans ces cas, il ne s'agit pas de luxation de la main mais d'une incurvation de cause inconnue se produisant sur le radius qui entraîne le cubitus; celui-ci se luxe alors sur le pyramidal. D'où production de cet aspect particulier.

### RAPPORT

**Un nouveau traitement électrique de certaines affections de la peau et des muqueuses.** — M. Laborde fait un rapport sur un travail de M. Weil, sur ce sujet.

Depuis plusieurs années déjà, on a introduit dans la thérapeutique dermatologique l'effluvation et même les étincelles statiques; c'est ainsi que les prurits cutanés, les ulcères variqueux, les acnés, l'impétigo, les eczémas en ont retiré les meilleurs effets.

Mais cette méthode a l'inconvénient d'être parfois assez lente à produire la guérison définitive.

Plus récemment, M. Oudin a préconisé un autre procédé et il a utilisé, dans le traitement des maladies de la peau, les courants de haute fréquence de M. d'Arsonval dont il élève la tension à l'aide de son résonnateur : en y reliant une électrode convenable, brosse métallique ou tige de métal recouverte d'un manchon de verre, on obtient soit des étincelles, soit un effluve très puissant qui peuvent amener la guérison des dermatites prurigineuses ou suintantes en très peu de temps.

Mais on peut aussi obtenir, dans certaines conditions, avec une machine statique, des courants et des effluves de haute fréquence comparables mais non analogues à ceux que donne le résonnateur adapté aux appareils de M. d'Arsonval : ce sont précisément ces courants que M. le docteur Albert Weil a eu l'idée d'utiliser dans la thérapeutique de certaines lésions cutanées ou muqueuses; et il déclare que jusqu'à présent il n'a eu qu'à se louer de ce procédé.

Le principe de la méthode est le suivant :

Lorsqu'une machine statique fonctionne, il se produit entre chaque pôle une différence de potentiel.

Si l'on fixe à chaque pôle un condensateur, et si l'on réunit leurs armatures externes par un circuit de grande résistance, l'on voit naître dans ce circuit, au moment où l'étincelle éclate entre les conducteurs de la machine, et par suite entre les armatures internes des deux condensateurs, des appels et des reflux d'électricité; et de ce fait, un courant alternatif.

Si l'on interpose le corps humain dans le circuit reliant les armatures externes des condensateurs, le corps humain est lui-même traversé par ce courant alternatif; courant de très haute tension, en effet, si l'on fait communiquer la chaîne de l'armature externe d'un des condensateurs avec le sol, et si l'on relie l'armature externe de l'autre condensateur par une chaîne à une électrode terminée par des pointes métalliques, on voit alors dans l'obscurité, en approchant ces pointes du corps humain non isolé, un effluve violet extrêmement puissant formant comme un vaste bouquet d'étincelles, longues, sinueuses, s'échappant avec bruit de l'électrode.

De même, si on laisse la chaîne reliée au disque à pointes, toucher la table supportant la machine, cette chaîne paraît lumineuse ; et sur toute sa longueur s'échappent de longues aigrettes très rapprochées.

Cet effluve et ces aigrettes sont d'autant plus beaux que les boules polaires de la machine sont plus écartées, de façon néanmoins à ce qu'on ait une série à peu près ininterrompue d'étincelles.

Au contraire, lorsqu'on rapproche les boules polaires, la fréquence des oscillations augmente, il est vrai, mais la tension diminue, et pour une longueur de 1 centimètre à 1 centimètre et demi d'étincelles, l'effluve et les aigrettes disparaissent.

En examinant ce qui se passe quand on soumet la peau saine à l'action de ces courants ou de ces effluves que jusqu'à présent on n'avait utilisés que dans les affections nerveuses ou musculaires, voici ce que l'on observe :

Lorsqu'on éloigne, ainsi que l'a fait l'auteur, les deux boules polaires d'une machine Borelli à quatre plateaux de 55 centimètres de diamètre à une distance de 10 centimètres environ; et si l'on maintient le disque à effluves à 3 centimètres au-dessus de la face dorsale de la main par exemple, on sent à peine dans la main un léger frémissement.

Si l'on rapproche le disque de la main, de véritables étincelles éclatent, moins douloureuses néanmoins que celles de la machine statique elle-même. Après cinq minutes d'application, la peau rougit et devient comme rugueuse.

Si, au lieu du disque à effluves, on se sert d'une électrode à manchon de verre, on voit une pluie de petites étincelles très fines jaillir à travers le verre, entre le tube métallique et la peau; avec une longueur d'étincelles polaires de 7 centimètres en moyenne, on produit au bout de deux à trois minutes, et d'une façon presque indolore, un érythème assez prononcé sur la partie traitée, érythème qui persiste souvent plusieurs heures en même temps que la partie conserve fortement l'odeur d'ozone.

Si l'on éloigne un peu le manchon de verre de la peau, il se produit alors, entre la peau et le manchon, de fines étincelles un peu moins facilement supportables et laissant en chaque point un piqueté rouge qui peut persister quelque temps.

Une différence est à signaler entre l'effet de ces courants statiques induits et celui des courants de d'Arsonval, différence qu'explique, d'ailleurs, la dissemblance de leur représentation graphique. Alors que les courants de d'Arsonval n'ont aucune action sur la contractilité musculaire, les courants statiques induits font contracter les muscles lorsqu'ils sont appliqués aux points moteurs et déterminent un tremblement lorsqu'ils sont utilisés sous formes d'effluves. Ce tremblement, d'ailleurs, n'empêche pas l'application d'être très facilement supportable. Une peau irritée, évidemment, réagit plus et est moins tolérante qu'une peau saine; néanmoins, l'effluvation est toujours supportée; les étincelles seules peuvent être quelquefois douloureuses; mais on peut toujours n'y avoir recours que lorsque l'effluvation a déjà amélioré l'état des téguments.

M. Laborde rapporte ici plusieurs observations relatées par M. Weil.

En résumé, dit-il, de ces observations, il est permis de

tirer une conclusion qui déjà s'impose : l'effluvation par les courants statiques induits, dans certaines affections de la peau et des muqueuses, donne des résultats aussi rapides et aussi démonstratifs que l'on peut obtenir avec les courants de haute fréquence appliqués à l'aide du résonnateur.

Les courants statiques induits ont, de plus, l'avantage de nécessiter une instrumentation moins compliquée.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

M. LANDOUZY s'associe pleinement aux conclusions du rapport de M. Grancher. Il pense avec lui qu'il appartient à l'Académie de se mettre à la tête du mouvement qui s'impose pour la prophylaxie de la tuberculose, car, ainsi qu'il le disait lui-même, dans une leçon, en 1895, en cette matière tout est à faire.

Avec M. Grancher, M. Landouzy estime que l'heure des préoccupations sentimentales est passée. On doit la vérité aux tuberculeux. L'efficacité thérapeutique ne va pas sans la précocité du diagnostic. Les médecins doivent donc s'appliquer à faire de bonne heure, et par tous les moyens en leur pouvoir, un diagnostic précoce de la tuberculose et, dès que ce diagnostic est posé, il est de leur devoir de prévenir le malade et son entourage et de mettre en œuvre toutes les précautions de nature, non seulement à combattre et à arrêter le mal, mais encore à en empêcher la propagation.

Mais c'est surtout à l'étude des moyens propres à empêcher la propagation de la tuberculose dans les collectivités que s'applique M. Landouzy, et c'est ici que le crachoir obligatoire et antiseptique, individuel et collectif, joue un rôle des plus importants. Il appartient à l'Académie de fixer des règles précises à ce sujet qui, pour être un détail, n'en est pas moins important. M. Landouzy passe en revue ce qui se passe dans les grands établissements de nouveautés, dans les grands hôtels de Paris, dans les théâtres et surtout dans les coulisses. Il rappelle combien la tuberculose est fréquente chez les choristes, les machinistes, les électriciens, les pompiers, les gardes de Paris, tout ce monde d'employés qui passent des heures entières au milieu des poussières bacillifères. Aucune précaution n'existe actuellement contre ce mode de contagion, et il faut rendre obligatoires les crachoirs montés. Ce ne sont pas là, d'ailleurs, les seuls exemples de tuberculoses professionnelles qu'ait à citer M. Landouzy. Il passe également en revue ce qui a lieu dans les commissariats de police. On sait combien est fréquente la tuberculose chez les commissaires de police et les sergents de ville. On peut en dire autant des employés des postes, des télégraphes et des téléphones. Alors que les employés à l'extérieur, c'est-à-dire les facteurs, sont très peu atteints par la tuberculose, les employés à l'intérieur du bureau lui paient un tribut considérable. Or, à Paris, il y a 13000 employés des postes.

M. Landouzy se sépare de M. Grancher au sujet de l'emploi de la tuberculine comme moyen de diagnostic précoce. Sans doute, la tuberculine est d'un maniement très délicat et demande à être employée avec la plus grande prudence.

M. Landouzy croit enfin que le protectionnisme en matière de tuberculose constitue une méthode qui doit être mise en œuvre par les pouvoirs publics. Dans la lutte pour la santé et contre la maladie, les hommes politiques devraient pouvoir prendre position en toute connaissance de cause.

C'est pour cela qu'il faudrait que l'Académie prît deux mesures : par l'une, elle donnerait une certaine publicité au travail de son rapporteur et à la discussion qui l'a suivi.

Par l'autre, elle répandrait des instructions simples montrant à la masse du public l'extrême importance de l'emploi systématique et raisonnée du crachoir.

L'Académie pourrait réaliser ces deux desiderata :

1° En publiant sur la tuberculose un livre bleu, mettant la question au point, indiquant ce qui a été fait, ce qui reste à faire. Ce livre serait adressé aux pouvoirs publics, aux hauts fonctionnaires de l'Administration;

2° Des instructions simples et précises, tirées à 100000 exemplaires, seraient répandues à profusion, envoyées à tous les maires, à tous les instituteurs. Elles indiqueraient les précautions à prendre contre la tuberculose en expliquant et paraphrasant cette formule :

« Jamais on ne doit cracher ailleurs que dans les crachoirs. »

L'Académie se forme en comité secret.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**L'eczéma (maladie parasitaire), nature, pathogénie, diagnostic et traitement** (1), par le docteur LEREDDE, chef de laboratoire, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis. — N° 7 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Critzmann, directeur).

Les récents travaux dermatologiques sur l'eczéma exigeaient une mise au point de l'état actuel de cette question. Le docteur Leredde s'est admirablement acquitté de cette tâche si difficile dans la présente monographie. Après avoir esquissé un historique presque contemporain, il entre dans le corps du sujet en donnant une classification excellente des éruptions eczémateuses; la description de chaque variété est remarquable par sa clarté et par sa concision. Le chapitre étiologie, si important dans les maladies de la peau, est particulièrement intéressant : l'auteur y passe en revue toutes les causes probables de la maladie, en indiquant celles qui sont valables et acceptables. Nous signalerons également la remarquable étude de la pathogénie de l'eczéma : toutes les doctrines et découvertes récentes y sont passées au crible, et, après une démonstration très convaincante, M. Leredde conclut à la nature parasitaire de l'eczéma. Enfin, le tableau clinique et le diagnostic des différentes formes de cette affection si répandue sont longuement traités.

Nous conseillons à tous les médecins la lecture de cette monographie à la fin de laquelle l'auteur expose, après un choix sévère, les meilleures méthodes de traitement des formes eczémateuses, avec un grand nombre de formules éprouvées à l'appui. L'« Œuvre médico-chirurgicale » vient de nous donner là une monographie dont l'intérêt pratique et théorique est incontestable.

---



---

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 66. — SAMEDI 11 JUIN 1898. 71e ANNÉE SAMEDI 11 JUIN 1898. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### Diagnostic de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène.

Par J. CASTAIGNE, interne des hôpitaux.

Depuis longtemps déjà on avait constaté que l'élimination de certaines substances par l'urine, se trouve entravée quand les reins sont malades. Hahn (1820), Rayer (1837), Corlieu (1856), de Beauvais (1858) avaient constaté ce fait pour certains principes odorants (térébenthine, asperges); mais c'est surtout l'élimination défectueuse des médicaments qui attira l'attention, et l'excellente thèse de Chauvet, faite dans le service du professeur Bouchard (1877), montre « le danger des médicaments actifs dans le cas de lésions rénales ». Les médicaments s'éliminent mal, dans les cas de néphrite, et on comprend que l'idée soit venue à différents auteurs d'étudier le degré de perméabilité rénale, d'après la quantité de substance médicamenteuse éliminée ; Chauvet (1877) s'est surtout servi des sels de quinine ; Mlle Chopin (1889), des salicylates ; enfin, c'est principalement l'iodure de potassium qui fut employé dans ce but : d'abord par Vincent (1883), puis par Deprez (1884), par le professeur Lépine (1885), par Lafay (1893) et par Noë (1894).

Mais, d'après Lépine lui-même, « la difficulté de doser exactement les substances dans l'urine, empêchait que cette notion fût utilisée pratiquement en clinique. » C'est pour tourner cette difficulté que nous avons, avec M. Achard (1), proposé le procédé d'exploration de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène.

Nombreuses sont les raisons pour lesquelles nous avons conseillé l'emploi du bleu de méthylène pour apprécier la perméabilité rénale : son injection sous-cutanée n'est pas douloureuse, comme l'est celle de certains médicaments, et notamment de l'iodure de potassium ; son élimination rénale se traduit sans réactions chimiques délicates, par une coloration nettement appréciable, impossible à confondre avec les diverses colorations accidentelles de l'urine, auxquelles donne lieu l'usage de certains médicaments ou aliments. L'emploi du bleu n'empêche pas de continuer l'administration de certains remèdes usuels comme les composés iodés ou salicylés, qu'il faudrait nécessairement suspendre si l'on voulait s'en servir comme de substances indicatrices pour faire l'épreuve de la perméabilité rénale. Enfin l'élimination du bleu de méthylène par l'urine n'est pas extrêmement rapide, et par conséquent les différences de temps qu'elle peut subir sont aisément suivies et précisées.

D'ailleurs, ce n'est qu'après avoir essayé comparativement d'autres substances chimiques (iodure de potassium, chlorate de potasse, ferrocyanure, etc.), que nous avons donné la préférence au bleu de méthylène. Nous avons vu, en effet, que les autres substances passent trop vite dans les urines, pour que l'on puisse noter des différences appréciables dans le début et la durée de leur élimination. Ces constatations que nous avions faites ont été vérifiées et amplifiées d'une façon très scientifique par MM. Guyon et Albarran (1), qui ont étudié, par cathétérisme de l'uretère, l'élimination de nombreuses substances chimiques par les reins, et qui ont vu que les différences les plus nettement appréciables dans le début de l'élimination étaient obtenues par le bleu de méthylène.

Faisons remarquer, toutefois, que si l'on veut doser la quantité de substance éliminée, au lieu de noter surtout le début et la fin de son élimination, l'emploi des substances chimiques et notamment de l'iodure de potassium peut donner de très bons résultats. C'est le procédé qu'ont suivi MM. Bard et Bonnet (2). Il résulte de leurs travaux qu'on peut se faire une idée très exacte de la perméabilité rénale, en notant simplement la quantité d'iodure de potassium éliminée en vingt-quatre heures, après injection sous-cutanée de 4 centigrammes de cette substance. Mais pour doser exactement l'iodure dans les urines, il faut « en prélever 50 centimètres cubes, qu'on fait évaporer au bain de sable après addition préalable de 5 centimètres cubes de la solution normale de soude ; on calcine ; le résidu est repris par l'eau, porté à l'ébullition, en ajoutant du chlorhydrate d'ammoniaque, jusqu'à ce que le liquide ne sente plus l'ammoniaque et présente une réaction neutre ; on filtre ; le filtre est lavé à l'eau. Le liquide ainsi obtenu est placé dans

(1) ACHARD et CASTAIGNE. Diagnostic de la perméabilité rénale, Soc. méd. des hôpit., 30 avril 1897.

(1) GUYON et ALBARRAN. Physiologie pathologique des rétentions rénales, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, oct. 1897.

(2) BARD et BONNET. Perméabilité rénale, *Arch. gén. de méd.*, mars 1898.

un flacon bouché à l'émeri, on ajoute 5 centimètres cubes de sulfure de carbone, puis de l'acide azotique nitreux goutte à goutte et on agite. Lorsque l'addition d'une nouvelle goutte d'acide ne renforce plus la teinte du sulfure de carbone, celui-ci est introduit dans un tube à essai. Il ne reste plus qu'à le comparer aux divers étalons de l'échelle colorimétrique établie préalablement, en ayant soin que les tubes employés soient rigoureusement identiques et soient d'un faible diamètre ».

Ce procédé, qui a permis à MM. Bard et Bonnet d'étudier, d'une façon très précise, la perméabilité rénale dans certains cas, est malheureusement long et délicat; aussi nous lui préférons en clinique l'épreuve du bleu de méthylène, tout en reconnaissant que si l'on veut doser la quantité de substance éliminée par le rein après injection sous-cutanée, le procédé des savants lyonnais est appelé à rendre de grands services, mais, nous le répétons, ce sera une méthode d'exception, qui ne peut pas entrer dans la pratique courante.

En résumé, après avoir employé différentes substances pour la recherche de la perméabilité rénale, nous donnons la préférence au bleu de méthylène, mais, comme nous le faisions remarquer dès nos premières communications (1), « en proposant cette épreuve du bleu, nous avons eu surtout en vue de faire entrer dans la pratique une méthode générale d'exploration de la perméabilité rénale. Cette méthode a pour principe d'introduire dans l'organisme par la voie sous-cutanée, une substance capable de s'éliminer par le rein et d'en rechercher la présence dans l'urine à des intervalles réglés. Le choix de la substance indicatrice est relativement accessoire : il est possible qu'on trouve d'autres corps présentant des avantages plus considérables que le bleu de méthylène, et la méthode que nous préconisons n'en subsistera pas moins. »

D'ailleurs, depuis notre première communication à la Société médicale des hôpitaux, de nombreux travaux sont venus confirmer et préciser la valeur de l'épreuve du bleu de méthylène : MM. Jules Voisin et Hauser (2) montrent que le bleu s'élimine quelquefois sous forme d'une substance incolore pouvant régénérer le bleu par l'ébullition en présence de l'acide acétique. Le professeur Bard [de Lyon] (3), dans une communication personnelle, puis dans une série d'articles en collaboration avec son élève, M. Bonnet (4), étudie la valeur du procédé, mais se demande si l'on ne peut pas décrire deux sortes de néphrites, les unes s'accompagnant d'une perméabilité rénale diminuée, les autres, au contraire, d'une augmentation de la perméabilité.

Les thèses des docteurs Dériaud, Héron de Villefosse, Bourg et Guénard (de Paris), du docteur Pérez (de Toulouse); les travaux du professeur Lemoine [du Val-de-Grâce (1)], des docteurs Baylac et Pérez [de Toulouse (2)] ont confirmé, d'une façon absolue, la valeur de la méthode dans les affections médicales.

Les *chirurgiens* demandent tout d'abord à l'épreuve du bleu de les renseigner sur l'état du rein avant la chloroformisation, et c'est le professeur Lannelongue (3) qui, le premier, conseille d'employer ce procédé d'une façon systématique, avant toute opération chirurgicale.

Depuis le début de nos recherches, M. Bazy, dans son service d'urinaires de Tenon et de Saint-Louis, emploie les injections de bleu au point de vue du diagnostic des lésions chirurgicales des reins, et il vient de publier récemment une première série de résultats très favorables à la méthode (4).

Au point de vue spécial des opérations à pratiquer sur le rein, M. Tuffier (5), au Congrès de Moscou, indique les avantages de la méthode; MM. Schwartz et Imbert (6) l'emploient concurremment avec le cathétérisme unilatéral des uretères, pour dissocier la perméabilité de chaque rein, et M. Imbert (7), dans son excellente thèse sur le cathétérisme des uretères, montre les services que peut rendre l'épreuve du bleu à la chirurgie rénale.

Enfin, MM. Guyon et Albarran (8), dans leur étude sur la physiologie pathologique des rétentions rénales, ont montré la supériorité du bleu comme substance indicatrice de la perméabilité des reins.

En *obstétrique*, l'épreuve du bleu pourra peut-être éclairer la question si complexe de l'éclampsie puerpérale. Dès l'apparition de nos premiers travaux, MM. Bonnaire et Potocki étudièrent systématiquement, dans leurs services de Tenon et de Saint-Louis, la perméabilité rénale de leurs éclamptiques. M. Potocki, puis MM. Bar, Menu et Mercier ont fait connaître leurs résultats, qui ne sont guère favorables à la théorie rénale de l'éclampsie.

La *perméabilité rénale des hépatiques* est le dernier problème qu'ait soulevé l'étude de l'élimination du bleu de méthylène. Dans une de ses cliniques, publiée le 8 janvier 1898 par la *Presse médicale*, M. Chauffard signalait un mode intermittent suivant lequel s'éliminait le bleu chez les hépatiques; il y revient dans un article récent (12 mars) publié en collaboration avec M. Cavasse. Ces auteurs ont montré « qu'une lésion hépatique peut modifier la courbe d'élimination du bleu, lui imprimer un caractère nouveau, et transformer presque régulièrement en élimination paroxystique ou intermittente une élimination qui, chez les sujets sains, se fait sous le type continu ». Depuis lors, étudiant, avec M. Chauffard (9) la courbe d'élimination des hépatiques, nous sommes arrivés à cette conclusion que « l'élimination intermittente étant la règle chez les hépatiques, l'épreuve par le bleu nous

(1) ACHARD et CASTAIGNE. Soc. méd. des hôpit., 18 juin 1897. — Chaque fois que, dans le cours de cette Revue, j'aurai l'occasion de parler de « nos recherches » ou de « nos communications », il s'agira de travaux faits en collaboration avec mon excellent maître, M. Achard, que je ne pourrais trop remercier d'avoir bien voulu, à diverses reprises, m'associer à ses travaux.

(2) J. VOISIN et G. HAUSER. Remarques sur l'élimination rénale du bleu de méthylène, *Gaz. hebd.*, 27 mai 1897, p. 493.

(3) BARD. De l'excès de perméabilité rénale dans les néphrites épithéliales, *Gaz. hebd.*, 27 mai 1897, p. 494.

(4) BARD et BONNET. Recherches et considérations cliniques sur les différences de perméabilité rénale dans les diverses espèces de néphrite, *Arch. gén. de méd.*, février, mars, avril et mai 1898.

(1) G.-H. LEMOINE. Application du procédé de MM. Achard et Castaigne dans deux cas de néphrite, *Gaz. hebd.*, 17 juin 1897.

(2) BAYLAC et PEREZ. Perméabilité rénale et bleu de méthylène, Soc. méd. de Toulouse, juillet 1897.

(3) LANNELONGUE. Technique de la cure de la hernie inguinale par la méthode sclérogène, *Bull. méd.*, 7 juillet 1897.

(4) P. BAZY. Diagnostic des lésions dites chirurgicales des reins, *Rev. de gynéc. et de chir. abdominale*, avril 1898.

(5) TUFFIER. Chirurgie rénale, Congr. de Moscou, août 1897.

(6) SCHWARTZ et IMBERT. Soc. de chir., juin 1897.

(7) IMBERT. *Cathétérisme des uretères*, Th. de Montpellier, 1898.

(8) GUYON et ALBARRAN. Loc. cit.

(9) CHAUFFARD et CASTAIGNE. Valeur séméiologique de l'épreuve par le bleu de méthylène chez les hépatiques, Soc. méd. des hôpit., 22 avril 1898.

apporte un procédé de plus pour l'exploration chimique du foie. Elle s'ajoute à la recherche de l'urobilinurie, de la glycosurie alimentaire, de l'hypo-azoturie, et complète le syndrome urologique de l'insuffisance hépatique ».

Depuis que M. Chauffard a mis à l'ordre du jour cette question de l'élimination rénale chez les hépatiques, M. Mavrojanis (1) a communiqué à la Société de biologie les résultats expérimentaux obtenus par l'étude de l'élimination comparée du bleu, après injection dans la veine marginale, ou dans la veine-porte du lapin. Les conclusions portent donc non pas sur la perméabilité rénale des hépatiques, mais sur l'importance du foie comme facteur de réduction du bleu : « Dans l'appréciation de cette élimination, des facteurs complexes entrent en ligne de compte; dans ce nombre, en dehors du degré de l'activité réductrice des divers tissus, en dehors des variations de cette activité, figurent l'état du foie et ses aptitudes fonctionnelles. »

On voit donc, d'après ce rapide historique, que l'épreuve du bleu de méthylène est entrée aujourd'hui dans la pratique courante. Aussi importe-t-il d'être nettement fixé sur la méthode à suivre et sur la façon dont on doit interpréter les résultats fournis par cette épreuve.

## I

**Technique du procédé.** — Le mode d'exploration du rein par le bleu de méthylène est des plus simples; il existe cependant une série de précautions qu'il est nécessaire de prendre, car, pour avoir des résultats toujours comparables entre eux, il est absolument nécessaire de suivre une technique toujours identique.

1° Vérifier le bleu que l'on emploie. — Il importe, en effet, que le bleu injecté soit bien du bleu de méthylène et non l'un des nombreux autres bleus dérivés également du goudron de houille. Plusieurs de ces matières colorantes et notamment le bleu lumière BLS et le bleu de triphénylméthane ont été expérimentés au point de vue de leur élimination par le rein, et nous avons constaté que, même chez les sujets normaux, les urines n'étaient pas colorées en bleu après injection sous-cutanée de 5 centigrammes de ces différents bleus. Il est donc absolument nécessaire de vérifier le bleu que l'on emploie, et le moyen le plus simple est d'en examiner le spectre en solution diluée, car l'examen du bleu de méthylène au spectroscope est absolument caractéristique : en solution très faible il donne une bande d'absorption très noire dans le rouge, entre les raies B et C; en solution un peu plus concentrée, il donne une autre bande bien moins foncée dans l'orangé entre C et D. Aucun des autres bleus solubles ne donne des spectres analogues.

Quant aux divers échantillons de bleu de méthylène, ils donnent des résultats comparables sous le rapport de l'élimination rénale il n'est donc pas nécessaire d'employer du bleu de méthylène pur et celui du commerce convient parfaitement; mais il est indispensable de vérifier qu'il s'agit bien de bleu de méthylène et non d'un bleu d'aniline quelconque (2).

2° Le mode d'introduction du bleu dans l'organisme doit être la voie sous-cutanée. En effet, lorsque cette substance est ingérée par la bouche, son apparition dans l'urine dépend non seulement de l'état des fonctions éliminatrices du rein, mais encore des conditions très variables, selon lesquelles se fait l'absorption digestive. La dilution que subit la matière colorante lorsque l'estomac contient une certaine quantité de liquide, l'état languissant du pouvoir absorbant de la muqueuse digestive sont des circonstances qui peuvent retarder le passage du bleu dans l'urine, sans que ce retard dénote une élimination défectueuse.

Pour l'injection sous-cutanée, au contraire, il n'y a aucune de ces causes d'erreur : l'œdème, en effet, ne paraît pas apporter un obstacle sérieux à l'absorption de la matière colorante, et nous avons observé de nombreux malades atteints d'œdème très prononcé, chez lesquels le bleu était éliminé dès la première heure après injection faite en plein anasarque.

L'injection du bleu doit être faite de préférence à la fesse et profondément en plein muscle; on évite ainsi la formation des petits nodules d'induration, qui se produiraient si l'injection était faite dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La dose de bleu qu'il convient d'injecter chez l'adulte est de 5 centigrammes, c'est-à-dire 1 centimètre cube d'une solution à 1/20. Cette solution doit être parfaitement limpide, quoique d'une couleur très foncée; elle ne doit contenir aucun précipité, le bleu doit y être entièrement dissous sans addition d'alcool.

3° Le mode d'examen des urines est de première importance au point de vue des renseignements que peut donner l'épreuve du bleu.

Aussitôt avant l'injection, le malade doit vider sa vessie; puis, on le fait uriner chaque fois dans des verres séparés, à des intervalles réglés, autant que possible toutes les heures, jusqu'à ce que toute coloration spontanée ou provoquée de l'urine ait disparu.

Les urines émises devront être examinées le plus tôt possible après leur émission en raison des fermentations qui peuvent modifier sensiblement la coloration de l'urine : nous avons observé, en effet, qu'un liquide de culture coloré par le bleu et ensemencé se décolore lorsque la végétation se produit. Mais le dérivé incolore ainsi formé est très instable et il suffit d'agiter le liquide en présence de l'air, pour qu'aussitôt il recouvre sa couleur bleue et ses raies spectrales. Ces particularités s'observent aussi bien dans l'urine qui est le siège de fermentations, et c'est par la formation de cette même substance que s'explique la décoloration fréquemment observée d'urine qui était bleue à l'émission.

Pour être complet, l'examen des urines émises après l'injection du bleu devra absolument porter sur tous les points suivants.

A. *Moment d'apparition du bleu* : on notera avec soin dans la série des verres que l'on a recueillis, l'heure exacte à laquelle le bleu apparaît pour la première fois dans l'urine après l'injection. Dans certains cas où l'élimination est très lente, ou bien lorsque les urines sont très hautes en

(1) Mavrojanis. Variations dans l'élimination du bleu de méthylène, Soc. de biol., 5 mars 1898.

(2) Nous avons fait, à l'heure actuelle, au moins 500 injections de bleu sur des sujets différents et nous n'avons jamais eu à regretter ni accidents locaux, ni accidents généraux, comparables à ceux qui sont relatés dans un cas de M. Rendu (Soc. méd. des hôpit., 30 avril 1897). Nous croyons donc que, dans ce cas, il s'agissait d'une simple coïncidence, et nous sommes absolument persuadés que l'injection du bleu n'a jamais d'effets nuisibles.

couleur, il sera nécessaire, pour préciser le début de l'élimination, d'agiter l'urine dans un tube à essai avec du chloroforme qui entraînera la plus grande partie du bleu et permettra ainsi de déceler une très petite quantité de matière colorante.

B. *Moment d'apparition du chromogène* : lorsque le bleu n'est pas décelable en nature dans l'urine émise pendant les premières heures, il est absolument nécessaire de savoir s'il n'est pas passé sous forme de chromogène, c'est-à-dire sous forme d'un leuco dérivé qui se transforme facilement en vert. Pour faire cette recherche le moyen le plus simple qui a été indiqué par MM. J. Voisin et Hauser, consiste à chauffer, dans un tube à essai, un peu de l'urine à examiner, additionnée de quelques gouttes d'acide acétique : si le chromogène existe, l'urine portée à l'ébullition prend une belle coloration verte.

C. *La durée de l'élimination* sera notée avec soin, et pour cela il faudra rechercher le moment exact de la disparition du bleu ce qui sera facile par le procédé du chloroforme. Quant à la disparition du chromogène, elle est habituellement antérieure à celle du bleu et ne présente pas alors d'intérêt ; mais dans les cas où le bleu est éliminé presque entièrement sous forme de chromogène, il faudra noter soigneusement le moment de sa disparition, en recherchant combien d'heures après l'injection, cesse la réaction verte par la chaleur et l'acide acétique.

D. *Courbe d'élimination du bleu* : les recherches récentes de MM. Chauffard et Cavasse ont montré l'intérêt qu'il peut y avoir à étudier la forme et le rythme de l'élimination du bleu. Ils ont ainsi établi qu'il y avait trois types d'élimination au point de vue de la forme et de la forme seule : un type continu cyclique, que l'on peut représenter graphiquement par une ligne courbe régulièrement croissante jusqu'en son point culminant, et, de là, régulièrement décroissante.

Dans un second type, l'élimination se fait par à coups ; elle est continue encore, mais la courbe oscille entre des minima et des maxima : c'est un type continu, polycyclique. Dans un troisième type, le cycle se brise, se fragmente tout à fait : c'est le type intermittent ou discontinu polycyclique. Lorsqu'on voudra établir ces courbes, si l'urine est trop colorée, il faudra suivre le procédé que préconisent MM. Chauffard et Cavasse, c'est-à-dire déféquer l'urine avec le sous-acétate de plomb qui ne précipite jamais le bleu; on a ainsi des colorations bien comparables entre elles et l'on peut établir une échelle de teintes qui permet de faire le graphique de la courbe d'élimination.

E. *Dosage du bleu éliminé par l'urine* : il eût été intéressant de pouvoir doser exactement la quantité de bleu passant soit en nature soit sous forme de chromogène. Par un procédé dérivé de celui de M. Le Goff qui se sert d'une solution titrée de bleu de méthylène pour doser le sucre, nous avons essayé de faire des dosages chimiques : nous nous servions d'une solution titrée de glucose pour apprécier la quantité de bleu contenue dans une urine donnée. Nous avons essayé aussi de faire des dosages colorimétriques, ces différents procédés, tous très délicats, ne nous donnent pas encore de résultats très satisfaisants.

Peut-être, pour apprécier la quantité de matière colorante éliminée, y aura-t-il intérêt à se servir d'un colorant rouge, préconisé récemment par le professeur Lépine (1). C'est le rosaniline trisulfonate de soude dont le dosage dans l'urine après injection sous-cutanée se ferait colorimétriquement avec la plus grande facilité et avec une grande rigueur, attendu que, vu la grande intensité du colorant, on est fort peu gêné par la coloration de l'urine. Mais ce procédé est encore à l'étude et nous devons en attendre la confirmation (1).

En somme, la technique du procédé du bleu de méthylène est extrêmement simple, mais pour pouvoir tirer des conclusions de l'épreuve, il ne faut oublier aucun des temps que nous avons indiqués et que nous résumons ainsi : faire uriner le malade; injecter profondément en plein muscle 1 centimètre cube d'une solution à 1/20 de véritable bleu de méthylène; recueillir les urines d'heure en heure; noter exactement le moment d'apparition du chromogène et du bleu, et la durée de leur élimination; établir, s'il y a lieu, la courbe de l'élimination.

## II

**Résultats de l'épreuve du bleu.** — L'épreuve du bleu a été faite à l'heure actuelle dans le cours d'états morbides bien différents : elle a été utilisée par médecins, chirurgiens et accoucheurs. Nous allons énumérer les résultats qu'elle a donnés dans chaque cas particulier et nous verrons ensuite comment, à notre avis, doivent être interprétées cliniquement les données fournies par l'épreuve.

1° Élimination chez les sujets sains. — Le bleu commence à apparaître dans l'urine au bout d'une demi-heure, puis la teinte bleu verdâtre devient de plus en plus apparente : elle est très nette après une heure et atteint son maximum d'intensité vers la troisième ou la quatrième heure. Elle reste quelques heures à son apogée et enfin décroît peu à peu pour disparaître dans un délai qui varie de trente à quarante heures en moyenne : c'est le type de la courbe d'élimination continue cyclique.

2° Élimination dans le cours des néphrites aigues ou subaigues. — On peut observer deux modes d'élimination :

A. Dans certains cas, la courbe ressemble absolument à celle que nous venons de décrire, ce qui prouve qu'il y a perméabilité normale, malgré l'existence de la néphrite et l'existence de cette perméabilité normale est bien confirmée dans un cas de MM. Charrin et Mavrojanis (2) qui, ayant trouvé normale l'élimination du bleu, dans un cas de néphrite subaiguë, firent la contre-épreuve en recherchant la toxicité urinaire et virent que les deux épreuves se confirmaient

Doit-on aller plus loin et dire avec MM. Bard et Bonnet, que le rein est plus perméable dans certaines néphrites

(1) Lépine. Sur la perméabilité rénale, *Lyon méd.*, 20 fév. 1896.

(1) Depuis que notre Revue a été remise à l'imprimerie a paru, dans le *Lyon médical* du 8 mai 1898, un travail de M. J. Dreyfus, interne des hôpitaux de Lyon, qui vante les grands avantages du rosaniline trisulfonate de soude. Dès nos premières communications, nous disions, et nous l'avons redit dans le cours de cette Revue : « Le choix de la substance indicatrice est relativement accessoire : il est possible qu'on trouve d'autres corps présentant des avantages plus considérables que le bleu de méthylène; le principe de la méthode n'en subsistera pas moins. » Mais, nous devons l'avouer, ces avantages considérables, nous ne les avons pas encore trouvés dans l'emploi du rosaniline trisulfonate de soude, à moins qu'il s'agisse d'une question d'esthétique des couleurs propre aux malades lyonnais, qui, d'après J. Dreyfus, « se soumettent mieux à l'expérience du rouge qu'à l'injection du bleu ».

(2) Charrin et Mavrojanis. Soc. de biol., 5 mars 1898.

aiguës ou subaiguës? Nous croyons qu'il faut jusqu'à nouvel ordre faire des réserves à ce sujet, les recherches du professeur Lépine ayant montré par les dosages quantitatifs avec le rosaniline trisulfonate de soude, que la perméabilité n'est pas augmentée dans ces formes de néphrite.

B. Dans d'autres formes de néphrites aiguës ou subaiguës et dans le cours des maladies fébriles, on observe un mode spécial d'élimination du bleu. Il passe presque entièrement sous forme de chromogène; à peine quelques verres sont légèrement teintés en bleu, mais le chromogène s'élimine dans les délais normaux et persiste pendant vingt à trente heures.

Ce mode d'élimination se termine habituellement par un retour à l'élimination normale; dans quelques cas cependant, il peut évoluer vers le type d'élimination que l'on trouve dans les néphrites chroniques.

3° Élimination dans les néphrites atrophiques. — Ce qui frappe tout d'abord c'est le retard dans l'apparition du bleu qui peut ne se montrer qu'à la deuxième, troisième ou quatrième heure et même plus tard. Il arrive parfois en pareil cas, que l'apparition du bleu en nature soit précédée de celle du chromogène incolore : c'est ce qui caractérise l'élimination dissociée, mais toujours dans la néphrite atrophique il y a retard pour le bleu et pour le chromogène.

En général, la matière colorante ne traverse pas les reins en grande quantité à la fois, de sorte que l'on ne voit pas nettement de maximum d'élimination.

La durée de l'élimination est souvent prolongée (1) d'une façon excessive, huit jours et davantage. Cette prolongation anormale se reconnaît surtout lorsqu'on emploie comme réactif la nitrobenzine qui, agitée avec l'urine, entraîne la matière colorante, en prenant une teinte vert clair. Cette prolongation inusitée de l'élimination coexiste habituellement avec un retard dans le passage du bleu, mais elle peut exister seule, le bleu apparaissant dans les délais normaux, mais passant en très petites quantités et pendant plusieurs jours. On peut supposer alors que ce mode particulier d'élimination est dû à ce que les reins, profondément altérés dans leur ensemble, présentent cependant quelques parties assez bien conservées et jouissant encore d'une perméabilité normale.

La question de savoir si l'*albuminurie intermittente* doit être ou non considérée comme une albuminurie brightique, est encore loin d'être résolue : peut-être l'étude de la perméabilité rénale dans les cas de ce genre servira-t-elle à élucider la question. Deux cas ont été récemment étudiés à ce point de vue par le docteur H. Gillet (2) : il a constaté dans ces deux cas une apparition du bleu en temps normal dans les urines, mais une durée prolongée par des intermittences plus ou moins marquées. Dans ses observations, on constatait une excrétion en deux temps : dans un premier temps, la courbe était continue cyclique, puis au bout de soixante-dix heures environ, le bleu semblait avoir disparu de l'urine. Après une période de sécrétion non colorée de l'urine, commençait le second temps de l'excrétion du bleu caractérisée par une courbe discontinue polycyclique. En un mot, ce qui frappe surtout dans l'excrétion du bleu chez ces deux sujets atteints d'albuminurie intermittente, c'est l'émission du bleu dans les délais normaux, et surtout le prolongement anormal de cette élimination sous forme de poussées intermittentes.

4° Élimination chez les cardiaques. — Malgré la présence d'albumine en quantité variable dans l'urine des cardiaques en asystolie, les reins sont encore perméables, ce qui semble prouver que l'albuminurie est d'origine circulatoire. Mais à la suite de crises d'asystolie, le rein peut devenir scléreux et l'élimination prend le type que nous avons décrit dans le paragraphe précédent.

A. Chez les cardiaques en asystolie, alors qu'il n'y a pas de lésions profondes des reins et qu'il s'agit d'accidents purement circulatoires, le bleu passe dans l'urine dès la première heure et son élimination ne se prolonge pas au delà des délais normaux. Comme les urines sont rares et concentrées, elles prennent rapidement une teinte bleue très foncée; l'élimination de la matière colorante se fait en quelque sorte massive et il en résulte une élimination un peu spéciale.

B. Par contre lorsque chez des cardiaques, pour une raison quelconque, le rein est altéré plus profondément que par la simple congestion, l'imperméabilité peut survenir et l'épreuve du bleu de méthylène en rend compte. Ainsi, nous avons vu, le bleu passer seulement au bout de deux heures, chez un ancien asystolique et chez un aortique; au bout de trois heures chez un autre aortique : tous ces malades présentaient de la néphrite interstitielle vérifiée à l'autopsie. Il est clair, que chez eux, il y avait des causes sérieuses d'imperméabilité rénale et que des lésions profondes s'étaient surajoutées à la simple congestion du rein cardiaque.

5° Dans les infections et les intoxications, l'étude de la perméabilité rénale est appelée à donner des résultats intéressants, les expériences de Polacci, de Pernice, de Fischer, etc., ayant établi que, si on met obstacle dans des proportions variables à l'élimination rénale, on favorise l'infection.

M. Chauffard a insisté, dans une de ses récentes cliniques, sur l'influence d'une perméabilité rénale défectueuse, sur l'apparition d'une paralysie descendante aiguë chez un grippé, et c'est à la même pathogénie que l'on doit rapporter les cas nombreux de grippes mortelles ou très graves dans le cours des néphrites chroniques.

L'*élimination rénale des diabétiques* était intéressante à étudier à ce même point de vue : M. Troisier (1) a observé un cas de diabète avec élimination normale du bleu; MM. Achard et Weill (2) avaient déjà publié des cas analogues et surtout ils avaient insisté sur un cas très intéressant d'imperméabilité rénale accompagné d'hyperglycémie. Ce n'est pas d'ailleurs seulement dans la glycosurie permanente et spontanée des diabétiques que l'imperméabilité du rein au sucre se manifeste; son influence s'exerce égale-

(1) A. Muggia (*Gaz. med. di Torino*, fév. 1898) a constaté cette élimination prolongée chez les enfants urémiques, et il en conclut que ses observations contredisent celles de MM. Achard et Castaigne; nous trouvons, au contraire, qu'elles les confirment, car nous avons insisté à maintes reprises sur les éliminations prolongées chez les sub-urémiques.

(2) H. Gillet. Albuminurie intermittente des jeunes sujets et perméabilité rénale, *Ann. de la policlinique de Paris*, mars 1898.

(1) Troisier. Perméabilité rénale dans le diabète, Soc. méd. des hôpit., 28 janv. 1898.

(2) Achard et Weill. Imperméabilité rénale et hyperglycémie dans le diabète, Soc. méd. des hôpit., 21 janv. 1898.

ment dans la glycosurie passagère des autres sujets, et nous avons, avec M. Achard, montré son importance dans l'interprétation desrésultats fournis par l'épreuve de la glycosurie alimentaire qui peut être entravée quand les reins sont altérés (1).

L'*élimination du bleu chez les épileptiques* a été étudiée par MM. J. Voisin et Hauser (2).

Leurs expériences ont porté sur vingt-deux malades et pour plus de sécurité ont été répétées à plusieurs reprises. Ils ont constaté que, tandis que dans l'intervalle des paroxysmes l'élimination du bleu se fait comme chez les sujets normaux, au contraire, l'élimination du bleu, après les paroxysmes, présente des caractères spéciaux. L'élimination apparente (c'est-à-dire sous forme de bleu) est retardée de plusieurs heures, quelquefois même jusqu'à la quinzième ou dix-huitième heure, elle se fait ensuite avec intensité entre la vingt-quatrième et la trentième heure, date où elle atteint son maximum ; enfin elle décroît, mais reste appréciable longtemps jusqu'à la centième heure et au delà. L'élimination du chromogène se fait, au contraire, dès la première heure, sans retard aucun.

MM. Féré et Laubry (3), expérimentant sur onze épileptiques jeunes (le plus agé avait trente-six ans), ont constaté que, chez leurs malades, l'élimination du bleu est plus rapide quand l'injection sous-cutanée a été faite pendant l'accès ou peu de temps après, que quand elle a été faite dans la période interparoxystique. Sur onze malades, deux seulement font exception : chez l'un, l'élimination a duré le même temps dans les deux circonstances, chez l'autre, l'élimination a été moins rapide dans la période paroxystique.

Ces différences de résultats obtenus, contradictoires en apparence, ne semblent devoir être impliquées ni à la méthode ni aux expérimentateurs. Elles tiennent, croyons-nous, à l'âge des malades : nous avons eu l'occasion de chercher la perméabilité rénale chez deux épileptiques vieux (soixante-sept et soixante-deux), nous avons constaté les mêmes phénomènes que MM. Voisin et Hauser. Au contraire, chez une épileptique jeune (22 ans) nous avons vu que la perméabilité rénale était augmentée au moment des crises, comme l'avaient établi MM. Féré et Laubry.

Nous croyons donc que la perméabilité rénale est modifiée d'une façon différente au moment des crises d'épilepsie selon l'âge du malade, ou plus exactement selon l'état anatomique de son rein. Si le malade est jeune ou plutôt si son filtre rénal est en état de parfaite intégrité au moment des paroxysmes, il y aura perméabilité exagérée, le rein étant capable de la suractivité nécessaire pour se débarrasser des substances toxiques produites en excès pendant la crise. Si le malade est vieux, ou plutôt si son filtre rénal est légèrement altéré, les troubles fonctionnels augmentent par l'excès des poisons à éliminer et on constate l'élimination dissociée (passage du chromogène en temps normal; retard marqué pour le bleu) telle que l'ont observée MM. Voisin et Hauser.

6° Chez les hépatiques, MM. Chauffard et Cavasse ont constaté « des alternances d'urines bleues ou jaunes, des retours d'élimination succédant à des arrêts temporaires de cette élimination, au lieu d'une élimination continue, régulièrement croissante ». En un mot, pour employer l'excellente terminologie de ces auteurs, ils ont constaté chez les hépatiques le type continu polycyclique ou le type intermittent, mais jamais le type continu cyclique. Ces faits sont très intéressants, car ils ont bien montré qu'il faut tenir compte de la forme de l'élimination du bleu, qui est absolumenl indépendante de sa quantité ou de sa durée ; et c'est en étudiant avec M. Chauffard ce rythme d'élimination du bleu, que nous sommes arrivés à montrer que les intermittences avaient une grande valeur au point de vue de la séméiologie de la cellule hépatique, et que, au point de vue de la pathologie générale et des modes d'élimination urinaire chez les hépatiques, l'épreuve du bleu met en évidence ce fait inattendu que, chez les malades dont la cellule hépatique est viciée dans sa structure ou son fonctionnement, la sécrétion urinaire se modifie dans sa forme et dans son rythme. La dépuration urinaire chez les hépatiques semble donc procéder par à-coups, par alternatives en plus et en moins ; l'état pathologique exagère ainsi notablement une des manières d'être physiologiques de la sécrétion rénale.

7° Élimination dans les lésions chirurgicales des reins. — Dans les néphrites chirurgicales aiguës, l'élimination du bleu est analogue de celle que l'on retrouve dans les néphrites aiguës, c'est-à-dire qu'il passe presque entièrement sous forme de chromogène, c'est ce que nous avons pu constater très fréquemment dans le service du docteur Bazy à l'hôpital Tenon ; c'est ce qui ressort des cas de néphrites chirurgicales examinées à ce point de vue par MM. Bard et Bonnet.

L'épreuve du bleu combinée avec le cathétérisme des uretères a donné des résultats fort intéressants pour apprécier séparément la perméabilité de chaque rein; MM. Schwartz et Imbert appelèrent l'attention sur les faits de ce genre : chez un malade atteint d'hydronéphrose ancienne et dont l'uretère du côté de cette hydronéphrose avait été cathétérisé de telle sorte que l'urine de chaque rein pouvait être recueillie séparément, l'épreuve du bleu permit de constater une grande différence dans la perméabilité des deux reins : du côté malade le bleu ne passa pas dans l'urine ; du côté considéré comme sain il apparut avec un léger retard, ce qui fit admettre que le rein de ce côté présentait des lésions de sclérose au début, hypothèse d'autant plus plausible que l'urine provenant de ce côté renfermait des traces d'albumine. MM. Guyon et Albarran ont montré toute la valeur de l'examen combiné par le cathétérisme des uretères et l'épreuve du bleu, dans leur mémoire sur la physiologie pathologique des rétentions d'urine : ils sont arrivés à cette conclusion, que le rein imperméable ou bleu laisse passer aussi moins d'urée, de phosphates et de chlorures. Il est à noter aussi, que, dans les expériences de MM. Guyon et Albarran, le bleu de méthylène comparé à d'autres matières en vue de déterminer les différences de perméabilité des deux reins, a donné les meilleurs résultats comme substance indicatrice.

L'épreuve du bleu, surtout si elle est combinée au cathétérisme des uretères, est donc appelée à rendre des services dans le diagnostic et le pronostic des lésions chirurgicales des reins, elle pourra aider à fournir les deux renseignements que le chirurgien doit absolument connaître avant toute intervention sur le rein : quel est le rein

(1) Achard et Castaigne. L'épreuve de la glycosurie alimentaire et ses causes d'erreur, *Arch. gén. de méd.*, janv. 1898.
(2) J. Voisin et Hauser. Soc. méd. des hôpit., 18 juin 1897.
(3) Féré et Laubry. Soc. de biol., 23 oct. 1897.

malade, et quelle est la valeur fonctionnelle de l'autre rein.

M. Bazy a publié récemment les premiers résultats qu'il a obtenus par l'épreuve du bleu dans les cas de lésions dites chirurgicales des reins : dans cinq cas de pyonéphrose, il a constaté que le bleu s'éliminait dès la première heure après l'injection, et il en a conclu que l'un des reins devait être sain : dans ces cinq cas, d'ailleurs, les malades ont guéri, ce qui semble donc bien confirmer le diagnostic. Dans un cas, l'élimination du bleu s'était faite avec un retard considérable et on en avait conclu que les deux reins devaient être atteints ; la néphrotomie unilatérale fut faite, cependant, l'évacuation du pus amena une amélioration momentanée, mais bientôt les accidents recommencèrent et le malade mourut : l'autopsie montra une double pyélonéphrite que l'épreuve du bleu avait permis de soupçonner.

8° Élimination du bleu chez les femmes enceintes et chez les éclamptiques. — MM. Bonnaire et Potocki, dans leurs services de Tenon et de Saint-Louis, ont étudié, d'une façon systématique, l'élimination du bleu chez les femmes enceintes et nouvellement accouchées, albuminuriques ou non. Il semble résulter des constatations qu'ils ont faites, que, dans le cours de la grossesse et de l'accouchement normal, l'élimination du bleu se passe comme chez tous les sujets normaux.

Chez les femmes albuminuriques, l'élimination est en général normale ; dans quelques cas rares, on a constaté un retard notable, avec élimination lente ; dans deux de ces cas que nous avons pu suivre, l'autopsie (faite deux et quatre mois après l'accouchement) a montré qu'il existait des lésions scléreuses des reins.

Il semble donc que l'épreuve du bleu pourra permettre d'étudier les différentes formes d'albuminurie gravidique : les unes, coexistant avec une perméabilité normale du rein (ce qui ne veut pas dire que le rein ne soit pas lésé) ; les autres, s'accompagnant d'une élimination rénale défectueuse et favorisant par ce mécanisme l'auto-intoxication de la malade.

*La pathogénie de l'éclampsie* sera-t-elle éclairée par l'étude systématique de l'élimination du bleu chez toutes les éclamptiques ? Les résultats qui ont été obtenus jusqu'à présent semblent prouver que la perméabilité rénale n'est pas diminuée chez les éclamptiques. M. Potocki (1) conclut de « cinq observations non choisies dans un but spécial mais recueillies au hasard de la clinique, que l'éclampsie apparaît de préférence chez les femmes dont les reins n'ont pas de lésions anatomiques. Il a observé, au contraire, plusieurs femmes atteintes du mal de Bright et qui n'ont présenté aucun accident éclamptique pendant la puerpéralité. Aussi pense-t-il, qu'il faut chercher ailleurs que dans une lésion du rein, la cause de l'éclampsie ».

Toutefois, M. Potocki a trouvé chez les éclamptiques des différences dans la durée de l'élimination de la matière colorante. Il semble résulter de ses observations que la durée de l'élimination est en rapport avec la gravité de la maladie et on pourrait se demander, dans ces conditions, si les lésions rénales que l'on retrouve à l'autopsie de certaines éclamptiques ne sont pas des lésions secondaires, c'est-à-dire dues au poison qui a produit l'éclampsie, plutôt que des lésions ayant été la cause déterminante des attaques.

(1) Potocki. Sur la perméabilité rénale chez les éclamptiques, *Bull. méd.*, 2 fév. 1898.

C'est d'ailleurs à cette conclusion qu'aboutit M. Guénard (1) dans sa thèse récente, où il relate de nouvelles observations recueillies avec beaucoup de soin dans le service de M. Bonnaire.

MM. Bar, Menu et Mercier (2), en étudiant la perméabilité rénale des éclamptiques, ont constaté un phénomène analogue à celui que M. Chauffard a signalé chez les hépatiques, en recueillant les urines à intervalles réguliers, on voit qu'il existe de grandes oscillations dans le degré de coloration de l'urine. La perméabilité du rein n'est donc pas la même pour tous les instants chez les éclamptiques, et en présence des faits cliniques observés par MM. Chauffard, Cavasse et par nous-même, on est en droit de se demander si ces oscillations ne traduisent pas un état particulier de la cellule hépatique si souvent altérée dans l'éclampsie.

*Le passage du bleu à travers le placenta et son élimination chez les nouveau-nés* ont été étudiés par A. Sicard et R. Mercier (3).

Les injections ont été faites de trois minutes à vingt-deux heures avant l'accouchement. Le temps minimum pour le passage du bleu dans les urines de l'enfant oscille entre une heure vingt et une heure trente. L'urine des nouveau-nés colorait le linge ou l'ouate durant deux ou trois jours en moyenne après l'accouchement. La teinte s'accusait dès le début pour diminuer et s'éteindre progressivement. L'épreuve du bleu de méthylène pourra donc donner des renseignements intéressants au point de vue de la perméabilité du placenta, car, comme le font remarquer MM. Sicard et Mercier, le temps nécessaire à l'élimination (une heure vingt), relativement long, si l'on songe au passage si rapide du chlorate de potasse, permettra peut-être, en laissant un délai suffisant, de contrôler des altérations placentaires pouvant entraîner par insuffisance ou excès de perméabilité de l'organe, une élimination plus retardée ou plus hâtive du bleu.

*L'étude du passage des substances du fœtus à la mère* a été faite expérimentalement sur des cobayes femelles, par MM. Lannois et Briau (4).

Ils ont essayé divers médicaments qui ne leur ont pas donné de bons résultats ; ils préfèrent le bleu de méthylène qui leur donne des résultats absolument démonstratifs et concluants. Le passage à travers le placenta se produit lentement, mais le bleu injecté directement au fœtus peut être retrouvé dans les urines et les tissus de la mère.

Cette donnée expérimentale nouvelle, fournie par les injections de bleu de méthylène, est un argument en faveur de l'opinion qui admet que les produits excrémentitiels normaux du fœtus traversent le placenta pour être éliminés par l'organisme maternel, et l'on comprend que, dans les cas d'insuffisance rénale, ces produits de déchet de la vie du fœtus peuvent contribuer pour une part à l'auto-intoxication maternelle, et par suite jouer un rôle dans l'éclampsie et les autres accidents de l'albuminurie gravidique.

(1) Guénard. *Perméabilité rénale des éclamptiques au bleu de méthylène*, T. de Paris, 1898.

(2) Bard, Menu et Mercier. Perméabilité rénale de la femme enceinte, Soc. obst. et gynécol., 9 mars 1897.

(3) Sicard et Mercier. Passage du bleu de méthylène à travers le placenta, Soc. de biol., 8 janv. 1898.

(4) Lannois et Briau. Passage de substances du fœtus à la mère, *Lyon méd.*, 6 mars 1898.

III

**Interprétation des résultats.** — La question qui importe surtout en clinique, c'est de savoir comment on doit interpréter les résultats obtenus, c'est-à-dire quelles conclusions on sera en droit de tirer lorsqu'on aura fait l'épreuve du bleu avec toutes les précautions que nous avons indiquées, et qu'on aura recueilli et examiné les urines comme nous l'avons conseillé.

A. Si le bleu apparaît dans l'urine en nature au bout d'une demi-heure ou d'une heure (délai maximum); si l'élimination, très colorée pendant les premières heures, décline progressivement pour disparaître vers la soixantième heure environ, on doit conclure que le rein est perméable.

B. Dans tous les cas où un des caractères précédents de l'élimination sera modifié (apparition retardée, urines à peine colorées, intermittences, élimination prolongée), on devra conclure que la perméabilité est défectueuse.

Mais il y a des degrés dans les troubles de la perméabilité rénale, et ce sont ces degrés qu'il est intéressant de connaître au point de vue de leur interprétation.

1° *L'intermittence dans l'élimination du bleu* nous semble être le degré le plus faible mais non le moins intéressant dans les troubles de la perméabilité du rein. MM. Chauffard et Cavasse ont constaté dans onze observations que cette élimination intermittente existait dans des maladies hépatiques; ils ont vu, d'autre part, qu'à mesure que le foie s'éloigne du moment de maladie, l'élimination tend à devenir plus régullère, plus continue, plus physiologique.

Depuis lors, nous avons étudié le rythme de l'élimination du bleu chez des sujets sains et chez des brightiques : nous n'avons jamais trouvé d'intermittences. Au contraire, elles ont été constantes et souvent multiples, chez dix hépatiques que nous avons examinés à ce point de vue. La conclusion que nous tirions de ces faits, conclusion dont nous avons à maintes reprises vérifié l'exactitude, c'est que l'élimination intermittente du bleu indique l'insuffisance hépatique. Cette épreuve ne prétend supplanter aucun des procédés de recherche de l'insuffisance hépatique; elle ne fait que les confirmer et leur donner par sa concordance une valeur encore plus décisive. Mais pour que l'épreuve du bleu, faite à ce point de vue, puisse permettre de déceler des intermittences, il faut que les mictions soient très fréquentes, et cela jour et nuit pendant au moins trente-six heures. Cette nécessité d'avoir des émissions fréquentes d'urine, et de tomber au bon moment, pour prendre sur le fait l'élimination non colorée, montre que si l'intermittence vraie, totale, est le fait vraiment caractéristique et décisif au point de vue séméiologique, il n'en faut pas moins attribuer une certaine valeur aux cas polycycliques, où de très faibles quantités de bleu se retrouvent encore dans les échantillons d'urine les moins colorés. Il est très possible, en pareil cas, qu'il se fasse dans la vessie un mélange d'urines jaunes et d'urines légérement teintées.

2° *L'élimination dissociée*, c'est-à-dire le retard du bleu avec élimination du chromogène dans les délais normaux, indique un faible degré d'imperméabilité rénale; tantôt ce mauvais fonctionnement du rein consiste en un simple trouble fonctionnel, tantôt il résulte de lésions durables; mais il s'agit alors de lésions jeunes, peu profondes encore. Il conviendra donc de répéter l'épreuve et l'on constatera le plus souvent que l'élimination du bleu est redevenue normale, ce qui prouvera qu'il s'agissait d'une lésion rénale en voie d'évolution.

MM. Linossier et Barjon (1) ont fait observer, au sujet de l'élimination dissociée, que, dans certains cas, « la transformation du bleu en chromogène est tout à fait indépendante de la perméabilité rénale et a simplement pour cause la réaction de l'urine. » Sans discuter les faits sur lesquels s'appuient ces auteurs, nous ferons simplement remarquer que, dans les observations qu'ils citent à l'appui de leur thèse, l'alcalinité des humeurs avait diminué l'élimination du bleu, mais ne l'avait pas supprimée et n'avait pas modifié le moment d'apparition de la matière colorante dans les urines; or, comme c'est surtout le retard dans l'apparition et la disparition du bleu qui sert à établir le diagnostic, beaucoup plus que le rapport entre le bleu et le chromogène éliminé, l'alcalinité des urines ne saurait modifier en rien l'interprétation des résultats obtenus.

D'ailleurs, nous avons montré avec M. Achard (2) : d'une part, que dans l'urine émise, acide et teintée de bleu, l'alcalinisation *in vitro* ne provoque pas la formation du chromogène; d'autre part, que si l'on considère non plus les phénomènes produits *in vitro*, mais ceux qui s'accomplissent dans l'organisme vivant, on voit aussi qu'il n'existe pas un rapport nécessaire entre la réaction que possède l'urine au moment de son émission, et l'état sous lequel s'élimine le bleu injecté. En effet, certains sujets à qui nous avions fait ingérer du bicarbonate de soude, et dont l'urine était ainsi devenue alcaline, n'en éliminaient pas moins le bleu en nature dans le délai normal, après avoir reçu par injection sous-cutanée la dose habituelle de 5 centigrammes. Réciproquement aussi, nous avons parfois noté la réaction neutre ou acide dans des urines qui renfermaient seulement et presque exclusivement du chromogène.

MM. Linossier et Barjon croient aussi que les intermittences signalées par M. Chauffard chez les hépatiques peuvent provenir de l'alcalinisation des urines; or, dans quinze nouveaux cas d'intermittence, observés dans le service de M. Chauffard, chez des hépatiques, nous avons constaté que l'urine non colorée était tout aussi nettement acide que celle qui contenait le bleu.

En somme, nous croyons que le fait observé par MM. Linossier et Barjon est intéressant en ce sens qu'il nous explique un des modes de transformation du bleu de méthylène en chromogène, et nous pensons qu'il sera toujours bon de noter si la réaction de l'urine est acide ou alcaline, mais nous ne croyons pas qu'il y ait lieu pour cette raison de modifier les règles à suivre dans l'interprétation des résultats obtenus par l'épreuve du bleu.

3° *L'élimination prolongée*, bien au delà de ses limites normales (cinq à six jours), avec passage du bleu dès la première heure, doit faire supposer que les reins profondément altérés dans leur ensemble, présentent cependant quelques parties assez bien conservées et jouissent encore d'une perméabilité normale.

4° *Le retard dans l'apparition du bleu* sans prolongation normale dans l'élimination est un signe excellent d'imperméabilité et c'est le premier sur lequel nous ayons surtout attiré l'attention.

(1) Linossier et Barjon. Influence de la réaction de l'urine sur l'élimination du bleu de méthylène, Soc. de biol., 19 mars 1898.

(2) Achard et Castaigne. Sur les rapports de la réaction de l'urine avec l'élimination du bleu de méthylène, Soc. de biol., 23 avril 1898.

Mais l'on peut dire, en somme, que le retard de l'apparition du bleu en nature dans l'urine, diminution de la quantité de matière colorante éliminée dans un temps donné, prolongation anormale de l'élimination, tels sont les signes fournis par l'épreuve du bleu qui, isolés et surtout réunis, fournissent les principaux indices de l'imperméabilité rénale.

Peut-on aller plus loin et demander à l'épreuve du bleu de nous donner des résultats sur l'état anatomo-pathologique du rein? C'est ce que croient MM. Bard et Bonnet, qui admettent que la perméabilité est « diminuée dans la néphrite interstitielle, augmentée dans la néphrite épithéliale avec sclérose secondaire ».

Tel n'est pas, du reste, l'avis de M. Lépine (1), qui, en se servant de rosaniline trisulfonate de soude et en « déterminant ensuite, par un *dosage exact*, le déficit dans l'urine d'une certaine quantité de colorant injecté, a trouvé un déficit considérable dans tous les cas de néphrites graves, qu'elles soient interstitielles ou épithéliales : en injectant 1 centigramme de rouge sous la peau, on n'en retrouve que 3 milligrammes dans l'urine de tous les brightiques graves ».

D'ailleurs, quel que soit l'intérêt de ces questions anatomo-pathologiques, il semble plus sage de rester sur le terrain de la clinique et de demander à l'épreuve du bleu des indications sur l'état fonctionnel et non pas sur l'état histologique du rein.

En pratiquant l'épreuve du bleu on interroge, non pas l'état anatomique, mais la valeur physiologique des éléments rénaux; on recherche, non pas la lésion du tissu, mais le trouble de la fonction. Aussi, ne faudrait-il pas croire que le résultat brut fourni par cette épreuve indique, à coup sûr et sans autre information, l'existence ou l'absence d'une lésion matérielle du rein. La seule réponse valable que l'on puisse demander à cette épreuve, c'est d'indiquer si le rein est doué ou non d'une perméabilité normale, si la dépuration urinaire se fait ou non dans des conditions régulières, et cela est tout différent, car une lésion rénale, surtout si elle est limitée, peut ne pas modifier sérieusement le fonctionnement de l'organe et réciproquement la perméabilité peut être altérée d'une façon passagère sans lésion, ou du moins sans lésion définitive.

A notre avis, donc, l'épreuve du bleu renseigne sur l'état physiologique des éléments rénaux : elle ne nous apprend pas la nature des lésions, mais elle nous renseigne sur les troubles de la fonction rénale.

Telle n'est pas l'opinion du professeur Lépine (2) et de son élève, J. Dreyfus (3). Il leur semble que « cette méthode montre simplement que, chez un malade atteint de néphrite, le rouge ou le bleu passe moins bien que chez un sujet sain, mais quelle que soit la méthode que l'on emploie, on n'est pas en droit de conclure que parce que le rein laisse passer plus ou moins le rouge, ou plus ou moins vite le bleu, il laissera passer proportionnellement les toxines ».

D'après ces auteurs, l'épreuve du bleu de méthylène ne renseignerait donc que sur la perméabilité des reins au bleu de méthylène seul, et non sur la perméabilité aux autres substances.

(1) Lépine. Sur la perméabilité rénale, Soc. nat. de méd. de Lyon, 13 fév. 1898.

(2) Lépine. Modifications de la composition de l'urine sous l'influence de troubles dans le fonctionnement du rein, Congr. de Montpellier, avril 1898.

(3) L. Dreyfus. Sur la perméabilité rénale, *Lyon méd.*, 8 mai 1898.

En effet, *a priori*, ce sont les seules conclusions que l'on ait le droit de tirer de l'épreuve du bleu. Mais, *a posteriori*, après que l'on a étudié chez un même sujet l'élimination comparative du bleu et des autres substances de l'urine, et après que l'on a constaté un rapport constant entre ces éliminations, il semble que l'on soit en droit de conclure de la perméabilité au bleu de méthylène, à la perméabilité totale. Or, ce rapport direct entre l'élimination du bleu et celle des autres substances a maintenant été constaté bien des fois.

MM. Guyon et Albarran, étudiant par cathétérisme de l'uretère le passage du bleu et la composition de l'urine émise du côté sain et du côté malade, sont arrivés à ce résultat que le rein imperméable au bleu laissait passer aussi moins d'urée, de phosphates et de chlorures; par rapport à l'urine du côté indemne, l'urée était réduite à 1/3, les phosphates à 1/3 ou 1/4, les chlorures à 2/3.

De même, dans nos recherches avec M. Achard sur la perméabilité rénale comparée des asystoliques et des urémiques à marche lente, nous avons constaté, grâce à des analyses faites avec grand soin par M. Geurdet, interne en pharmacie du service, que chez les asystoliques dont les urines sont très denses, très riches en urates, en urée et en phosphates, le bleu passe rapidement et en très grande quantité; au contraire que, dans les cas de néphrite atrophique où les urines sont très peu denses et présentent une grande diminution des matériaux fixes de l'urine, le bleu passe très lentement et en moins grande quantité. Dans les cas d'élimination intermittente du bleu, le rapport direct entre l'élimination du bleu et des matériaux fixes, est peut-être encore plus frappant.

MM. Bar, Menu et Mercier, dans un cas d'éclampsie puerpérale, avec élimination intermittente du bleu, ont fait le dosage urinaire des peptones, de l'albumine, de l'azote, de l'urée, des phosphates, qui leur a montré de grandes oscillations parallèles à la courbe d'élimination du bleu. Dans un des cas d'intermittences du bleu chez les hépatiques, dont M. Chauffard a rapporté l'observation à la Société médicale des hôpitaux, nous avions voulu vérifier les teneurs chimiques relatives en urée et en chlorures des urines bleues et des urines non colorées; une série nombreuse de dosages faits très consciencieusement par M. Péchin, interne en pharmacie du service, a donné des résultats très probants. Pour l'urée, la moyenne des chiffres obtenus a été de 8gr60 par litre pour les urines jaunes; 13gr20 pour les bleues. Pour les chlorures 5gr80 pour les urines jaunes; 8gr20 pour les bleues.

Depuis lors, deux dosages faits dans les mêmes conditions, dans le service de M. Chauffard, nous ont donné absolument des résultats analogues et même encore plus probants.

Enfin, l'élimination des toxines serait aussi parallèle à celle du bleu. Nous avons eu l'occasion de constater, dans plusieurs cas d'élimination très retardée du bleu, une hypotoxicité marquée des urines. De même, chez une malade de Charrin, M. Mavrojanis constate, malgré une albuminurie notable, une perméabilité normale au bleu de méthylène : « Or, ces résultats de l'épreuve du bleu étaient en accord avec ceux obtenus en étudiant la toxicité de l'urine, qui était à peu près normale, puisqu'il fallait 52 centimètres cubes pour tuer 1 kilogramme. »

En présence de ces nombreux faits tous concordants, nous croyons que l'on peut déduire du mode et du rythme de

l'élimination du bleu, le mode et le rythme de l'élimination des autres matériaux de l'urine, et par conséquent la valeur physiologique des éléments rénaux.

Nous pensons donc que l'épreuve du bleu renseigne effectivement sur la fonction du rein. Ce serait en restreindre la portée et faire fausse route, que de tirer des renseignements qu'elle fournit une interprétation purement anatomique. C'est, en réalité, une épreuve physiologique, qui permet de savoir si la dépuration urinaire se fait ou non dans les conditions régulières, et par conséquent de déterminer la donnée qui intéresse le plus en clinique : le rôle du rein étant avant tout d'être un organe dépurateur.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision présidentielle, en date du 7 juin 1898, M. Gueit (Paul-Alexandre), médecin principal de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services, et sur sa demande, à compter du 16 juin 1898.

Par décret du même jour, M. Gueit a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, pour compter de la date de sa radiation des contrôles de l'activité.

M. le docteur Gueit, nommé médecin principal de la réserve de l'armée de mer, est affecté au port de Toulon.

— Par décision ministérielle, en date du 9 juin 1898, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

M. le médecin principal de première classe Fournier, est désigné comme directeur du service de santé du 9e corps d'armée.

M. le médecin principal de deuxième classe Millet, nommé médecin-chef de la place et de l'hôpital militaire de Verdun.

MM. les médecins-majors de première classe Calmette, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Reims; Monart, pour l'hôpital militaire de Versailles; Catrin, nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans; Gross, pour l'hôpital militaire de Toul; Charpentier, pour le 155e d'infanterie; Sourris, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; Carrière, pour le 2e tirailleurs algériens; Richard, pour le 1er régiment étranger.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pongis, pour le 88e d'infanterie; Baudisson, pour le 11e d'artillerie (emploi créé), pour être détaché à la poudrerie du Bouchet; Uffoltz, pour le 127e d'infanterie; Boppe, pour le 146e d'infanterie; Dupret, pour le 1er d'artillerie à Bourges (emploi créé), pour être détaché aux établissements d'artillerie de cette place; Lebon, pour le 12e dragons; de Casaubon, pour le 10e dragons; Ohier, pour le 12e d'artillerie (emploi créé), pour être détaché à la direction de l'artillerie de Vincennes; Lansac, pour le 80e d'infanterie; Trouillet, pour le 4e tirailleurs algériens; Althoffer, pour le 4e d'artillerie à Besançon (emploi créé), pour être détaché à Héricourt.

MM. les médecins aides-majors de première classe Lejonne, pour le 27e dragons; Terrasse et Paul, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Duffau, pour le 4e cuirassiers; Quenet, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied; Pélissié, pour le 1er d'infanterie; Rieux, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— Les médecins militaires dont les noms suivent ont présenté à l'inspection générale de 1897 des rapports d'ensemble sur le fonctionnement du service méritant une citation :

*Médecins principaux de première classe.* — MM. Delahousse, Marvaud et Lenoir.

*Médecins principaux de deuxième classe.* — MM. Baudot, Billet, Chavasse, Darricarrère, Heuyer, Antony et Chevassus.

*Médecins-majors de première classe.* — MM. Vidal, Camus, Brisset, Klein, Reverchon, Desmons, Landriau, Cadot, Dubujadoux, Robert (H.-L.), Radouan, Catrin, Cassedebat, Trifaud, Bergounioux, Douart, Lallemant, Sudour, Salle, Vuillemin (C.-A.), Godet, Petit (A.-L.), Belhomme et Vaugy.

*Médecins-majors de deuxième classe.* — MM. Follenfant, Labit, Sanglé-Ferrière, Jaubert, Goumy, Hublé, Godin (L.-G.-P.), Carlier, Pelix, Nicolas (E.-T.), Lalitte, Alvernhe, Cuche et Ribierre.

*Médecin aide-major de première classe.* — M. Larrieu.

— M. le médecin de deuxième classe Lecœur, aide-major au 6e régiment d'infanterie de marine, à Brest, est appelé à servir aux troupes de la Martinique, en remplacement de M. Palasne de Champeaux, affecté au 6e régiment à Brest.

M. Vaillant (Alfred-Léon-Michel), médecin en chef de réserve du port de Brest, est rayé des cadres de la réserve de l'armée de mer, comme ayant accompli le temps de service exigé par l'article 12 de la loi du 5 août 1897 sur les pensions de l'armée de mer.

— Le XIIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 17 octobre 1898, sous la présidence de M. le professeur Le Dentu, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *De la néphrotomie*, MM. Guyon et Albarran, rapporteurs.

2° *Traitement du goitre* (*cancer et goitre exophtalmique exceptés*). M. J. Reverdin (de Genève), rapporteur.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

— La Société française d'hygiène tiendra sa séance publique annuelle le jeudi 16 juin, à huit heures et demie très précises du soir, sous la présidence de M. Gréhant, professeur au Muséum, dans la grande salle de la Société d'encouragement, 44, rue de Rennes.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



**PRIX DE L'ABONNEMENT :**

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 13 juin 1898.

Nos lecteurs se souviennent qu'un de nos confrères, chargé comme médecin-expert d'examiner une femme accusée de suppression d'enfant, avait déclaré, dans son rapport, qu'il y avait des probabilités sérieuses d'un accouchement récent.

La femme fut arrêtée et, quelques jours après, à la prison, accouchait d'un fœtus de quelques mois. Aussitôt relâchée, elle attaqua notre confrère qu'elle rendit responsable de son arrestation, et, au cours de l'année dernière, le tribunal de Saint-Nazaire condamna notre confrère à 1000 francs de dommages et intérêts en faveur de la veuve qui avait été injustement détenue.

Cette sentence, qui consacrait la responsabilité des médecins experts, eut chez nous, on le comprend, un grand retentissement. La décision du tribunal de Saint-Nazaire fut vivement discutée dans toutes les sociétés médicales. Était-il admissible qu'un expert, requis par le juge, investi d'un mandat de justice, fût plus responsable que le juge lui-même? Pourquoi n'était-il pas couvert de la même immunité que celle qui couvrait le juge d'instruction qui fit préventivement incarcérer le malheureux Laporte? Est-ce que sa conscience et sa bonne foi avaient été suspectées? Non. La condamnation se basait uniquement sur l'erreur commise; et, chose fort curieuse, l'arrêt donnait quelques conseils à notre confrère et lui reprochait, entre autres choses, de ne pas avoir eu recours, pour établir son diagnostic de grossesse, à l'analyse chimique du sang!

Une telle condamnation dictait au corps médical sa conduite dans l'avenir : se récuser toujours et constamment comme expert. Car, nous l'avons souvent dit ici, il est toujours facile au médecin de refuser une expertise, en se basant sur son incompétence relative, sur l'habitude perdue de pratiquer les autopsies, sur le défaut d'études spéciales, etc. Si le juge insiste et requiert, il n'y a plus à se récuser. Mais, un rapport médico-légal, fait dans ces conditions, mentionnant la compétence limitée de l'expert, ne donnant que des conclusions vagues et sans précision, donnerait trop d'arguments à la défense et serait de trop peu d'utilité à la justice pour qu'on pût utiliser les résultats d'une expertise faite dans de telles conditions.

Cet arrêt, injuste vis-à-vis du médecin, rendu responsable d'une erreur involontaire, privait la justice des médecins, qui tous, sauf les professionnels, eussent désormais refusé de lui prêter leur concours.

Notre confrère interjeta appel, et l'affaire vient de se juger devant la deuxième chambre de la Cour de Rennes.

L'avocat général a très vivement combattu l'arrêt des juges de Saint-Nazaire, en établissant que ce rapport médical n'était qu'une des preuves qui avaient amené l'arrestation de la femme inculpée.

L'accusée avait d'ailleurs induit l'expert et les juges en erreur, par ses déclarations, et comme il s'agissait d'une grossesse des premiers mois, tout explique que le médecin, malgré un examen consciencieux, ait pu être trompé, cette erreur de diagnostic ayant été commise par des médecins des plus distingués.

L'arrêt de la Cour, très minutieusement étudié, rend justice à notre confrère, fait remarquer que dans son rapport il a parlé de probabilité sérieuses et non pas de certitudes, et que l'arrestation était une mesure qui s'imposait à la vigilance des magistrats pour d'autres considérations. En conséquence, il casse le premier arrêt des juges de Saint-Nazaire et relève notre confrère des dommages et intérêts auxquels il avait été injustement condamné.

Cette affaire se termine donc à la satisfaction du corps médical, et conformément aux règles de la saine justice.

---

## DE LA CRÉATION DE NOUVELLES ARTICULATIONS

### ENTRE DES OS NORMALEMENT INDÉPENDANTS, DANS LE CAS OÙ LES ANCIENNES ARTICULATIONS, COMPLÈTEMENT DÉTRUITES, NE PEUVENT ÊTRE RECONSTITUÉES. CAS DE NÉARTHROSE CLÉIDO-HUMÉRALE OBTENUE PAR LA FIXATION A LA CLAVICULE DE L'EXTRÉMITÉ FLOTTANTE DE LA DIAPHYSE HUMÉRALE (1),

Par M. le professeur OLLIER,
Membre correspondant de l'Académie des sciences.

J'ai, à plusieurs reprises, entretenu l'Académie des moyens chirurgicaux de refaire les articulations altérées par une cause pathologique ou traumatique. J'ai fait connaître

(1) Communication à l'Académie des sciences.

la méthode générale qui m'avait permis, dans ces divers cas, d'obtenir des néarthroses régulières, et j'ai exposé les faits physiologiques sur lesquels cette méthode était fondée. Mon but avait été alors de démontrer qu'on pouvait obtenir des néarthroses de même type que les articulations enlevées.

Je viens aujourd'hui envisager la question des néarthroses à un autre point de vue et montrer qu'on peut aller plus loin dans la réfection des articulations. On peut, en effet, établir des articulations, à la fois solides et mobiles, entre des os qui normalement sont indépendants ou, du moins, ne s'articulent pas entre eux. En les fixant l'un à l'autre et en conservant non seulement les tissus qui doivent assurer leur union, mais tout ce qui reste des muscles qui faisaient mouvoir l'ancienne articulation, on peut obtenir une néarthrose régulière, entourée d'une musculature assez puissante pour la faire fonctionner activement. C'est ce que je vais démontrer par le fait suivant : en fixant à la clavicule la diaphyse humérale, privée de son extrémité supérieure, j'ai rendu au bras sa force et ses fonctions. Non seulement la tête humérale n'existait pas, mais la totalité de l'omoplate avait été enlevée, de sorte qu'il était tout à fait impossible de faire reconstituer une articulation scapulo-humérale. Le membre supérieur ne tenait au tronc que par des parties molles. Si la main et l'avant-bras pouvaient encore rendre quelques services, le bras, pendant le long du tronc et sans soutien osseux, tendait à s'abaisser de plus en plus. De l'ancien squelette de l'épaule, il ne restait que la clavicule, dont l'extrémité externe, soulevée en haut par le trapèze, avait perdu tout rapport avec l'humérus. Entre cette extrémité saillante de la clavicule et le bout supérieur de l'humérus, on voyait une dépression profonde qui se trouvait juste au point où aurait dû exister la saillie du moignon de l'épaule. Il y avait une distance de 8 centimètres entre la clavicule et le bout supérieur de l'humérus, qui se perdait au milieu du tissu cicatriciel, recouvert par le deltoïde atrophié et ramassé vers son attache humérale. Malgré un appareil prothétique qui soutenait le coude et le fixait contre le tronc, le malade ne pouvait se servir de son bras pour un travail manuel quelconque, bien que les contractions de la main et des doigts pussent s'exécuter avec force dans ces conditions. C'est alors que je pensai à établir une articulation entre la clavicule et le bout flottant de l'humérus. Voici les détails essentiels sur l'origine de la lésion et les moyens par lesquels j'ai pu y remédier.

Il s'agissait d'un homme âgé de quarante-huit ans en 1893, qui avait été blessé au siège de Metz, en 1870, d'un coup de feu à l'épaule. La plaie mit sept mois à se cicatriser; la guérison arriva après l'élimination de plusieurs esquilles; jusqu'en 1883, la plaie resta fermée; mais, à ce moment, elle se rouvrit. Pour tarir la suppuration on dut faire, en 1884, la résection de la tête humérale; en 1885, la résection d'une partie de l'omoplate, et, en 1890, l'ablation du reste de cet os sous lequel on trouva un fragment de balle. La suppuration cessa alors, mais le membre ne put reprendre ses fonctions, et, comme il n'y avait pas eu de reproduction osseuse, le fragment inférieur de l'humérus resta flottant et s'écarta de plus en plus de la clavicule à laquelle il était uni, seulement en avant, par quelques faisceaux musculaires trop faibles pour s'opposer à l'action de la pesanteur. Il en résulta une déformation dont les photographies que je mets sous les yeux de l'Académie donnent seules une idée exacte.

Je vis ce malade pour la première fois en 1893, et, après quelques essais infructueux de prothèse, je pris le parti de fixer l'humérus à la clavicule et d'entourer les extrémités rapprochées de ces deux os de ce qui restait des muscles scapulaires. L'opération fut pratiquée le 23 décembre 1893. J'eus beaucoup de peine à dégager le bout de l'humérus des tissus cicatriciels qui l'entouraient. Cette extrémité atrophiée se terminait en pointe. Je dus en retrancher 12 à 15 millimètres dans le but d'avoir une surface assez large pour être adaptée à la face intérieure de la clavicule que j'avais préalablement avivée, en écartant le périoste en avant et en arrière. Je conservai, d'autre part, la gaine périostique de la portion de l'humérus que je dus réséquer, et non seulement je mis en rapport les surfaces osseuses, mais les portions périostiques, afin d'augmenter la solidité de la soudure. Je fixai l'humérus à la clavicule par deux anses de fil de platine qui sont encore en place. Si j'avais obtenu une soudure osseuse (ce que j'avais espéré au début), les mouvements se seraient passés dans l'articulation sterno-claviculaire; mais la soudure est restée fibreuse et l'humérus, quoique en rapport exact avec la clavicule, jouit de mouvements assez étendus dans tous les sens, et surtout dans le sens antéro-postérieur.

Je me préoccupai tout particulièrement de la reconstitution des attaches musculaires; je dégageai le deltoïde de ses adhérences cicatricielles et je le suturai en plusieurs points du trapèze, de manière à en former un muscle digastrique. Et là où le trapèze manquait, se perdant dans les cicatrices confuses ou n'étant pas abordable, je fixai le deltoïde au périoste et aux couches fibreuses parostales recouvrant l'extrémité saillante de la clavicule. Je rétablis, en outre, autant que possible, en les rapprochant par la suture, les rapports des autres muscles scapulaires, de manière à doter les nouvelles articulations d'une musculature rappelant celles de l'articulation scapulo-humérale.

L'opération date aujourd'hui de quatre ans et demi, et voici quel en a été le résultat :

Malgré les délabrements que je dus faire pour retrouver les extrémités osseuses et les débris musculaires confondus au milieu du tissu cicatriciel, les suites opératoires furent très simples : pas de température; le premier pansement ne se fit qu'au dix-huitième jour. Le membre fut maintenu immobilisé par une attelle plâtrée pendant quatre mois, puis laissé en liberté. A ce moment, on pouvait croire à une synostose entre les deux os suturés, mais bientôt il s'établit une certaine mobilité qui alla en augmentant à mesure que le malade se servait de son membre, et, aujourd'hui, il y a une véritable articulation solide et activement mobile, mobile surtout dans le sens antéro-postérieur. Les fils métalliques n'ont pas été enlevés, bien qu'ils ne supportent plus l'humérus relié à la clavicule par d'épais trousseaux fibreux; mais tant qu'ils n'occasionnent ni douleur ni inflammation, il n'y a pas d'inconvénient à les laisser en place. Les deux os sont tellement bien fixés que l'opéré peut soulever de terre les mêmes poids que du côté opposé; il est devenu beaucoup plus fort de l'avant-bras, et, pour le bras, il exécute des mouvements énergiques d'abduction parfaitement explicables par la réinsertion du deltoïde sur la clavicule, tout autour de son extrémité externe.

Grâce au poids du bras qui lui est immédiatement attaché, la clavicule s'est abaissée et se trouve aujourd'hui au niveau de celle du côté opposé. La dépression sous-claviculaire est remplacée par un relief deltoïdien très marqué. Malgré les cicatrices qui sillonnent le nouveau moignon de l'épaule en avant et en arrière, on sent se contracter, dans les divers mouvements, les muscles scapulaires, dont l'action est cependant très affaiblie, à cause des suppurations antérieures; cependant, grâce à leur réinsertion sur l'extrémité humérale, ces muscles contribuent aux mouvements utiles que le bras peut exécuter.

En résumé, grâce à la néarthrose qui s'est établie entre

la clavicule et l'humérus, la situation de notre opéré s'est considérablement améliorée au point de vue orthopédique et fonctionnel. Le moignon de l'épaule a été reconstitué. Les muscles réinsérés (le deltoïde en particulier) agissent efficacement sur la néarthrose. Depuis l'opération, le sujet n'a plus besoin d'appareil de prothèse, et il se sert de son membre pour tous les usages de la vie. Il porte la main sur la tête, sur l'épaule droite, en arrière sur la fesse droite, croise les bras, etc., autant de mouvements qu'il ne pouvait faire avant l'opération que nous lui avons pratiquée.

Nous avons donc pu établir, entre l'extrémité externe de la clavicule et l'humérus privé de son renflement supérieur, une néarthrose régulièrement constituée, solide et mobile, qui permet au bras de se contracter énergiquement. Au lieu d'une articulation scapulo-humérale, au rétablissement de laquelle on ne pouvait songer à cause de la perte totale de l'omoplate, nous avons une articulation cléido-humérale qui en tient lieu. Grâce à la réinsertion du deltoïde sur la clavicule et à la réimplantation de ceux des muscles scapulaires qui n'avaient pas été trop altérés, nous avons autour de cette articulation cléido-humérale approximativement la même musculature qu'autour de l'articulation scapulo-humérale primitive. Une fois réinsérés, ces muscles atrophiés et à peu près sans usages ont repris plus ou moins leur action.

Le deltoïde surtout est particulièrement intéressant à ce point de vue. Ramassé sur lui-même, autour du bout flottant de l'humérus, il a pu être remonté et régulièrement réinséré au pourtour de l'extrémité saillante de la clavicule. Aussi le moignon de l'épaule s'est-il reformé, et, comme on le voit par la comparaison des photographies représentant le sujet avant et après l'opération, un relief sous-claviculaire a remplacé la dépression profonde qu'on constatait autrefois.

Ce résultat a été sans doute obtenu en suivant les règles générales pour la formation des néarthroses que j'ai depuis longtemps établies, mais j'ai dû y ajouter un nouveau principe, d'une importance capitale au point de vue fonctionnel : c'est la réinsertion des muscles sur des points favorables à leur action sur la nouvelle articulation. Dans les résections habituelles on n'a qu'à conserver les muscles préexistants; dans les néarthroses créées de toutes pièces, il faut leur trouver d'autres insertions.

Si, dans le cas présent, je n'avais pas trouvé de point d'appui sur la clavicule, j'aurais eu la ressource d'essayer de fixer l'humérus aux côtes correspondantes. Cette néarthrose costo-humérale eût été sans doute dans des conditions très défavorables. Elle eût permis de donner plus de fixité au bras, mais il eût été impossible de réinsérer les muscles scapulaires dans des conditions favorables à leur action.

---

## LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE EN 1896

Par M. le docteur Fernand Ledé, membre du Comité supérieur de protection des enfants du premier âge.

*Conclusions.* — 1° L'application de la loi du 23 décembre 1874 est d'ordre médical, et l'administration doit rechercher les moyens les plus rapides à employer pour que les médecins-inspecteurs du service de la protection des enfants du premier âge soient informés de l'arrivée d'un enfant en nourrice le plus rapidement possible.

Tous les enfants seraient inscrits à l'Assistance médicale gratuite, conformément à l'article premier de la loi du 15 juillet 1893.

2° L'Administration peut diminuer toutes les formalités qui retardent la première visite médicale; elle pourrait aussi, en tenant compte des mesures en pratique, conformément à la circulaire ministérielle du 25 août 1896, diminuer les écritures, et notamment supprimer le registre à tenir par les médecins-inspecteurs.

Cette mesure diminuera la mortalité des enfants placés hors de leur département d'origine, et spécialement ceux du département de la Seine, dont la mortalité est supérieure de 2,69 à celle des autochtones.

3° L'obligation des dépenses afférentes à l'application de la loi doit être reconnue par les pouvoirs législatifs, ainsi que l'obligation de la constatation médicale des décès.

4° Le certificat médical devrait être délivré par le médecin-inspecteur de la circonscription, seul, au domicile de la nourrice, en adjoignant pour le médecin-inspecteur l'obligation de reconnaître la salubrité du logement, de la maison et des alentours, l'absence de contamination possible, l'absence de toute profession nuisible au futur nourrisson et l'absence chez l'enfant de la nourrice de toute affection contagieuse ou transmissible.

5° Rappelant que la mortalité des enfants élevés au biberon atteint 9,27 p. 100, alors que celle des enfants au sein est de 5,92 p. 100 soit une différence de 3,35 p. 100, il est urgent de prendre les mesures nécessaires pour supprimer l'élevage avec le biberon à long tube, et de préconiser la stérilisation du lait chez les nourrices et l'emploi de biberons faciles à nettoyer et dépourvus absolument de tube intérieur ou extérieur.

Enfin, j'ai établi l'existence de départements où s'exerce spécialement l'industrie nourricière et dans lesquels l'application de la loi doit être efficace et réelle puisque ce sont des centres d'élevage qu'il faut surveiller continuellement.

---

## MÉDECINE PRATIQUE

### Traitement de la gale chez un enfant à téguments irritables.

Par M. Dauchez, ancien interne des hôpitaux de Paris.

1° Pendant trois jours de suite, l'enfant prendra de grands bains généraux d'eau fortement amidonnée, ou additionnée de gélatine (300 à 400 grammes).

2° Un peu avant la fin du bain, lotionner toute la surface du corps avec un gros tampon de vieux linge très souple ou de coton hydrophile enduit de savon de Panama.

Enfin poudrage à l'amidon.

Si la peau est trop irritée la nuit, enveloppement du tronc avec des compresses de gaze désapprêtée imprégnées de glycérolé d'amidon.

3° Le quatrième jour, frictions le soir avec la pommade suivante (Feulard) :

| | | |
|---|---|---|
| Axonge fraîche | 50 | grammes. |
| Baume du Pérou | 5 | — |
| Naphtol | 1 | — |

Le baume du Pérou peut être employé par parties égales, ou même pur (chez l'adulte).

Ces frictions seront renouvelées tous les jours pendant huit à dix jours.

4° En cas d'intolérance, les téguments irrités seraient recouverts du mélange suivant (Feulard) :

| | | |
|---|---|---|
| Vaseline purifiée. | 40 grammes. | |
| Oxyde de zinc. | 4 | — |
| Eau distillée de laitue. | 10 | — |

4° Pendant la quinzaine qui suivra le traitement précédent, on pourra renouveler des lotions chaudes avec une demi-cuvette d'eau bouillie additionnée d'une cuillerée à café de :

| | | |
|---|---|---|
| Vinaigre aromatique | 100 | grammes. |
| Acide phénique. | 1 | — |

6° Dans tous les cas, le poudrage avec la poudre de talc ou d'amidon sera continué pendant plusieurs semaines jour et nuit. (*Journ. de chir. et de thér. infant.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juin 1898. — Présidence de M. Berger.

### COMMUNICATIONS

**Hématurie.** — M. Nimier communique l'observation d'un jeune berger de vingt et un ans, sans antécédents héréditaires, ayant eu, comme antécédents personnels, une adénite suppurée sous-maxillaire à huit ans, un ictère émotif à douze ans, et ayant eu de l'incontinence d'urine jusqu'à douze ans. En mars 1891, il reçoit un tas de fagots sur l'abdomen et les cuisses. Huit jours après, il a une hématurie. Il y avait de la pollakiurie sans polyurie. Après deux mois, l'hématurie a cessé. L'urine contenait, pourtant, quelques parties rougeâtres. L'amélioration dura trois semaines. Des cathétérismes répétés restent sans résultat au point de vue d'un calcul. Après trois semaines, l'hématurie reparaît avec coliques. Jusqu'au mois de juin 1897, l'hématurie a existé avec des intervalles d'amélioration et des paroxysmes chaque fois que le malade voulait travailler. Depuis cette époque, l'hématurie est constante et abondante, et il existe toujours des coliques produites par l'obstruction de l'urèthre au moyen d'un caillot.

La quantité d'urine est au minimum de deux litres, la coloration est franchement rouge. Il n'y a pas d'odeur, pas de caillots. Les globules rouges sont très nombreux et déformés, il y a très peu de globules blancs, pas de globules de pus. La palpation ne révèle aucun point douloureux. On ne sent rien par le toucher rectal. Après les explorations, les urines deviennent plus foncées. Le repos complet au lit, pendant trois jours, n'a pas amené la moindre amélioration.

M. Nimier, le 28 février 1898, a pratiqué la néphrectomie lombaire gauche, l'hématurie a persisté. Mais l'état général est devenu meilleur. Histologiquement, on trouva de la sclérose du rein.

M. Routier a présenté il y a quelques années, à la Société de chirurgie, un rein enlevé par la néphrectomie.

Le malade avait présenté des hématuries intenses.

L'examen de la vessie avait montré que le rein saignait. A l'œil nu, le rein paraissait sain. Or, au microscope, on trouva un petit tubercule au niveau d'une papille.

Il faut donc ne pas s'empresser de parler d'hématurie sine materia. On trouve souvent des lésions au microscope.

M. Potherat rapporte deux observations d'hématurie.

Dans un cas, il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, atteinte d'hématurie intense coïncidant avec un gros reiu douloureux. On fit le diagnostic de néoplase rénal. On fit la néphrectomie. Pendant l'opération, le rein semblait induré et irrégulier comme surface. Au microscope, on ne trouva pas trace de néoplasme.

La malade mourut avec de l'anurie et des signes d'urémie. Le rein enlevé était simplement un rein gros, hypertrophié; le rein opposé était au contraire atrophié par la sclérose.

Dans le deuxième cas il s'agit d'une femme de trente-trois ans, atteinte d'hématurie. Pas de douleurs au niveau des reins. Ceux-ci n'étaient pas augmentés de volume. C'était le rein droit qui donnait du sang. Mais, au bout de quelque temps, l'hématurie cessa pour ne plus reparaître.

Ces deux cas prouvent que l'hématurie rénale sine materia est souvent symptomatique de la sclérose rénale brightique. Il faut donc toujours en pareil cas rechercher les signes de brightisme.

Donc, il faut être prudent et ne pas faire d'emblée la néphrectomie. Au besoin, on peut faire la néphrotomie pour éclairer le diagnostic.

M. G. Marchant a souvenance de cas absolument analogues d'hématurie coïncidant avec la sclérose rénale simple ou tuberculeuse. La taille rénale permet de faire le diagnostic et d'éviter la néphrectomie.

M. Reynier dit que la néphrectomie ne suffit pas toujours à éclairer le diagnostic des hématuries rénales, surtout lorsqu'il s'agit de néphrite tuberculeuse. Les lésions sont souvent microscopiques, ou même lorsqu'il existe des altérations macroscopiques, celles-ci peuvent être enkystées et passer inaperçues à la coupe du rein.

En somme, en cas d'hématurie chez des gens jeunes, il faut toujours se méfier de la tuberculose rénale.

**Cholédocotomie.** — M. Quénu communique deux observations de calculs de cholédoque qu'il a extraits par la cholédocotomie. Chez un de ses malades, il s'agissait d'un calcul développé sur le trajet même du cholédoque. Après avoir ouvert le cholédoque, avoir extrait ce calcul, il fit une collerette avec les tissus voisins autour de l'orifice, mit un drain dans cette poche et laissa la bile s'écouler au dehors. Ce ne fut qu'après vingt-cinq jours que le malade, qui avait un ictère très prononcé, commença à déjaunir. Il y avait encore de la bile dans l'urine. La fistule biliaire était restée ouverte pendant vingt-cinq jours. Le malade avait maigri de 250 à 300 grammes, depuis il a engraissé et a le teint rosé.

Chez ces malades, le foie était altéré, ce qui explique la persistance de la bile dans l'urine après la cholédocotomie. L'obstruction du cholédoque n'existe donc pas seule. Il y a aussi des obstructions départementales. On trouve de la boue biliaire dans les voies biliaires supérieures. La désobstruction ne se fait pas tout de suite. C'est pourquoi, dans ces cas, il vaut mieux assurer un large écoulement de la bile au dehors et préférer une fistule du cholédoque à sa suture après la cholédocotomie.

M. Routier communique plusieurs faits de nature à montrer l'innocuité de l'ouverture du canal cholédoque. Il ne fait pas de suture des voies biliaires. Il rapporte deux cas de calculs du cholédoque; dans un cas, il a fait une opération incomplète et le malade est mort; dans l'autre cas, il a établi une large fistule du cholédoque et le malade a guéri.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de cinquante et un ans qui, depuis 1886, avait des coliques hépatiques. Il avait suivi plusieurs traitements, avait été plusieurs fois à Vichy, son état paraissait se compliquer de fièvres intermittentes. Depuis six mois, il était vert, ne mangeait plus et restait au lit. On ne sentait aucune tumeur. M. Routier ouvrit la vésicule biliaire, il en retira un grand nombre de petits calculs gros comme des grains de plomb. En explorant le cholédoque, il sentit un gros calcul, il en existait un également du côté du hile du foie. Il ouvrit le cholédoque, en retira deux gros calculs; il en trouva un autre dans le canal hépatique. Il ne ferma pas le cholédoque,

et établit une fistule. L'urine resta longtemps colorée, même après que la bile s'écoulait au dehors. Ce malade a guéri.

Quant à l'autre malade, il a été adressé à M. Routier par M. Barth. Il était très vert déjà depuis longtemps; les selles étaient décolorées, les urines chargées et il existait des démangeaisons très pénibles. Cet homme était grand, fort, robuste. Le diagnostic porté avait été celui de lithiase biliaire. M. Routier fit la laparotomie. Le foie bombait en avant. La vésicule était énorme. M. Routier la vida de boue biliaire, mais il n'y avait pas de calcul. Il sentit un noyau profondément situé du côté de la tête du pancréas. En avant du foie, il sentait également un noyau cancéreux. Il se contenta alors de nettoyer la vésicule, de drainer et refermer le ventre. Ce malade succomba quelques jours après à un affaissement général.

A l'autopsie, on trouva deux gros calculs, l'un dans le cholédoque et l'autre dans les canaux du foie. Celui-ci était déliquescent, la rate était énorme, la vésicule biliaire kystique. M. Routier avait cru à un cancer parce que la vésicule biliaire était dilatée. C'est là un signe trompeur, et la loi de Courvoisier n'est pas exacte. La dilatation de la vésicule n'est pas toujours une preuve de l'existence d'un cancer.

M. SCHWARTZ rapporte l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans, atteint depuis cinq ans de coliques hépatiques avec une crise d'ictère. Il fut pris subitement d'un gros accès de fièvre avec frisson. Ces accès se sont répétés depuis et rapprochés. Le malade avait une teinte subictérique, les urines ne présentaient pas la teinte acajou, les selles n'étaient pas décolorées. M. Schwartz pensa à une lésion des voies biliaires, une angiocholite infectieuse. M. Chauffard donne à ce malade du bleu de méthylène. L'élimination du bleu de méthylène par les urines se faisait d'une façon intermittente. Il y a un mois, M. Schwartz pratique la laparotomie; toute la surface du foie était tachetée de points jaunâtres. Il n'y avait plus de vésicule biliaire. Il ouvrit le canal cholédoque et il y trouva un gros calcul, qu'il dut extraire par fragments. Cela fait, M. Schwartz n'hésita pas à laisser le cholédoque largement ouvert. Après vingt-deux jours, il retira le drain et il s'écoula une énorme quantité de boue biliaire. Du jour où ce malade s'est levé, la fistule biliaire s'est fermée d'elle-même. Les matières étaient restées colorées, les urines sont redevenues normales.

M. Schwartz est donc de l'avis de M. Quénu. Quand il y a à craindre une infection biliaire, il est d'avis de l'ouverture large et du drainage du cholédoque. Quand il n'y a pas d'infection, il vaut peut-être mieux suturer le cholédoque.

### PRÉSENTATIONS

**Macrostomie.** — M. MICHAUD présente un enfant atteint de macrostomie, de pied bot et d'amputation congénitale du bras.

**Arthrite tuberculeuse.** — M. REYNIER présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué l'amputation de Pasquier-Le Fort pour une bacillose du pied. Il fait observer que le résultat obtenu chez cette malade est encore plus satisfaisant que celui qu'a obtenu M. Kirmisson chez les malades qu'il a traités par les injections d'éther iodoformé.

**Kyste rénal hémorragique.** — M. PICQUÉ présente un rein qu'il a enlevé. Il s'agissait d'une femme qui semblait avoir un rein déplacé dans la fosse iliaque droite. Ce rein était très gros. Elle fut prise de fièvre et de frissons et, en même temps, la tumeur avait augmenté de volume. Pensant avoir affaire à une pyo-néphrite, M. Picqué fit une incision paralombaire, tomba sur une poche qu'il ponctionna croyant y trouver du pus. Il en sortit des caillots. Il agrandit l'ouverture et il y eut une telle hémorragie qu'il dut pratiquer d'urgence la néphrectomie. D'après M. Brault, il s'agissait d'un kyste hémorragique pararénal.

La séance est levée.

---

## VARIÉTÉS

L'association des médecins de la Gironde vient de tenir son assemblée d'arrondissement à Saint-Émilion. Séance d'affaires, puis banquet au cloître des Cordeliers. Trente-quatre crus ont été servis et savourés. Enfin, comme en cet heureux pays, tout finit par des chansons, un de nos excellents confrères de Libourne a célébré son vin, au milieu des applaudissements. Nous reproduisons cette pièce qui aura sa place dans l'anthlogie médicale.

### Le vin de Libourne.

Par M. le docteur RABÈRE (de Libourne).

I

Partout des yeux étincelants,
Et partout des yeux fulgurants!
Foi de Médoc! sans que je raille,
Quelle merveilleuse bataille!
Saint-Émilion, Pomerol
De leurs débris jonchent le sol!
Quoi qu'il advienne ou qu'il retourne,
Vive le bon vin de Libourne!

II

Ce vin a des jambes, du feu,
Du bouquet, de tout. Cet aveu
Peut chez moi me mettre en disgrâce.
D'un Médocain! c'est de l'audace.
Et vous entendrez Rafaillac :
« Hein! ce poète de Pauillac
Comme une girouette tourne!
Il chante le vin de Libourne! »

III

Faut chanter ce qu'on trouve bon,
Médoc et Saint-Émilion.
Je ne parle pas du Bourgogne,
Il est trop loin de la Gascogne!
Bordeaux tient le sceptre des vins.
Pour les seuls produits girondins,
Le soleil luit, la terre tourne,
Vive le bon vin de Libourne!

IV

Notre vin a grand agrément,
Le vôtre est chaud, corsé, puissant;
Le Médoc, c'est l'antiseptique,
Mais votre vin est historique.
Quand Galilée, en protestant,
Pour affirmer le mouvement,
Disait : « Et pourtant elle tourne, »
Il avait bu vin de Libourne.

V

O Libourne! à ton promenoir
Qu'on ait écrit : « Bancs pour s'asseoir. »
Je me l'explique, et tes édiles
N'ont pas pris là soins inutiles;
Le meilleur buveur est surpris,
Un doigt, deux doigts, et l'on est gris.
Morbleu, je crois, ma tête tourne,
Vive le bon vin de Libourne!

VI

Pour avoir ces vins excitants
Vendangez-vous donc au printemps?
Dès qu'on a pris votre mixture,
Tout vous sourit dans la nature,
Partout des fleurs et du soleil,
Tout est rare, tout est vermeil!
Puisqu'ainsi ce vin nous retourne,
C'en est fait, je reste à Libourne.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 20 AU 25 JUIN 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 20 JUIN 1898**, à neuf heures et demie du matin. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Retterer et Poirier.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Hayem, Hanriot et Sébileau.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Jalaguier et Delbet ; — (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Ricard ; — (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Widal ; — M. Broca, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Kirmisson et Walther ; — (2e série) : MM. Segond, Tuffier et Lejars ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Déjerine et Gilles de La Tourette; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire ; — M. Chassevant, suppléant.

**MARDI 21 JUIN**, à une heure. — 1er (nouveau régime) : MM. Le Dentu, Polaillon et Thiéry.

3e (2e partie) : MM. Hutinel, Chantemesse et Letulle.

4e : MM. Proust, Thoinot et André.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Charrin et Hanriot.

1er de sages-femmes (nouveau régime) : Maygrier, Poirier et Gley ; — M. Guébhard, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Panas, Campenon et Brun ; — (2e série) : MM. Berger, Schwartz et Albarran ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Marie et Gilbert ; — M. Netter, suppléant.

5e (2e partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Joffroy, Roger et Achard ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Ballet et Marfan.

3e (définitif, officiat) : MM. Raymond, Bouilly et Nélaton ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Peyrot et Bar.

**MERCREDI 22 JUIN**, à une heure. — 1er (nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Retterer et Poirier.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Hanriot, Widal et Sébileau.

1er de sages-femmes (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Marchand et Bonnaire ; — M. Guébhard, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Delbet et Walther ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Tuffier et Lejars ; — M. Ricard, suppléant.

**JEUDI 23 JUIN**, à neuf heures du matin. — 2e de sages-femmes, *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar ; — M. Hanriot, suppléant.

A une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon et Poirier.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Panas, Le Dentu et Bouilly ; — (2e série) : MM. Budin, Schwartz et Nélaton.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Debove, Raymond et Roger ; — (2e série) : MM. Grancher, Marie et Gilbert.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Quénu et Ménétrier.

1er de sages-femmes (nouveau régime) : MM. Maygrier, Gley et Thiéry ; — M. Thoinot, suppléant.

**VENDREDI 24 JUIN**, à neuf heures et demie du matin. — 1er (nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Retterer et Poirier.

2e (oral, 1re partie) : MM. Ch. Richet, Déjerine et Rémy.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Sebileau et Netter ; — M. Guébhard, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Marchand, Ricard et Broca ; — (2e série) : MM. Delens, Delbet et Tuffier ; — (2e partie) : MM. Hayem, Joffroy et Widal ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Jalaguier et Humbert ; — (2e série) : MM. Terrier, Segond et Lejars ; — (2e partie) : MM. Grancher, Joffroy et Gilles de La Tourette ; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire ; — M. Guébhard, suppléant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 juin 1898, ont été nommés, dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

*Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale.* — M. Dumas, médecin-major de première classe de l'armée active retraité.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités : Evrard, Cabanié, Weil, Ga dit Gentil, Duc.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve.* — M. Castelli, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

*Au grade de pharmacien principal de deuxième classe de l'armée territoriale.* — M. Beunat, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve.* — MM. les docteurs Cleuet, Augros, Chabot, Blind, Lévy dit Lévy, Glotz, Le Corre, Chemin, Larrivé, Noyon, Parquet, Ducamp d'Orgas, Jean, Delore, Baudon, Lapointe, Fuster, Ozoux, Contal, Legrand, Bernadou, Gieure, Perret, Bard, Denis, Basset, Chalais, Le Damany, Mariani, Guillermin, Brulant, Bribes, Morisot, Mahon, Guinard, Jaffredon, Descheemacker, Hytier, Payie, Jumelais, Arnoul, Debienne, Guilmard, Montignac, Lachouille, Cluzel, Pernot, Bourgain, Marchegay, Demirleau, Adoue, Chuiton, Bosdeveix, Carel, Grimard, Goalard, Faucon, Michel, Noack, Carayon, Pastré, Legros, de Sevedavy, Marion, Bouchard, Beuf, Garlopeau, Lembire, Favier, Bulté, Morel, Delage, Mathieu, Caillard, Berger, Lavabre, Guigue, Frigaux, Dubourdieu, Chauvain, Perrée, Dotezac, Labaume, Dol, Craponne, Monod, Lemonnier, Margnat, Painblan, Leclerc, Mazurier, Bommler, Machtou, Levezier.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les docteurs Mounic, Duviard, Ollier, Kieffer, Cocquelet.

*Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de l'armée de réserve.* — MM. les pharmaciens de deuxième classe Paillard, Lajugie de La Renaudie, Defarge, Azéma, Charlier, Sauve, Bretzner, Villière, Pelletier, Labonne, Nougué.

*Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. Chadoutaud, Bariau.

— Par décret, en date du 7 juin 1898, M. Massiou, médecin de deuxième classe de la marine, est nommé médecin de deuxième classe des colonies, pour prendre rang à compter du 1er juillet 1894.

— Par décret, en date du 9 juin 1898, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin principal.* — M. Mercié, médecin de première classe.

*Au grade de médecin de première classe.* — M. Lafaye de Michaux, médecin de deuxième classe.

— Le courcours pour une place de médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre s'est terminé par la nomination de M. Nageotte.

— MM. les docteurs Mercié, promu médecin principal, et Lafaye de Michaux, promu médecin de première classe, serviront, le premier, à Rochefort, en remplacement de M. Le Texier, affecté, sur sa demande, au port de Lorient, au lieu et place de M. le médecin principal Gueit, retraité ; le second, à Brest.

MM. les médecins de première classe Vallot, du 5e régiment d'infanterie à Cherbourg, et Guillarmou, du 2e régiment de l'arme à Brest, serviront aux troupes de Madagascar en remplacement de MM. Bonnescuelle de Lespinois et Martenot, affec-

tés, le premier à Cherbourg, 5e régiment; le second à Brest 2e régiment.

MM. les médecins de deuxième classe Taburet, du 2e régiment à Brest, et Cairon, du 1er régiment d'artillerie à Lorient, iront remplacer aux troupes de Madagascar MM. les docteurs Bonnefoy, affecté à Brest, 2e régiment, et Rapue, à Lorient, artillerie.

— M. le médecin de deuxième classe Morgue, du 1er régiment d'infanterie à Cherbourg, est appelé à servir aux troupes de l'Indo-Chine au lieu et place de M. Lafaye de Michaux, promu médecin de première classe.

— *École de médecine d'Angers.* — M. le docteur A. Monprofit, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Dezanneau, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dubois, médecin-major de première classe, à l'hôpital de Lille; Pierre Fisse (d'Arreau-Cadéac); Fontaine, médecin principal des colonies; Hureau de Villeneuve et Lapra (de Paris); Hyacinthe Masson, ancien maire de Fraize (Vosges), officier d'Académie, décédé dans sa quatre-vingt-treizième année; Levieux, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux; et Vaugrente (de Versailles).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken* (viâ Dijon, Pontarlier, Neuchâtel ou réciproquement) *et de Paris à Zermatt (Mont-Rose)* (viâ Dijon, Pontarlier, Lausanne, sans réciprocité), valables 60 jours, avec arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Prix des billets : de Paris à Berne, 1re classe, 101 fr.; 2e classe, 75 fr.; 3e classe, 50 fr. — De Paris à Interlaken, 1re classe, 113 fr.; 2e classe, 83 fr.; 3e classe, 56 fr. — De Paris à Zermatt, 1re classe, 140 fr.; 2e classe, 108 fr.; 3e classe, 71 fr.

Trajet rapide de Paris à Interlaken, sans changement de voiture, en 1re et 2e classe.

Les billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken sont délivrés du 15 avril au 15 octobre; ceux pour Zermatt, du 15 mai au 30 septembre. — Franchise de 30 kilogr. de bagages sur le parcours P.-L.-M.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Chauvel s'est joint à ses collègues de l'Académie pour rappeler toutes les mesures que prend le corps de santé militaire au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose. Il insiste particulièrement sur les réformes qu'il faudrait apporter au fonctionnement actuel des conseils de revision et des bureaux de recrutement. M. Chauvel termine son importante communication par les conclusions suivantes :

« 1° Au conseil de revision : plus de sévérité dans les admissions au service armé ; l'exemption pour les tuberculeux avérés, l'ajournement pour les sujets débiles ou suspects de tuberculisation latente, un mode de fonctionnement mieux adapté à son importante et délicate mission.

2° Aux bureaux de recrutement : plus de rigueur dans les engagements volontaires ; l'exigence d'une aptitude physique complète et non relative pour les sujets de moins de vingt ans.

3° La réforme temporaire pour les tuberculeux au premier degré avant l'expectoration des bacilles, ainsi que pour les hommes chétifs, malingres, candidats à la tuberculose.

4° La réforme définitive dès que les crachats contiennent le bacille de Koch.

5° L'application dans les casernes de mesures de prophylaxie qu'il préconise et énumère longuement.

6° Enfin que l'Académie juge nécessaire d'assurer, par des crédits suffisants, l'augmentation de la ration alimentaire et l'exécution des prescriptions relatives à la salubrité des casernes : accroissement du volume d'air attribué à chaque homme, réfection et imperméabilisation des parquets, désinfection des locaux et du mobilier, etc. »

Ces conclusions, ainsi que celles des autres orateurs, seront soumises à la commission de la prophylaxie de la tuberculose et, dans quinze jours, la parole sera donnée à M. Grancher.

On peut espérer que cette discussion n'aura pas été sans utilité. Aujourd'hui que tout ce qui se dit à l'Académie est porté à la connaissance du grand public, il y a lieu de croire que les médecins trouveront facilement auprès de lui tout l'appui et toute la bonne volonté nécessaires pour entrer résolument dans la voie des réformes qui s'imposent, tant au point de vue du mode de traitement des tuberculeux qu'au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose.

L'Académie a nommé MM. Barella (de Bruxelles) et Petrini (de Galatz) membres correspondants étrangers dans la première division. Elle s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture des rapports de MM. Périer et Hérard sur les titres des candidats à la place d'associé libre et à la place d'associé étranger.

Pour la place d'associé libre vacante par suite du décès de M. Mesnet : en première ligne, M. Commenge, médecin en chef du dispensaire de Paris ; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Filhol, professeur au Muséum, membre de l'Institut, et Paul Richer, maître de laboratoire à la Salpêtrière ; en troisème ligne, MM. Corlieu, ancien bibliothécaire de la Faculté de Paris ; Galippe, chef du laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, et J. Voisin, médecin à la Salpêtrière.

Pour la place d'associé étranger : en première ligne, M. Vanlair (de Liège) ; en deuxième ligne, M. Rommelaere (de Bruxelles) ; en troisième ligne, M. Sydney-Renger (de Londres).

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Galliard, dans une séance précédente, avait présenté une malade atteinte d'hydarthrose chronique des petites jointures ; M. Millian en a observé un cas nouveau qu'il montre à la Société. Il y a en même temps chez cette femme un peu de synovite des gaines du pouce, de la talalgie et de l'hydarthrose du genou ; et tous ces symptômes datent de deux ans, époque à laquelle elle eut un écoulement vaginal purulent. En ce moment ce pus pullule de gonocoques, et il est vraisemblable de penser que les arthrites qu'elle présente sont de même nature.

Le pronostic de la méningite est considéré par chacun comme si grave, qu'on en arrive à méconnaître la nature méningée de certaines infections qui se terminent par la guérison. C'est certainement à une de ces formes de méningite curable qu'il faut rattacher le cas observé par M. Se-

vestre, cas dans lequel, au cours d'une pneumonie, on vit se développer des accidents méningés avec hémiplégie et aphasie. Au bout de quelques jours la malade entra en convalescence.

M. Marinesco communique de nouvelles recherches sur **les lésions des centres nerveux consécutives à l'arrachement des nerfs.**

---

## L'EXPECTATION DANS L'APPENDICITE

Par M. le docteur A. Guinard,
Chirurgien des hôpitaux.

L'accord n'est pas encore fait sur la conduite à tenir dans l'appendicite. A quatre jours d'intervalle, je viens d'observer deux faits bien instructifs à cet égard. J'ai dans mes notes d'autres observations du même genre et tous les chirurgiens doivent en connaître d'analogues, mais je ne citerai ici que ces deux cas qui me paraissent frappants dans ma pratique, à cause de leur simultanéité.

### I

Le 27 mars 1898, je vois en ville, avec le docteur Signez, une jeune fille de vingt-deux ans, qui souffre du ventre depuis huit jours. Elle a eu quelques vomissements et un peu de constipation, mais l'état général est bon. La température vaginale n'a jamais atteint 39 degrés et le pouls est à 104, bien frappé et de force normale. Quand je la vois pour la première fois, je constate dans la fosse iliaque droite la présence d'un gâteau volumineux, douloureux à la pression et mat à la percussion. Le diagnostic n'est pas douteux : il s'agit d'une première crise d'appendicite avec une infection du péritoine localisée autour du cæcum. Je conseille sans hésiter d'ouvrir cette collection, et le 29, le médecin traitant, ayant constaté que le gâteau augmentait de volume, vient me dire que les parents se sont décidés à l'intervention devant l'aggravation des symptômes. Nous prenons immédiatement rendez-vous pour le lendemain 30 mars. J'arrive le 30 mars chez la malade avec mes aides : tout est préparé. Je m'aperçois alors que les accidents graves ont disparu. La température est à 37 ; le pouls est excellent, et le gâteau iliaque a disparu avec la douleur à la palpation. L'abcès, pendant la nuit, s'est vidé dans l'intestin ; la malade a eu une selle claire très abondante. Devant ces constatations, je m'abstins de toute intervention et la malade est maintenant sur pied, complètement guérie de sa crise.

Quatre jours après, je suis appelé par le docteur Issaurat auprès d'un petit garçon de onze ans qui souffrait depuis huit jours d'une crise d'appendicite subaiguë. Les accidents, pendant ces huit jours, avaient été modérés. La température axillaire avait oscillé autour de 38 degrés. Il semblait bien que l'infection péritonéale était localisée autour de l'appendice et du cæcum et que, si la résolution n'était pas obtenue, il y avait avantage à attendre que l'abcès soit solidement séparé de la grande cavité péritonéale par des adhérences compactes. Brusquement à six heures du soir, le 2 avril, les phénomènes changent : le facies se plombe, le pouls devient petit, misérable à 134, la température baisse à 37°4, la respiration s'accélère à 36 mouvements par minute. Je suis appelé pour la première fois, à 11 heures du soir, et je déclare aussitôt que l'enfant est perdu, mais qu'il faut tenter l'incision, le lavage et le drainage. Au milieu de la nuit, rien n'est prêt et nous remettons l'intervention au lendemain matin. J'arrive donc le 3 avril au matin avec mon aide, l'enfant venait de succomber.

Il est clair que son abcès péricæcal s'était ouvert dans la grande cavité péritonéale et l'infection de la séreuse avait empoisonné le malade en quelques heures.

### II

J'ai résumé ces deux observations parce que le diagnostic n'est pas douteux dans les deux cas et l'appréciation de ce qui s'est passé chez ces deux malades ne saurait prêter à discussion. Je veux seulement faire ressortir l'enseignement thérapeutique qu'elles comportent, selon moi.

Quelques chirurgiens, qui se font de plus en plus rares, préconisent encore l'expectation dans l'appendicite, pour donner le temps à l'infection de se localiser. Voilà deux faits qui montrent ce que cet enseignement a de dangereux. Dans le premier, c'est vrai, la guérison spontanée est survenue et on m'en citerait beaucoup où les choses évoluent de même ; la résolution peut même survenir sans que l'abcès se vide dans l'intestin. Mais ma seconde observation montre à quels terribles accidents on s'expose par l'expectation.

Il suffit d'un fait de ce genre pour faire rejeter cette doctrine. Je dirai même que la guérison de ma première malade n'est pas même un argument en faveur de l'expectation. Une incision de la paroi abdominale n'eût présenté aucun danger et aurait amené rapidement la guérison, et une guérison d'autant plus parfaite que j'aurais probablement pu enlever l'appendice, faire ce que j'appelle « la prosphysectomie » (du grec προσφυσις, appendice) ; et cette prosphysectomie aurait assuré une guérison définitive et sans rechute possible. On me permettra d'ajouter une considération professionnelle qui a son importance : aux yeux de l'entourage, le chirurgien en pareil cas semble avoir conseillé une *opération inutile*, puisque le malade a guéri spontanément. Il faut avoir vu des cas comme celui de ma seconde observation, pour affirmer que, si le malade peut guérir spontanément, il peut aussi être pris brusquement, au moment où on s'y attend le moins, d'accidents suraigus qui ne laissent plus le temps d'intervenir, ou qui rendent l'opération inefficace quand on peut la faire.

Ma conclusion en somme est que la doctrine de l'expectation est des plus dangereuses et peut mener aux pires catastrophes, dans le traitement de l'appendicite. Je crois donc qu'il est utile de formuler quelques préceptes à ce sujet et voici en résumé les conclusions auxquelles j'arrive dans l'article « Appendicite » que je viens de terminer pour le Traité de chirurgie clinique et opératoire, en cours de publication chez J.-B. Baillière.

### III

Je mets à part les appendicites à rechutes pour lesquelles on s'accorde à recommander la prosphysectomie à froid, c'est-à-dire en dehors des crises.

Il reste donc les attaques franches.

Quand on est appelé auprès d'un malade en pleine crise appendiculaire, deux éventualités se présentent le plus souvent :

1° *Le malade a les signes d'une infection péritonéale suraiguë.*

2° *Le malade a des signes nets d'infection localisée* du péritoine.

Dans ces deux cas que je mets à part, il n'y a aucune hésitation possible. La laparotomie immédiate est absolument indiquée : il n'y a que les détails techniques de l'intervention qui diffèrent, ainsi que le pronostic. Dans l'infection suraiguë, le pronostic est des plus sombres, et on doit annoncer à l'entourage, que l'opération n'est pas grave, mais que le malade a 99 chances sur 100 de succomber à son mal *malgré l'intervention*. Dans l'infection localisée, dans l'abcès péricæcal, le pronostic est généralement bénin, mais l'indication de la laparotomie immédiate est aussi impérieuse.

Mais si dans ces deux éventualités, il n'y a pas d'hésitation possible, il n'en est pas de même lorsqu'on voit le malade au début d'une crise qui n'a pas la marche suraiguë caractéristique, comme dans les deux cas que j'ai cités au début de cet article. C'est là qu'il faut faire appel à toute la sagacité du clinicien.

Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite, dit Dieulafoy. Rien n'est moins exact. Cette formule ne s'applique qu'aux deux éventualités que je viens de préciser. Elle n'est bonne — mais alors elle est excellente — que pour les infections suraiguës généralisées du péritoine et pour les abcès collectés d'origine appendiculaire. Mais pour le début d'une crise subaiguë, soulignons-le bien, il y a un traitement médical important à mettre en œuvre, il y a surtout à bien connaître ce qu'il est dangereux de prescrire. Nous voyons encore journellement des malades nous arriver après avoir été purgés violemment plusieurs fois de suite et même après avoir pris un vomitif. C'est la médication la plus détestable : il est vrai que c'est souvent le malade ou son entourage qui est coupable. Ces contractions répétées et violentes de l'intestin ne peuvent que favoriser une perforation intestinale imminente ou empêcher la formation des adhérences et la limitation de l'infection.

La seule médication rationnelle à recommander est celle qui immobilisera le plus rapidement et le plus complètement les anses intestinales. L'opium (et de préférence les injections de morphine sous la peau, quand il y a des vomissements qui s'opposent à l'absorption des médicaments ingérés), et la glace en permanence sur l'abdomen sont les meilleurs moyens d'arriver à ce résultat.

On évitera aussi l'usage des sangsues et des ventouses scarifiées, des vésicatoires, des cataplasmes et des pommades qui ne sauraient qu'offenser la peau sans profit. Donc : *pas de purgatifs, pas de vomitifs, pas de vésicatoires, pas de sangsues, pas de ventouses, pas de pommades.*

Cela dit sur le traitement médical au début de l'attaque, y a-t-il un symptôme qui permette de se prononcer sur l'heure et le moment où il faut prendre le bistouri ? Théoriquement, cela est difficile à énoncer. Cependant, dans la pratique, on doit pouvoir pour chaque cas particulier arriver à un jugement salutaire, si on ne perd pas de vue les principes qui suivent.

D'abord, toute crise d'appendicite, *même de l'apparence la plus innocente*, peut exiger une intervention immédiate, sur l'heure, et sans remise. Il faut donc se tenir prêt à une opération toutes les fois qu'on donne des soins à un malade dans ces conditions. Il faut que deux aides soient prévenus et se tiennent à la discrétion du chirurgien à son premier appel. J'en dirai autant de la préparation du local, des instruments, etc. On se rappellera que les malades qui « semblent pouvoir attendre » peuvent être pris, comme dans ma seconde observation, d'accidents brusques à marche suraiguë.

Le chirurgien, surpris, n'a plus alors le temps d'agir au bon moment, et le résultat de l'intervention est désastreux, alors que, quelques heures plus tôt, il eût été favorable. Dès qu'il y a gâteau appréciable, nous retombons dans une des deux éventualités dont je parle plus haut, et la laparotomie s'impose immédiate, de crainte que le pus ne pénètre dans la grande cavité péritonéale.

Je me résume en disant qu'au début d'une crise appendiculaire sans grand fracas, à allures subaiguës, on pourra avec la glace intus et extra et les injections de morphine, éviter parfois l'opération immédiate. Mais au premier signe d'infection généralisée du péritoine, ou de collection paracæcale, il faut sans hésiter prendre le bistouri.

Si, par bonheur, tout rentre dans l'ordre, il faut peser de toute son autorité sur le malade pour faire la prosphysectomie (1) à froid quand la crise est passée.

---

## PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

### Apparition dans le sérum sanguin, sous l'influence de produits chimiques, d'une matière capable d'agglutiner le bacille de la tuberculose vraie (2).

Par M. Arloing,

Associé national de l'Académie de médecine.

I. Blachstein, Engels, Malvoz, au cours des deux dernières années, ont observé qu'un certain nombre de substances chimiques sont capables d'agglutiner telle ou telle espèce microbienne et de montrer des électivités déterminées à la manière des sérums doués d'un pouvoir agglutinant spécifique.

Les faits que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie n'ont rien de commun avec les observations des auteurs précités ; ils offrent un intérêt d'un autre ordre.

On admet aujourd'hui que l'apparition et le développement du pouvoir agglutinant du sérum sanguin pour un microbe donné résultent de l'introduction dans l'organisme vivant de produits spécifiques : cultures complètes ou cultures filtrées de ce microbe. Tout récemment, Nicolle exprimait l'opinion courante sous une forme originale en disant que le pouvoir agglutinant est la signature du passage dans l'organisme de la substance agglutinée spécifique (Voir *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1898). Il entend par « substance agglutinée spécifique » celle qui est mise en grumeaux par la substance agglutinante des sérums et dont l'origine remonte à une vie microbienne antérieure.

Cette opinion ne peut être rigoureusement admise. De même qu'il existe des substances chimiques qui agglutinent à l'instar de certains sérums ; de même, on trouve des substances chimiques qui font apparaître la propriété agglutinante dans le sérum de quelques animaux à l'instar des produits spécifiques.

II. Dans ma note du 16 mai 1898, j'ai montré que le sérum sanguin de la chèvre devenait capable d'agglutiner

---

(1) Une thèse récente est intitulée : *De l'appendicectomie*. Ce terme barbare me paraît devoir être remplacé par celui de « phosphysectomie », plus logiquement construit.

(2) Communication à l'Académie des sciences.

rapidement et complètement les bacilles de Koch suspendus dans des émulsions homogènes, lorsque l'animal avait reçu une série d'injections sous-cutanées de tuberculine ou de bacilles plus ou moins virulents. J'ai montré aussi que l'on pouvait faire naître rapidement cette propriété dans le sang de la chèvre et du lapin à l'aide de quelques injections.

Or, je viens de m'apercevoir que le sang de la chèvre peut acquérir des propriétés analogues sous l'influence d'injections répétées d'eucalyptol, de gaïacol, de créosote et de liqueur de Mialhe (sublimé corrosif). La liqueur de Mialhe était injectée en nature, le gaïacol, la créosote et l'eucalyptol étaient préalablement incorporés à l'huile d'olive.

III. Les chèvres qui me fournissent actuellement le sérum agglutinant pour le bacille de Koch sont soumises à ces substances depuis longtemps. La chèvre numéro 1, en expériences depuis le 6 avril 1896, avait reçu, à la date du 1er avril dernier, 3536 centimètres cubes d'huile créosotée. La chèvre numéro 2, soumise aux injections depuis le 14 septembre 1896, avait reçu à la même date 1082 centimètres cubes de liqueur de Mialhe. Les chèvres numéros 3 et 4, en expérience depuis le 14 avril 1897, avaient absorbé à la même époque : la première 2230 centimètres cubes d'huile gaïacolée, la deuxième 2485 centimètres cubes d'huile eucalyptolée.

Les injections ont été graduées, interrompues et reprises de manière à conserver les animaux en bonne santé autant que possible. Je glisserai sur les effets locaux et généraux de ces injections, afin de ne pas surcharger la présente note de détails intéressants, mais non indispensables, et je passerai aux propriétés acquises par le sérum sous leur influence.

IV. Le 1er avril 1898, je fais une petite saignée aux quatre chèvres et j'obtiens quatre échantillons de sérum.

Ces sérums sont essayés, comparativement avec les sérums des chèvres imprégnées de tuberculine et de bacilles de Koch, sur des émulsions homogènes de ce bacille dans la proportion de 1/10. Tous sont agglutinants.

Je fais une nouvelle saignée le 20 mai 1898; les nouveaux échantillons de sérum que j'obtiens à ce moment sont aussi agglutinants que ceux du 1er avril.

A volume égal, ces sérums agglutinent un peu moins énergiquement que le sérum des chèvres tuberculisées et tuberculinées. La différence, toutefois, est fort légère pour le sérum modifié par des injections de liqueur de Mialhe.

Si l'on étudie le phénomène de l'agglutination au point de vue de sa rapidité et à celui de sa perfection, les quatre sérums précités ne se rangent pas exactement de la même manière, dans les deux cas.

Pour la rapidité de l'agglutination, le classement serait le suivant : 1° sérum modifié par la liqueur de Mialhe ; 2° sérum modifié par l'eucalyptol ; 3° sérum modifié par le gaïcol; 4° sérum modifié par la créosote. Pour la perfection de l'agglutination, le sérum modifié par le gaïacol passe du troisième au deuxième rang, le sérum modifié par l'eucalyptol passe du deuxième au troisième rang. L'échantillon le plus actif agglutine bien à 1/70.

Étant donné que l'on peut comparer entre elles les préparations à l'eucalyptol, au gaïacol et à la créosote dont l'excipient était identique, on reconnaîtra que la créosote entraîne moins facilement que les deux autres corps la formation de la substance agglutinante, puisque la chèvre créosotée se place au dernier rang, bien qu'elle ait reçu proportionnellement une plus grande quantité de substance que les chèvres imprégnées de gaïacol et d'eucalyptol.

V. C'est bien en provoquant une réaction de l'organisme vivant que ces quatre substances chimiques déterminent l'apparition d'une matière agglutinante dans le sang. En effet, si l'on ajoute à des émulsions du bacille de Koch 1/10 ou 1/5 d'une solution aqueuse saturée d'eucalyptol, de gaïacol ou de créosote, ou les mêmes quantités de liqueur de Mialhe, on ne produit pas d'agglutination. De seize à vingt-quatre heures après le mélange, quelques bacilles se déposent au fond des tubes, ni plus ni moins que dans des tubes témoins. On assiste donc à la création du pouvoir agglutinant par des substances chimiques qui en sont elles-mêmes dépourvues.

VI. Dès à présent, je ne saurais dire si ces substances détermineraient la même réaction chez des espèces autres que l'espèce caprine, ni indiquer la quantité minimum nécessaire pour faire naître la propriété agglutinante. Je poursuis des expériences qui me permettront de répondre prochainement, je l'espère, à ces deux questions.

Pour le moment, je conclurai simplement à la possibilité de faire apparaître dans le sang de la chèvre, par l'emploi de certaines substances chimiques, une matière capable d'agglutiner le bacille de Koch.

Je ferai remarquer, en outre, que les effets de cette matière sur le bacille ne diffèrent pas de ceux de la matière agglutinante provoquée par le passage de substances spécifiques dans l'organisme; enfin, que ces substances chimiques sont au nombre de celles que l'on oppose habituellement aux ravages de la tuberculose, sans attacher une grande importance à cette dernière constatation.

## LA CONSERVATION DES INSTRUMENTS EN ACIER

M. le docteur Maréchal (d'Angers) donne les conseils suivants pour la conservation des instruments en acier :

Placer les instruments ou objets quelconques en acier, cuivre, nickel, dans une une des solutions suivantes :

1° Solution aqueuse de bicarbonate de soude à 2 p. 100;
2° Solution aqueuse de carbonate de soude à 2 p. 100;
3° Solution aqueuse de borate de soude à 2 p. 100;
4° Solution aqueuse de benzoate de soude à 2 p. 100;
5° Solution alcoolique de benzoate de soude à 2 p. 100;
6° Alcool à 95 degrés, 5 grammes; borate de soude, 1 gr.

La conservation dure un temps indéfini; il semble même que des traces de sel alcalin suffisent, puisque la conservation est complète dans la solution n° 6, bien que le borate de soude soit insoluble dans l'alcool absolu. (*Le Concours médical*.)

## THÉRAPEUTIQUE

### Huile de foie de morue au gaïacol.

Gaïacol . . . . . . . . . 15 grammes.
Huile de foie de morue . . . . 985 —

Mélangez.

Une cuillerée à bouche renferme environ 20 centigrammes de gaïacol.

**Huile de foie de morue créosotée.**

Créosote officinale . . . . . 15 grammes.
Huile de foie de morue . . . 985 —

Mélangez.

Une cuillerée à bouche renferme environ 20 centigrammes de créosote. (*Codex.*)

**Huile de foie de morue phéniquée.**

Acide phénique chimiquement pur. . $3^{gr}50$
Huile de foie de morue blonde . . . $996^{gr}50$

Faire dissoudre l'acide phénique dans l'huile à une douce chaleur.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 juin 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### PRÉSENTATIONS

**Radiographie.** — M. Laborde présente au nom de M. Pieckiewicz, une collection de radiographies se rapportant à la stomatologie. Ces épreuves montrent très nettement les lésions et les anomalies des racines dentaires dans leurs alvéoles.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Levieu (de Bordeaux), membre associé national.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

M. Chauvel a la parole sur cette discussion. Il fait observer combien il est difficile de prouver la fréquence de la contagion tuberculeuse dans l'armée, trop facilement admise par M. Grancher. Il n'y a de tuberculeux avancés que dans les corps où les rengagements sont admis, tirailleurs algériens, garde républicaine; dans ces corps, il peut se faire que des individus dissimulent leur maladie pour atteindre l'âge de la retraite; partout ailleurs ils sont rapidement dirigés sur les hôpitaux militaires; là on ne trouve que des soldats suspects de tuberculose en surveillance, ou, s'il y a des caverneux, ils sont déjà réformés, mais conservés par humanité.

Il croit que la tuberculose des jeunes soldats n'est pas une tuberculose acquise dans les casernes par contagion, mais bien une tuberculose latente au moment des conseils de revision et développée par le fait des fatigues professionnelles.

Pour prévenir la dissémination du bacille dans les casernes, il adopte pleinement les mesures proposées par M. Grancher.

M. Chauvel propose à l'Académie d'émettre les vœux suivants (voir au Premier-Paris, p. 637).

L'Académie se forme en comité secret.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**La tuberculose, sa prophylaxie, son traitement (1), par le docteur Vigenaud, médecin principal de l'armée.**

La tuberculose est, sans contredit, la plus meurtrière des maladies qui déciment l'humanité et c'est aussi celle qui a inspiré les travaux les plus nombreux dans ces dernières années, tant au point de vue de la prophylaxie qu'à celui de la thérapeutique.

C'est en raison de cette profusion de travaux qu'il était utile de publier, sous une forme abrégée, un résumé donnant l'état actuel de la science sur ce sujet capital.

L'auteur s'est efforcé de le faire en procédant méthodiquement.

Dans un premier chapitre, il esquisse la physiologie pathologique de la tuberculose en s'étendant particulièrement sur la question si controversée de l'hérédité.

Le chapitre II est consacré à la prophylaxie publique de la tuberculose : l'auteur y expose les desiderata de l'hygiène moderne et le soin des mesures propres à enrayer la diffusion de la redoutable maladie.

Dans le chapitre III sont tracées les règles de la prophylaxie privée.

Les chapitres suivants traitent de la thérapeutique : d'abord la thérapeutique générale par la sérothérapie, les essais de vaccinations antituberculeuses et la médication antibacillaire. La médication dite hygiénique, par l'aérothérapie, la climatothérapie, la suralimentation, y est exposée avec ses principales règles.

Enfin, les diverses formes de la maladie et leurs traitements respectifs forment la matière d'un dernier chapitre, où l'auteur donne sa thérapeutique courante aussi éloignée des innovations dangereuses que de l'esprit de routine.

En somme, ce petit livre de 170 pages est un résumé de toutes les questions se rattachant à la tuberculose.

(1) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 22 au 25 juin 1898)

### Examens de doctorat.

Samedi 25 juin, à neuf heures et demie du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque :* MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

A une heure. — 1er (nouveau régime) : MM. Quénu, Rémy et Thiéry . . . . . . . .

2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Campenon et Gley.

3e (2e partie) : MM. Debove, Hutinel et Gilbert; — M. Hanriot, suppléant. . . . . . . .

5e (1e partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Bouilly, Brun et Poirier; — (2e partie) : MM. Raymond, Ballet et Roger; — M. Polaillon, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Schwartz et Albarran; — (2e partie, 1re série): MM. Dieulafoy, Marie et Achard; — (2e série) : MM. Cornil, Marfan et Ménétrier; — M. Peyrot, suppléant. . . . . . . .

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar; — M. Nélaton, suppléant.

### Thèses de doctorat.

Mercredi 22 juin, à une heure. — M. Roy. La gravelle phosphatique primitive (MM. Potain, président; Landouzy, Netter et Gilles de La Tourette). — M. Herbert. Étude sur la camptodactylie; — M. Mazaud. Recherches expérimentales sur les variations de la toxicité des urines au cours de la scarlatine (MM. Landouzy, président; Potain, Netter et Gilles de La Tourette). — M. Casacca. Le coryza syphilitique héréditaire chez le nouveau-né; — M. Tacvorian. Contribution à l'étude des dermites simples de l'enfance (MM. Fournier, président; Hayem, Déjerine et Gaucher). — M. Macé. Quelques considérations sur les accès éclamptiques, principalement sur le diagnostic et le traitement; —

M. Baranger. Cardiopathies et grossesse; — M. Miot. De la conduite à tenir dans la rétention placentaire à la suite de l'avortement (MM. Pinard, président; Kirmisson, Segond et Varnier). — M. Jossilevitch. Les écoulements par l'oreille et la paralysie faciale dans le traumatisme du crâne; — M. Parent. Étude sur la tuberculose de la glande parotide; — M. Lebœuf. Contribution à l'étude des indications thérapeutiques et du traitement des fractures du fémur; — M. Jeunet. Contribution à l'étude du traitement du goitre exophtalmique par la section ou résection du sympathique cervical; — M. Renault. Les hernies du cæcum et l'S iliaque considérées principalement chez l'enfant (MM. Tillaux, président; Rémy, Humbert et Broca).

**Jeudi 23 juin**, à une heure. — M. Mavrojanis. La toxicité de la sueur (MM. Bouchard, président; Proust, Netter et Charrin). — M. Retout. Valeur du milieu d'Elsner pour la recherche du bacille typhique et du bacille du côlon; — M. Ablon. Des fibromes embryonnaires de l'intestin chez les enfants (MM. Proust, président; Bouchard, Netter et Charrin). — M. Trémolières. Au point de vue thérapeutique, des coagulants du sang (chlorure de calcium; gélatine) (MM. Cornil, président; Hutinel, Peyrot et Letulle). — M. Guillou. De la glycosurie dans le cancer primitif du pancréas (MM. Hutinel, président; Cornil, Peyrot et Letulle). — M. Barrau. Contribution à l'étude de la cirrhose atrophique de Laënnec latente; — M. Rokéach. Contribution à l'étude pathogénique de la fièvre bilieuse hématurique; — M. Auffray. Contribution à l'étude du diagnostic de la péritonite suraiguë dans l'ulcère perforé de l'estomac; — M. Lecœur. De la tuberculose pulmonaire consécutive au cancer de l'œsophage (MM. Dieulafoy, président; Chantemesse, Marfan et Achard). — M. Maillard. De la torsion des salpingites (MM. Guyon, président; Gariel, Albarran et Weiss). — M. Marquès. Courant ondulatoire en gynécologie (MM. Gariel, président; Guyon, Albarran et Weiss).

## SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DU BARON LARREY

*Sixième liste.*

| | |
|---|---|
| Général Davout, duc d'Auerstaedt | 50f |
| Mme L. Bourgoin | 100 |
| Baron Brunet | 20 |
| M. Ch. Buquet | 20 |
| Baron de Clairval | 20 |
| M. Couchot | 5 |
| MM. Curel et Fayard | 100 |
| M. le docteur Didiot, médecin-inspecteur général en retraite | 20 |
| M. R. Dodu | 20 |
| M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin-inspecteur général | 50 |
| M. le docteur Fabre, correspondant de l'Académie de médecine, à Commentry | 10 |
| M. le docteur H.-E. Gantillon | 20 |
| M. Arthur Lévy | 20 |
| M. Mathieu | 5 |
| M. le professeur Paulet (de Montpellier) | 20 |
| Mlles Rebsomen | 20 |
| M. le docteur Reclus (2e versement) | 30 |
| M. Rosi, ancien magistrat | 10 |
| M. Sudre | 20 |
| Anonyme | 50 |
| | 610f |
| Cinquième liste | 7478f 50 |
| Total | 8088f 50 |

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 juin 1898, M. le docteur Kemhadjian Mihran, médecin à Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours d'agrégation (anatomie, physiologie, histoire naturelle) s'est terminé par les nominations suivantes :

Paris : M. Launois (anatomie) et M. Langlois (physiologie). — Lille : M. Cousin (anatomie). — Toulouse : M. Bardier (physiologie) et M. Verdun (histoire naturelle). — Nancy : M. Bouin (anatomie).

— Le concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Bouffe de Saint-Blaise et Baudron.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés et rétribués sur les fonds de l'Université de Bordeaux, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1897-1898 :

MM. Lagrange, agrégé libre (pathologie oculaire); — Cannieu, agrégé (embryologie); — Pachon, agrégé (physiologie).

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Deléarde, agrégé des Facultés de médecine, est attaché à ladite Faculté, jusqu'au 30 octobre 1898, pendant l'absence de M. Barrois, député.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Lannois, agrégé libre, est chargé d'un cours complémentaire (rétribué sur les fonds de l'Université de Lyon) : Maladies du larynx, des oreilles et du nez.

M. le professeur Lacassagne est chargé d'un cours de médecine légale, à la Faculté de droit de Lyon (cours rétribué sur les fonds de l'Université de Lyon).

— M. le médecin de deuxième classe Bavay, provenant des troupes détachées en Crète, servira aux batteries d'artillerie à Brest.

MM. les médecins de deuxième classe Merleau-Ponty, provenant des troupes à Madagascar, et Cassieu, provenant des troupes de l'Indo-Chine, passeront du 1er régiment d'infanterie à Cherbourg, le premier au 7e régiment à Rochefort, le second au 8e régiment à Toulon.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion aux Gorges du Tarn, par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'agence des Voyages économiques, une excursion aux Gorges du Tarn, suivie d'une visite à la vieille cité de Carcassonne, du 19 au 29 juin 1898.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 260 fr.; 2e classe, 230 fr.

S'adresser, pour tous renseignements et billets, à l'agence des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

*Excursions en Dauphiné.* — La Compagnie P.-L.-M. offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : la Grande-Chartreuse, les gorges de la Bourne, les Grands-Goulets, les massifs d'Allevard et des Sept-Laux, la route de Briançon et les massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec prix et conditions, figure dans le Livret-Guide P.-L.-M., qui est mis en vente au prix de 40 centimes dans les principales gares de son réseau, ou envoyé contre 75 centimes en timbres-poste adressés au service de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 69. — SAMEDI 18 JUIN 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 18 JUIN 1898. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### Le cathétérisme des uretères par les voies naturelles.

Par le docteur Léon IMBERT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

I

**Historique.** — Depuis longtemps déjà, les chirurgiens s'étaient préoccupés de l'intérêt qu'il y aurait à recueillir séparément l'urine de chaque rein : mais ce desideratum n'a été rempli que depuis quelques années. On commença par pratiquer la taille hypogastrique [Sversen (1), Guyon (2), Albarran (3) etc.]; d'autres essayèrent de comprimer un des uretères [Hegar (4), Silbermann (5), Müller (6), etc.]. Mais ces divers procédés étaient trop importants, ou nécessitaient des opérations préliminaires. C'est en définitive à Simon que l'on doit le premier procédé pour introduire une sonde de l'uretère et recueillir ainsi directement l'urine rénale.

Il ne fut guère imité, en raison probable des difficultés de sa méthode, et il faut arriver à Pawlick (1886), pour trouver une méthode moins aléatoire. Enfin, Keller proposa un procédé souvent employé depuis et que nous décrirons plus loin.

L'avènement de la cystoscopie dans la chirurgie urinaire, provoqua de nouvelles tentatives. Poirier, Brown, Brenner, Boisseau du Rocher décrivirent et préconisèrent un urétéro-cystoscope. Mais, c'est à Hirtz et à Gasper que revient l'honneur d'avoir proposé, en 1894, les premiers instruments de ce genre véritablement pratiques. Enfin, Albarran a fait connaître, en 1897, un nouvel instrument qui constitue un progrès considérable sur ceux de ses devanciers.

(1) SVERSEN. *Centralbl. f. Chir.*, 1888.
(2) GUYON. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891.
(3) ALBARRAN. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891.
(4) HEGAR. *Arch. f. Gynæk.*, 1886.
(5) SILBERMANN. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1883.
(6) MULLER. *Deuts. Med. Wochens.*, 1887.

II

**Instruments et technique du cathétérisme des uretères.** — Bien que l'instrument d'Albarran constitue à l'heure actuelle le meilleur type d'urétéro-cystoscope, nous dirons quelques mots des méthodes et des instruments antérieurs, dont l'étude présente un certain intérêt.

La méthode de Simon consiste à dilater l'urèthre au moyen de spéculums dont le plus gros a 2 centimètres de diamètre. La dilatation obtenue, on introduit l'index dans la vessie, on cherche l'orifice uretéral et on guide sur le doigt la sonde uretérale. Il va sans dire que ce procédé n'est applicable qu'à la femme; il présente en outre d'autres inconvénients dont le moindre n'est pas la difficulté de la manœuvre.

Pawlick, dont la méthode n'est applicable qu'à la femme, comme la précédente, propose comme points de repères, le triangle vaginal qui porte son nom et dont le sommet antérieur répond à l'urèthre, et les sommets postérieurs à l'embouchure de chaque uretère. La femme étant dans la position de la taille, on introduit dans le vagin une large valve qui en déprime la paroi postérieure et découvre largement le triangle vaginal. La sonde est introduite dans la vessie et sa pointe repoussant la cloison vésico-vaginale est facilement appréciable; on le pousse jusqu'à l'un des angles postérieurs et l'on pénètre par tâtonnements dans l'uretère.

Le procédé de Kelly, limité à la femme, lui aussi, est fréquemment employé en Amérique où il paraît avoir donné de bons résultats. Il consiste essentiellement à examiner la vessie au moyen d'un spéculum uréthral, et à rechercher l'orifice de l'uretère un peu comme on recherche le museau de tanche. Ce spéculum analogue à un endoscope uréthral, dont le calibre maximum atteint 12 millimètres, est introduit dans la vessie préalablement évacuée; on incline l'instrument à 30 degrés environ vers la droite ou vers la gauche selon qu'on veut découvrir l'un ou l'autre uretère. On cherche alors l'orifice uretéral et, dès qu'on l'a trouvé, rien n'est plus simple que d'introduire une sonde dans l'uretère. La difficulté de la méthode réside dans la découverte de l'uretère : l'opérateur est dépourvu de points de repère précis, les parois vésicales saignent facilement ; l'urine incessamment sécrétée obscurcit le champ de vision. Tous ces incon-

vénients sont réels et nécessitent, pour les surmonter, un assez long apprentissage.

*Méthode du cystoscope.* — Il n'en est pas de même des uretéro-cystoscopes. Avec eux, la recherche de l'orifice uretéral est facile; mais la difficulté réside dans la manœuvre de la sonde que l'on éprouve quelque peine à diriger vers l'uretère. Le problème a été heureusement résolu dans l'instrument d'Albarran, construit par Collin. La grande supériorité des uretéro-cystoscopes résulte de ce fait qu'ils sont applicables à l'homme.

Ils se composent essentiellement de deux pièces : 1° un cystoscope ordinaire à lumière interne avec une lampe à incandescence et son appareil optique; 2° une pièce, dite uretérale, creusée d'un canal dans lequel se meut la sonde uretérale : c'est cette seconde pièce qui constitue la partie originale de chaque instrument. Nous la décrirons donc séparément avec chacun d'eux.

La manœuvre est théoriquement des plus simples : on introduit simultanément les deux pièces comme un cystoscope ordinaire, on cherche l'embouchure de l'uretère et on dirige la sonde vers l'orifice, variant sa direction au moyen d'un mécanisme particulier. Dès que la sonde a pénétré dans l'uretère, on voit l'urine sourdre par poussée de 5 à 6 gouttes correspondant aux éjaculations uretérales; on retire alors l'uretéro-cystoscope, en laissant ou non la sonde en place suivant le but que l'on se propose (1).

On voit donc que le point délicat est la manœuvre de la sonde; il faut que le chirurgien ait action sur son extrémité intravésicale. Il est sans doute facile d'imaginer un mécanisme qui remplisse cette condition; mais il est plus difficile de lui donner un volume assez restreint pour s'accorder aux dimensions de l'urèthre. Dans l'instrument de Hirtz, le canal destiné à la sonde est inclus dans une sorte de gaine métallique enveloppant tout l'appareil, mobile dans le sens longitudinal; on peut donc mouvoir la sonde d'avant en arrière, mais il est impossible de modifier sa courbure.

L'instrument de Casper, moins volumineux, présente d'autres inconvénients. La mobilité de la sonde est obtenue au moyen d'une gainière; malheureusement les variations de courbure ainsi produites sont d'ordinaire insuffisantes. Enfin, l'instrument d'Albarran est certainement le plus parfait que nous possédions.

Les deux parties, cystoscope et pièce uretérale, absolument indépendantes, peuvent être fixées l'une sur l'autre, au moyen d'un artifice très simple et leur volume total est suffisamment réduit. Mais ce qui fait sa supériorité, c'est l'adjonction d'un petit mécanisme grâce auquel on peut faire prendre à l'extrémité de la sonde la position la plus variable, jusqu'à la mettre à angle droit avec le cystoscope. C'est là, plus qu'il n'en faut, pour le diriger avec sûreté et sans tâtonnement vers l'orifice uretéral. En outre, la pièce uretérale peut être remplacée par une pièce irrigatrice, transformant ainsi l'uretéro-cystoscope en cystoscope à irrigation. On peut introduire avec cet instrument des sondes numéro 8 Charrière. Comme ce calibre est souvent insuffisant, il y a intérêt à faire pénétrer des sondes aussi grosses que peut l'admettre le calibre de l'uretère, atteignant par conséquent le numéro 14 ou 15. Cette introduction est des plus faciles, grâce à un artifice employé par Albarran et qui rappelle du reste l'introduction de la sonde à bout coupé après l'uréthrotomie interne : on place d'abord dans l'uretère un fin mandrin; puis, le cystoscope étant retiré, on fait glisser sur le mandrin une longue sonde à bout coupé du calibre indiqué. Le remplacement de la sonde à demeure est des plus faciles par le même procédé; grâce à l'emploi de ces grosses sondes, on peut faire des lavages du bassinet aussi facilement que l'on pratique le lavage de la vessie.

Les avantages de ce nouvel instrument sont nombreux, son champ de vision est large et son intensité d'éclairage considérable. L'introduction de la sonde est véritablement aisée pour tout chirurgien exercé à la pratique de la cystoscopie; l'instrument est parfaitement étanche et stérilisable par la chaleur.

*Étude des effets de la sonde uretérale à demeure.* — Il est nécessaire, avant d'aller plus loin, de se demander si l'introduction de la sonde dans les uretères ne peut pas produire des effets fâcheux. Expérimentalement, c'est là un point qui est résolu depuis longtemps grâce aux recherches d'Albarran et de Lluria. Ces auteurs ont placé des sondes à demeure chez des chiens, et constaté qu'elles étaient parfaitement supportées. Casper a répété ces expériences chez l'homme avec les mêmes résultats. Il est donc démontré que la sonde uretérale ne peut produire d'accidents lorsque l'appareil urinaire est sain. Mais il n'en est peut-être pas de même lorsqu'il est infecté. Supposons en particulier le cas d'un malade atteint d'infection vésicale alors que ses voies urinaires supérieures sont saines. On peut craindre légitimement dans ces cas de transporter l'inflammation de la vessie au rein et d'aggraver considérablement la lésion préexistante. C'est là un point très important et qui mérite discussion; il est impossible en effet, quelques précautions que l'on prenne, d'aseptiser complètement le contenu vésical. Casper a fait à ce sujet un grand nombre d'expériences. Il a pratiqué le cathétérisme des uretères, chez plus de soixante malades atteints de cystites; en aucun cas, il n'a constaté d'infection ascendante. On ne peut cependant s'empêcher de songer qu'il s'agit là d'une série vraiment heureuse dont un ou deux résultats malheureux modifieraient singulièrement l'aspect. Nous n'avons nous-même jamais observé d'infection ascendante chez les nombreux malades de la clinique de Necker, soumis au cathétérisme; mais nous persistons néanmoins à croire qu'il y a là un danger réel; et nous pensons que l'on ne devra pratiquer dans ces cas le cathétérisme, que lorsqu'il y aura un intérêt de premier ordre, diagnostique ou thérapeutique, à le faire. Ces cas seront spécifiés plus loin.

Ces considérations exposées, il importe maintenant de connaître les modifications imprimées à l'urine par la présence de la sonde chez des sujets normaux afin de ne pas être exposé à prendre un fait naturel pour un phénomène morbide.

La rapidité de l'écoulement de l'urine dans les premiers instants qui suivent la mise en place de la sonde est des plus variables. Un seul fait est à peu près constant : l'écoulement assez abondant dans les premières minutes diminue d'ordinaire un peu plus tard. Prenant un fait au hasard,

(1) L'anesthésie est inutile dans la majorité des cas. Cependant, lorsqu'on a affaire à une vessie atteinte de cystite, si les conditions dans lesquelles se trouvent les malades laissent prévoir des difficultés particulières, on se trouvera bien de recourir au chloroforme.

nous voyons que les quantités expulsives de dix en dix minutes sont de 6, 5 et 3 grammes.

La quantité totale en vingt-quatre heures est d'ordinaire égale à celle de l'urine émise par l'autre rein. On peut cependant observer des variations en plus ou en moins.

Il en est de même de la densité :

La sonde ne détermine pas, par sa seule présence, l'apparition de globules blancs de l'urine et c'est là une constatation importante. Il n'en est pas de même des globules rouges. Il se produit habituellement une hématurie très légère, mais microscopiquement appréciable; elle est due soit à des éraillures légères de la muqueuse uretérale, soit à la congestion que détermine la sonde par sa présence. On comprend que, dans ces conditions, l'urine puisse devenir légèrement albumineuse, indépendamment de toute lésion rénale.

Quant aux cylindres, micro-organismes, etc., ils gardent naturellement toute leur importance.

*Contre-indications du cathétérisme des uretères.* — La première condition à remplir est évidemment l'introduction de l'instrument : elle nécessite un urèthre suffisamment large; un calibre numéro 25 est suffisant; on débridera au besoin le méat, on dilatera un rétrécissement, etc.

Chez un malade atteint de cystite, on commence par calmer l'état douloureux de la vessie. Une prostate trop congestionnée, une vessie trop facilement saignante, pourront apporter un obstacle difficile à surmonter par l'hémorragie à laquelle elles donneront lieu. Enfin, nous avons insisté plus haut, suffisamment, pour n'avoir pas à y revenir, sur ces considérations d'intégrité relative des voies urinaires supérieures ou inférieures.

III

**Indications du cathétérisme des uretères.** — *Sa valeur diagnostique.* — Il peut se présenter divers problèmes que l'on peut catégoriser de la façon suivante :

1° Un malade présente des troubles divers : s'agit-il ou non d'une lésion urinaire?

2° Il existe une lésion urinaire : siège-t-elle dans les voies urinaires supérieures ou inférieures?

3° Il existe une lésion rénale : quel est le rein atteint?

4° Un rein est malade : quel est l'état de l'autre?

5° Quelle est la nature de la lésion rénale?

1° S'agit-il d'une lésion des voies urinaires? — Sans doute, une pareille question se pose rarement. Il ne faudrait pas croire cependant que ce fait soit exceptionnel. En nous limitant aux cas dans lesquels le cathétérisme uretéral a été utile, nous voyons M. Albarran écarter le diagnostic d'hydronéphrose par ce procédé. Nous-même avons sondé une malade de M. Bouilly, chez laquelle on avait fait le même diagnostic et nous avons conclu que le rein n'était pas en cause. Dans ces deux cas, l'intervention vint confirmer ce résultat du cathétérisme. Pour résoudre les problèmes de ce genre, il faut laisser la sonde en place pendant plusieurs heures et comparer les urines des deux reins. Leur identité de constitution permettra, en se basant sur les recherches de MM. Guyon et Albarran (Congrès d'urologie, 1897), d'éliminer l'idée de rétention rénale.

2° Il existe une lésion urinaire : quel en est le siège? — Les cas de ce genre sont très fréquents. Il s'agit ordinairement de suppuration des voies urinaires accompagnée de cystite. On rattache ce symptôme à l'inflammation vésicale alors que le rein est lui-même en cause. Sans doute l'analyse attentive des symptômes, l'examen cystoscopique mettront sur la voie du diagnostic : mais parfois, il ne pourra être tranché que par le cathétérisme.

3° Il existe une lésion rénale : quel est le rein atteint? — Ici encore nous n'envisageons que ces cas, rares sans doute, pour lesquels l'examen clinique le plus attentif ne permet pas de résoudre la question. Nous avons rapporté le fait d'un malade du service de M. Guyon, antérieurement atteint d'une hématurie qui avait cessé à son entrée dans le service : le rein droit était augmenté de volume et cependant le cathétérisme vint démontrer que c'était le rein gauche qui était atteint.

4° Un rein est malade : quel est l'état de l'autre? — Nous abordons ici un problème d'importance moyenne, en chirurgie rénale. En dépit du perfectionnement de la technique et des méthodes opératoires, la néphrectomie est demeurée l'une des interventions les plus aléatoires de la chirurgie. Et sa gravité résulte d'ordinaire de l'état fonctionnel insuffisant du rein supposé sain.

On a pratiqué, dans certains cas, l'extirpation d'un rein unique : ici, la cystoscopie serait suffisante pour éviter une méprise aussi grave. Mais, d'autres fois, le rein opposé, bien que sécrétant de l'urine, est insuffisant à assurer, à lui seul, la dépuration urinaire; le cathétérisme seul permet de se rendre compte de sa valeur fonctionnelle; aussi pensons-nous que l'exploration directe du rein supposé sain doit devenir une manœuvre préalable nécessaire avant toute néphrectomie.

5° Quelle est la nature de la lésion rénale? — C'est le dernier point du diagnostic, souvent le plus difficile à établir. Les faits sont nombreux dans lesquels le cathétérisme des uretères a permis de résoudre ce problème. Mais il est nécessaire de catégoriser les cas.

A. Lésions du rein. — a. *Lithiase rénale.* — Le cathétérisme peut, dans ces cas, fournir des renseignements de différente nature. Tantôt, on retire par la sonde une urine purulente et cette indication, rapprochée des symptômes subjectifs que présentait le malade, permet de conclure à la présence d'un calcul : c'est en quelque sorte un diagnostic indirect. Tantôt les constatations sont plus précises, soit que l'on retire par le lavage du rein un fragment de calcul, soit que la sonde frotte sur la rugosité de la pierre, donnant ainsi une sensation aussi nette que l'exploration d'une vessie calculeuse avec un instrument en gomme. Kelly a publié diverses observations de ce genre. M. Albarran en a rapporté un fait fort intéressant dans lequel il obtint, de la façon la plus nette, la sensation d'un calcul qui frottait contre la sonde.

b. *Tuberculose rénale.* — On peut, dans les cas de ce genre, rechercher les bacilles dans l'urine extraite directement du rein. Il s'agit d'ordinaire de malades présentant, en même temps que des lésions rénales, des signes de cystite; la recherche des bacilles dans l'urine vésicale ne prouve rien pour les origines rénale ou vésicale, aussi l'exploration du rein présente-t-elle un réel intérêt. Le fait s'est produit pour deux malades, l'un de M. Albarran chez lequel on conclut à la tuberculose par l'absence de micro-organismes,

l'autre de Casper, pour lequel la recherche du bacille fut positive. Ces faits ont d'autant plus d'importance que, ainsi que M. Albarran l'a bien mis en lumière, des lésions secondaires s'associent fréquemment à la tuberculose, compliquant ainsi un ensemble symptomatique dans lequel il est difficile de définir la véritable signification de la lésion vésicale.

c. *Pyélites, pyélo-néphrites et pyélo-néphroses.* — C'est dans cette catégorie que rentrent une bonne partie des observations publiées. Nous avons déjà montré que le diagnostic pouvait être discuté entre une cystite et une pyélo-néphrite; dans ces cas douteux, il pourra être tranché par le cathétérisme.

d. *Hydronéphrose par rein mobile.* — On sait que le rein mobile peut, par divers mécanismes, amener des rétentions rénales. Il semble que ces cas ne soient pas favorables au cathétérisme de l'uretère, puisqu'il existe un obstacle qui doit arrêter la sonde. Or, il n'en est pas toujours ainsi. Notre maître, M. Schwartz, a communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'un malade atteint d'énorme hydronéphose droite; la rétention rénale était complète puisque l'urine du malade était claire tandis que le liquide contenu dans le bassinet était très fortement coloré. Or, chez ce malade qui fut sondé également par M. Albarran, il nous fut possible d'introduire une sonde sans la moindre difficulté et d'évacuer complètement environ deux litres de liquide. Nous aurons du reste, l'occasion de revenir sur ces faits, et nous nous bornons pour le moment à noter la possibilité du cathétérisme dans les cas de ce genre.

e. *Tumeurs du rein.* — Le diagnostic des tumeurs du rein a pu bénéficier aussi de l'exploration directe. Nous en connaissons deux observations : l'une de Casper, l'autre de M. Albarran; dans ce dernier cas, le cathétérisme permit d'extraire du rein gauche 80 centilitres d'urine sanglante.

B. Lésions de l'uretère. — a. *Obstructions de l'uretère.* — Nous rangerons, dans cette catégorie, différents faits dans lesquels il semble bien que l'uretère ait été obstrué, sans que la cause de la lésion soit bien établie.

Dans une observation de Pawlick, il s'agissait d'une femme qui fut prise brusquement de douleurs violentes dans l'hypocondre gauche; on songea à une colique néphrétique et on pratiqua le cathétérisme; il n'existait pas d'obstacle dans l'uretère, mais quand on retira la sonde, on vit que l'œil en était obstrué par une petite masse de mucus compact et résistant. Était-ce bien la cause de l'obstruction et cette obstruction elle-même existait-elle? Quoi qu'il en soit, les douleurs disparurent aussitôt et ne se montrèrent plus pendant quatre ans. Pawlick rapporte un autre fait dans lequel la sonde fut arrêtée par un obstacle siégeant à environ 20 centimètres de l'extrémité vésicale de l'uretère. On fit la néphrectomie et l'on constata l'existence d'une rétention rénale. Mais l'auteur ne donne pas d'indications précises sur la nature de l'obstruction.

Enfin, dans une observation de M. Albarran, le cathétérisme arrêta rapidement une crise de colique néphrétique, mais ne put donner de renseignements sur la nature de l'obstacle uretéral. Comme la néphrectomie démontra plus tard l'absence de calculs, il est difficile de tirer une conclusion certaine de ces cas.

b. *Spasmes de l'uretère.* — La preuve d'une lésion de ce genre est toujours difficile à donner si tant est qu'elle puisse déterminer réellement des accidents sérieux. Nous n'en connaissons qu'un fait dû à Casper et nous le donnons sous toutes réserves. Il s'agissait d'un jeune homme souffrant depuis plusieurs années de lésions rénales siégeant tantôt à droite, tantôt à gauche. On fit plusieurs tentatives de cathétérisme de l'uretère droit, mais la sonde fut toujours arrêtée à 4 centimètres de l'orifice. Enfin Casper eut un jour l'idée de renouveler l'exploration entre deux périodes douloureuses et la sonde put être alors introduite sans peine. On fit la néphrectomie, et on trouva deux calculs dans le rein. On peut penser évidemment qu'il s'agissait dans ce cas d'une obstruction de l'uretère par ces fragments calculeux; cependant le malade, qui s'observait avec soin, assura qu'il n'avait jamais uriné de pierres; d'autre part, il n'y avait pas de distension des voies urinaires; enfin les douleurs reparurent encore après ces dernières tentatives heureuses de cathétérisme. Ces diverses raisons nous ont conduit à donner à ce fait, sous toutes réserves, la signification que lui a donnée Casper lui-même.

c. *Plaies de l'uretère.* — Les récentes discussions ont montré que l'uretère pouvait être blessé soit au cours d'une extirpation des annexes, soit pendant une hystérectomie vaginale. Or, dans ce dernier cas, il est difficile de se rendre compte de la lésion autrement que par le cathétérisme des uretères, au moins dans les premiers jours. Nous ne connaissons qu'un fait dans lequel ce mode d'exploration ait été utilisé dans ce but : il est dû à Casper qui constata une blessure de l'uretère huit jours après une hystérectomie vaginale: cette observation est malheureusement dépourvue de détails.

d. *Rétrécissements de l'uretère.* — Les lésions de ce genre ne sont pas rares et la thèse de Noël Hallé a bien montré avec quelle fréquence les pyélo-néphrites s'accompagnent de strictures uretérales. Mais, dans d'autres cas, il s'agit, comme dans le paragraphe précédent, de blessures de l'uretère au cours d'interventions abdominales. Casper rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle l'uretère avait été sectionné au cours d'une ablation des annexes pratiquée par Israël, et la sonde montra la présence d'un rétrécissement.

Chez une malade de Pawlick, ovariotomisée par Billroth, on put s'assurer par le cathétérisme que l'uretère, observé au cours de l'opération, était imperméable; plus tard, on put constater qu'il était redevenu perméable; mais on dut renoncer, pour diverses raisons, à faire la dilatation du point rétréci et Billroth dut pratiquer finalement la néphrectomie.

Plus fréquemment, il s'agit de strictions uretérales coïncidant avec une pyélo-néphrite. Kelly, en rapporte une observation instructive dans laquelle on put faire le diagnostic précis du siège du rétrécissement dans la portion intravésicale de l'uretère; on reconnut en outre qu'il existait une dilatation non seulement du bassinet, mais encore de l'uretère. On put, par le cathétérisme, obtenir la dilatation du point rétréci et la guérison de la malade. Une autre observation, fort intéressante, de M. Albarran, est relative à une femme atteinte de pyélo-néphrite avec striction de la partie supérieure de l'uretère; par la néphrotomie, on put constater que ce conduit était à la fois coudé et rétréci : M. Albarran incisa le rétrécissement et put alors pousser la sonde jusque dans le bassinet.

Malheureusement, la malade très affaiblie antérieurement mourut quelques heures après l'opération.

e. *Calculs de l'uretère.* — Si la sonde peut donner des renseignements sur la présence d'un obstacle siégeant dans

l'uretère, il semble difficile qu'elle puisse en indiquer la nature. Pourtant, on sait depuis longtemps que l'exploration de l'uretère avec un instrument en gomme est le véritable moyen de reconnaître les calculs qui s'y sont engagés. Mais les difficultés sont bien plus grandes quand il s'agit d'une pierre arrêtée dans l'uretère. Cependant, on peut aussi obtenir dans ces cas la sensation de frottement rugueux; la sonde peut ramener avec elle un débris de calcul. Enfin Kelly a imaginé un nouveau procédé pour s'assurer de la présence de calculs soit dans le rein, soit dans l'uretère; il garnit l'extrémité mousse de sa sonde uretérale d'une sorte de capuchon de substance molle comme la cire; dès lors, celle-ci doit prendre l'empreinte de l'obstacle et même, s'il est friable, en emporter avec elle des fragments. Il est facile de reconnaître là un procédé depuis longtemps abandonné d'exploration de l'uretère; peut-être pourra-t-il rendre par l'uretère des services plus réels, mais Kelly n'a pas publié d'observations dans lesquelles il ait été employé.

Peut-être, dans l'un ou l'autre des cas de lithiase rénale que nous avons rapportés, s'agissait-il en réalité d'un calcul de l'uretère; cependant, nous n'avons pu rencontrer qu'une observation de ce genre, véritablement démonstrative. Il s'agit d'un malade de Casper atteint d'anurie calculeuse et ayant présenté déjà à diverses reprises des crises de coliques néphrétiques suivies de l'expulsion de petits calculs. Le cathétérisme de l'uretère permet de constater la présence d'un obstacle à 10 centimètres environ de son orifice vésical.

f. *Anomalie de l'uretère.* — Nous ne connaissons que deux observations de ce genre dues toutes les deux à M. Albarran. Chez l'une de ses malades, l'examen cystoscopique fit reconnaître à droite l'existence de deux orifices uretéraux: une sonde introduite par l'un d'eux pénétra jusqu'au bassinet; par l'autre orifice, elle n'arrive pas au delà de 5 à 6 centimètres.

Dans la seconde observation, présentée à la Société de chirurgie (16 juin 1897), il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'incontinence d'urine, chez laquelle on reconnut l'existence d'un uretère surnuméraire ouvert dans le vagin et en même temps que le cathétérisme montrait l'abouchement dans la vessie de deux uretères normaux. Le conduit supplémentaire put être abouché dans la vessie, et la malade se trouva complètement guérie de son incontinence.

g. *Recherches sur l'élimination rénale faites au moyen du cathétérisme des uretères.* — On sait que MM. Achard et Castaigne ont montré l'importance du mode d'élimination du bleu de méthylène pour l'étude des lésions rénales. Voici comment ils s'expriment à cet égard dans l'une de leurs communications à la Société médicale des hôpitaux :

« Étudier au moyen du cathétérisme des uretères les lésions unilatérales permettant de comparer l'urine éliminée par chaque rein. Par conséquent, les modifications urinaires qui peuvent résulter soit du régime, soit de l'état général, sont mises hors de cause, et il y a dans cette étude des lésions unilatérales, un terme de comparaison fort utile pour les cas médicaux où les deux reins offrent habituellement le meme genre de lésions. Nous avons déjà fait ressortir, dans nos publications antérieures, l'intérêt théorique et l'utilité pratique que présente le cathétérisme de l'uretère combiné avec l'épreuve du bleu de méthylène, pour apprécier séparément la perméabilité de chaque rein. Chez deux malades du service de M. Schwartz, M. Imbert, son interne, a bien voulu, sur notre demande, pratiquer cette recherche dont nous avons fait connaître les résultats. Or, chez l'un de ces malades atteints d'hydronéphrose et chez une femme atteinte de pyonéphrose, MM. Guyon et Albarran ont étudié récemment le passage du bleu et la composition de l'urine émise du côté sain et du côté malade, et ils sont arrivés à ce résultat fort intéressant que le rein imperméable au bleu laissait passer aussi moins d'urée, de phosphate et de chlorure. On voit, en somme, que les données fournies par l'étude de lésions unilatérales du rein apportent une confirmation précieuse aux conclusions que nous avions cru devoir tirer de nos recherches antérieures concernant la valeur théorique et pratique de l'épreuve du bleu de méthylène. »

IV

**Valeur thérapeutique du cathétérisme des uretères.** — La sonde uretérale n'est pas seulement un instrument de diagnostic, elle peut devenir aussi un auxiliaire utile dans le traitement des lésions rénales. A vrai dire, nous pensons que ce nouveau rôle est plus restreint que le premier. Aussi est-il indispensable ici d'étudier avec soin les cas dans lesquels le cathétérisme uretéral a été employé.

Il y a diverses façons d'employer la sonde dans un but thérapeutique : la plus simple consiste à la laisser à demeure; ou bien on peut répéter le cathétérisme à plusieurs reprises et à intervalles variables. Enfin, quelquefois, une seule séance peut suffire.

Le cathétérisme employé comme manœuvre pré-opératoire. — Kelly n'eut qu'à se louer de l'avoir pratiqué avant une hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus; au cours de l'opération, il lui fut possible, grâce à la sonde, de s'assurer constamment de la position des uretères et par conséquent d'éviter leur blessure.

Il existe une autre application plus fréquemment utile. M. Albarran a proposé de faire le cathétérisme des uretères préalablement à toute néphrotomie pour pyonéphrose; les lésions uretérales, et en particulier les rétrécissements, sont en effet particulièrement fréquents dans les cas de ce genre et sont probablement, en partie du moins, la cause de ces fistules persistantes, si difficiles à guérir. Or, par l'emploi de la sonde, on pourrait non seulement s'assurer de l'existence d'un obstacle, mais encore noter son siège; rien n'empêcherait, dès lors, de faire une uretérotomie ou toute autre opération, dont le but serait de faciliter l'évacuation du rein. Il est à présumer que la durée de la période fistuleuse serait ainsi considérablement raccourcie. Au reste, nous aurons l'occasion de revenir sur ces faits dans lesquels le cathétérisme, employé après l'opération, a permis la guérison rapide d'une plaie de néphrotomie. Il y a là des faits qui doivent être rapprochés.

Pyélites, pyélo-néphrites et pyonéphroses. — On a publié deux succès dans les cas de ce genre. Avant de les apprécier, il convient de donner quelques détails sur le manuel opératoire qui est un peu spécial.

La sonde introduite, il faut d'abord évacuer la poche. La chose est ordinairement des plus faciles, surtout si l'on a eu le soin d'employer une sonde assez volumineuse. Cependant, il est parfois utile de pratiquer l'aspiration avec une seringue, de faire une petite injection pour diluer le liquide pyonéphrosé, de remédier à une obstruction possible. Kelly

préfère recourir, dans ces cas, à un système de siphon analogue à celui que l'on emploie pour le lavage de l'estomac. Enfin, le massage du rein peut être utile pour aider à l'évacuation rénale. M. Guyon indique depuis longtemps la ressource que l'on pourrait trouver dans cette manœuvre pour évacuer les pyonéphroses, sans cathétérisme bien entendu; la présence de la sonde ne peut que le rendre efficace.

La poche étant vidée, il est nécessaire maintenant d'assurer un drainage permanent et aussi parfait que possible. Cette condition ne pourra être remplie que par le séjour prolongé de la sonde et sa surveillance régulière, qui permettra d'en prévenir l'obstruction. Enfin, il est utile de modifier la poche par des injections de nitrate d'argent de préférence; les injections, d'ordinaire, ne présenteront pas de difficultés et ne seront même pas douloureuses, puisque l'on a affaire habituellement à des bassinets distendus. Dans le cas contraire, il serait indiqué de recourir aux instillations. Tous les topiques seront appliqués, du reste, au bassinet dans les mêmes conditions que pour la vessie (injections de 1/1000 à 1/500, instillations de 1/100 à 1/50).

Voyons maintenant les résultats obtenus par ces diverses manœuvres. Kelly a publié l'observation d'une malade chez laquelle la simple évacuation du bassinet contenant 25 centimètres cubes de pus amena la guérison; mais les détails de ce fait sont absolument insuffisants pour juger. Casper raconte que, traitant par le lavage une pyonéphrose gauche, il n'obtint qu'une guérison relative. Il songea alors que le rein droit pourrait être aussi atteint, le sonda, en retira une urine trouble et fit un seul lavage au nitrate d'argent; la guérison survint rapidement. Est-ce à dire qu'il faille toujours compter sur un résultat aussi favorable? Nous ne le pensons certes pas, et nous nous sommes rendu compte plusieurs fois des difficultés que l'on éprouve à modifier utilement des pyélo-néphrites. Il est possible, cependant, que ces lésions, *prises au début*, donnent des résultats plus satisfaisants.

Les cas d'amélioration simple à la suite de lavages répétés sont beaucoup plus fréquents. Casper, Kelly, etc., en ont rapporté des observations, et l'on ne peut nier que l'évacuation et les lavages du rein n'aient, dans bien des cas, une réelle importance. Par contre, on observe enfin des cas dans lesquels le cathétérisme n'amène aucune amélioration. Il s'agit naturellement alors de pyélo-néphrites lithiasiques ou tuberculeuses.

La conclusion de ces faits, c'est que le cathétérisme constitue, pour certaines pyélites, un moyen de traitement efficace, d'autant plus actif que la maladie est plus récente. Il peut avoir une action favorable sur les lésions ascendantes, en éloignant de la vessie le pus qu'y déversait constamment l'uretère; il exerce sur la cystite une influence heureuse. Mais il ne faut pas se faire illusion sur son efficacité réelle. On n'obtiendra parfois qu'une légère amélioration, ou même qu'un résultat nul lorsqu'il s'agira de pyélites calculeuses ou tuberculeuses.

Obstructions et rétrécissements de l'uretère. — Nous avons déjà indiqué deux observations: l'une de Pawlick, dans laquelle les accidents reparurent après que la sonde eut extrait une petite masse de mucus compact et résistant; l'autre d'Albarran, dans laquelle les accès de coliques néphrétiques furent nettement arrêtés par le cathétérisme. A côté de ces faits dont la signification est difficile à préciser, nous pouvons en placer d'autres plus intéressants. M. Albarran a pu dilater progressivement l'uretère d'une malade à laquelle il avait fait une néphrotomie pour pyonéphrose. Kelly a obtenu le même résultat chez une de ses malades. Mais, dans ce dernier fait, le bassinet resta dilaté, malgré la suppression du rétrécissement uretéral. Quoi qu'il en soit, il y a là une voie utile à suivre dans le traitement des pyonéphroses.

Hydronéphrose. — Nous ne connaissons que deux observations de ce genre. L'une de Pawlick, qui obtint la guérison complète d'une hydronéphrose par rein mobile, après une trentaine de séances de cathétérisme; l'autre, dont nous avons déjà parlé, et qui a été présentée à la Société de chirurgie par notre maître M. Schwartz. Chez ce malade, qui fut vu également par M. Albarran, nous pûmes, par le cathétérisme, évacuer complètement une énorme hydronéphrose, dont nous fîmes le drainage pendant une quinzaine de jours. Au bout de ce temps, la sonde fut retirée; le malade, qui se considérait depuis longtemps comme complètement guéri, refusa de rester soumis à notre observation. Cependant, nous eûmes l'occasion de l'examiner de nouveau six mois plus tard environ, il nous assura que sa santé avait toujours été parfaite, et nous pûmes nous convaincre que le rein avait repris et conservé ses dimensions normales. Ce fait est des plus démonstratifs. Il serait à désirer que l'on mît en pratique le cathétérisme des uretères dans les cas de ce genre, afin d'étudier nettement quelles en peuvent être les indications. Il est actuellement impossible de conclure d'après ce seul cas.

Fistules rénales. — On peut faire un traitement en quelque sorte préventif des fistules rénales. Nous devons à MM. Guyon et Albarran deux observations des plus intéressantes à ce point de vue. Dans les deux cas, on fit une néphrotomie pour pyonéphrose; mais grâce à la sonde uretérale, la plaie se ferma en quelques jours et ces malades se trouvaient complètement guéris. Or, l'on sait combien les incisions de ce genre restent longtemps fistuleuses.

On peut aussi diriger le cathétérisme contre une fistule déjà établie et sans tendance à la guérison. Nous ne possédons encore qu'un seul fait de ce genre, dû à M. Albarran. Il a trait à une jeune femme de vingt-deux ans, à laquelle on avait fait une néphrotomie pour une pyonéphrose d'origine puerpérale. La plaie était demeurée fistuleuse, suivant la règle. M. Albarran mit une sonde dans l'uretère. Après diverses péripéties, dont on trouvera le récit dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, la plaie se ferma définitivement; mais la malade resta soumise à de fréquents cathétérismes, grâce auxquels elle évitait des crises douloureuses.

V

**Conclusions.** — Le cathétérisme des uretères est devenu un moyen diagnostique et thérapeutique d'une indiscutable utilité.

Au point de vue diagnostique:

Il constitue une ressource importante pour l'étude des rétentions rénales septiques et aseptiques.

Il permet de faire, par des constatations directes, le diagnostic des lésions rénales avec une précision inconnue jusqu'ici (rétrécissements et calculs de l'uretère, tuberculose rénale, etc.).

L'exploration du rein non malade est devenu le facteur obligé de toute néphrectomie.

Au point de vue thérapeutique :

Dans toute néphrotomie pour pyonéphrose, avec uretère infranchissable à la sonde, le cathétérisme cystoscopique permettra de noter le siège exact du rétrécissement, et par conséquent de compléter l'intervention par une uretérotomie avec pyélo-uretérostomie, etc.

Les fistules rénales devront toujours être traitées d'abord par ce moyen.

Les rétrécissements de l'uretère, qui se confondent souvent avec les fistules et les pyonéphroses, pourront être dilatés à la façon des rétrécissements de l'urèthre.

Il y a dans le cathétérisme des uretères une ressource qu'il ne faut pas oublier pour le traitement des hydronéphroses.

Quant aux pyélo-néphrites et pyonéphroses, ce serait s'abuser que de trop compter sur une guérison obtenue par ce moyen.

### BIBLIOGRAPHIE

Albarran et Lluria. Cathétérisme permanent des uretères, Soc. de biol., 1891. — Albarran. Technique du cathétérisme cystoscopique des uretères, *Rev. de gynécol. et de chir. hebd.*, mai-juin 1897 ; Congr. de Moscou, 1897 ; Congr. d'urologie, 1897 ; Soc. de chir, 1897. — Achard et Castaigne. Recherches sur l'élimination du bleu de méthylène, Comm. diverses à la Soc. méd. des hôp., 1897-1898. — Brown. *J. Hopkins Hosp. Bull.*, 1895, p. 14. — Casper. *Monographie*, Berlin, 1896 ; Le cathétérisme des uretères, *Deuts. Med. Wochens.*, 1895, n° 7 ; Traitement de la pyélite, *Wien. med. Presse*, 1895, n° 38 ; *Monatsb. der Krankh. der Harn und Sc.*, app. 1897, p. 54. — Hallé. Les maladies chirurgicales de l'uretère ; son exploration, *Gaz. des hôp.*, 1887. — Hollander, Winter, etc. Gesellssch. f. Geburtshülfe and Gynækol zur Berlin, in *Berlin. Klin. Wochens*, 1897, p. 457 et 612. — Imbert. *Le cathétérisme des uretères par les voies naturelles*, Th. de Montpellier, 1898. — Kelly. The ureteral catheter, *Am. J. of Obst.*, juin 1892 ; The direct examin. of the Bladder, *J. Hopkins Hosp. Bull.*, 1894, n° 16 ; et *Am. J. of Obst.*, janv. 1894 ; *J. Hopkins Hosp. Bull.*, 1895, p. 19 ; Diagnosis of renal calculous, in *Women Med. News*, 30 nov. 1895. — Witze. Zum cathet. der Harnleiter beim Manne, *Centralbl. f. Chir.*, 1895, n°s 9 et suivants ; Congr. de Rome, 1894 ; LXVIe réunion des médecins et naturalistes allemands, Vienne, 1894 ; *Berlin. Klin. Wochens.*, 1895, n°s 16 et 17 ; *Centralbl. f. die Krankh. der Harn med. Sc. organe*, 1897, p. 8. — Pawlick. *Wien. Med. Presse*, oct. 1886 ; Congr. intern. de Rome, 1894. — Poirier. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 1889. — Schultz. *Nouv. Arch. obst. et gynécol.*, 1887. — Schwartz et Imbert. Hydronéphrose guérie par le cathétérisme des uretères, Soc. de chir., 1897. — Simon. *Volkmann's Sammelung*, 1875, n° 88.

---

## OCCLUSION INTESTINALE PAR LOMBRICS

### LAPAROTOMIE ; MASSAGE INTRA-ABDOMINAL DU CÔLON ; GUÉRISON.

Par le docteur Alfred Rocheblave (de Valence),
Lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier.

L'observation que nous allons relater mérite d'être publiée, car elle consacre deux opinions qui vont à l'encontre de doctrines trop généralement accréditées.

1° Pour réagir contre les préjugés de la clientèle et la thérapeutique, toujours inintelligente, souvent dangereuse, des mères de famille rapportant aux vers intestinaux tous les troubles dont souffrent les enfants, certains médecins s'habituent à considérer les ascarides lombricoïdes, dont la symptomatologie d'ailleurs est nulle ou vague, comme ne pouvant produire que des désordres sans importance. On dit d'eux vulgairement qu'ils ne croient pas aux vers.

2° Beaucoup de médecins, d'autre part, regardent trop souvent encore la laparotomie comme une opération grave, faisant courir au patient des dangers de mort, par conséquent on ne doit y avoir recours qu'en désespoir de cause. On dit d'eux couramment qu'ils sont des sages, respectueux de la vie humaine ; et leur abstention, cependant, dicte, plus souvent qu'on ne croit, de véritables arrêts de mort.

Or, le fait, que nous rapportons, montre d'abord quels accidents formidables peuvent parfois produire de simples lombrics et prouve ensuite d'une manière éclatante combien la laparotomie est une opération simple, bénigne, inoffensive, à la portée de tout médecin sachant rester aseptique, et qu'on doit, le cas échéant, exécuter d'urgence, dans tous les milieux.

---

J'ai été appelé en août 1897 auprès d'une fillette de neuf ans que soignait mon excellent confrère et ami le docteur Ferlin. Depuis quatre jours, la petite malade était prise d'accidents graves d'occlusion intestinale. Lavementée sans succès, purgée sans résultats, d'abord avec du calomel à doses fractionnées, plus tard avec de l'huile de ricin par cuillerées à café toutes les heures, la malade accusait de violentes douleurs dans la région du côlon transverse qui ne tardèrent pas à devenir intolérables, les vomissements survinrent et l'opium ne put réussir à calmer ni les coliques, ni les vomissements.

C'est dans ces conditions que je vis pour la première fois cette petite fille. Le faciès est grippé, le nez effilé et refroidi, les yeux excavés et cernés. L'absence de selles persiste, les vomissements sont incessants et légèrement verdâtres. Le pouls est petit, misérable au delà de 130, la respiration est difficile. Pas de fièvre, collapsus, adynamie.

Le ventre est météorisé, excessivement douloureux ; les anses intestinales apparaissent sous la peau. La sonorité est générale sauf au-dessus de l'ombilic où la percussion délimite, correspondant au côlon transverse, une zone de matité de 12 à 15 centimètres de largeur sur 4 à 5 de hauteur. La palpation profonde, très difficile car la paroi se défend, permet toutefois, sinon de saisir, du moins de sentir une tumeur répondant à la zone de matité.

Dans l'ignorance, où nous étions, de la véritable cause de ces phénomènes, en présence et d'un état général excessivement précaire s'aggravant à chaque instant et de l'insuccès de la thérapeutique antérieure, nous fûmes d'accord pour décider, mon confrère le docteur Ferlin et moi, qu'une intervention chirurgicale s'imposait immédiatement. Nous nous trouvions malheureusement dans des conditions de milieu déplorables : pour salle d'opération, un taudis. Cette considération fut impuissante à nous retenir, dans la conviction où nous étions, que la laparotomie constituait pour notre malade la dernière chance de salut.

Deux heures après — temps matériel nécessaire pour aseptiser à l'étuve les instruments et les objets de pansement — nous pratiquons l'opération. Anesthésie au chloroforme, désinfection rigoureuse de la paroi abdominale, incision sur la ligne médiane, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. L'estomac, puis le côlon sont amenés en dehors et nous pouvons constater que la tumeur décelée par l'examen est uniquement constituée par des matières fécales refluant vers le cæcum ; nous trouvons ensuite sur le côlon

transverse, à l'union du tiers gauche avec les deux tiers droits, l'obstacle seule cause de l'obstruction. C'est un véritable bouchon donnant à la main qui le palpe la sensation d'un amas de grosse ficelle. A travers les tuniques de l'intestin nous arrivons à le dérouler et le reconnaissons formé par trois lombrics entortillés, enchevêtrés, pelotonnés. Pour les isoler nous pratiquons de véritables mouvements de massage essayant de les faire ainsi progresser vers l'S iliaque aussi loin que possible. Nous arrivons aisément à les dérouler, à les séparer, à les refouler. L'intestin est alors réduit et le ventre refermé par trois plans de sutures. Durée totale de l'intervention, pansement compris : trente minutes.

Quatre heures après l'opération l'enfant, entièrement réveillée, accuse un bien-être complet, les douleurs ont disparu, de même aussi les vomissements. Spontanément une débâcle se produit. Un lavement d'eau bouillie favorise alors l'expulsion de selles abondantes. L'enfant demande à boire et tolère bien les boissons froides.

Le lendemain matin la transformation est complète, le visage s'est épanoui. C'est une véritable résurrection. Le ventre est souple, le pouls est à 90, la température à 37 degrés. La malade supporte le lait qu'elle prend volontiers. Au troisième jour nous donnons 50 centigrammes de calomel et 20 centigrammes de santonine et nous aboutissons au résultat que nous avions pu d'avance annoncer à la famille : l'expulsion de trois lombrics! Au cinquième jour notre fillette se levait et au huitième jour la réunion était complète par première intention.

La laparotomie seule pouvait donner un pareil résultat. Toute autre médication eût été impuissante car il importait d'agir vite et la mort serait rapidement survenue. Il est impossible de voir, d'une part, un état général plus grave, d'autre part, une amélioration plus rapide, et cela montre combien par elle-même, en tant qu'acte opératoire, la laparotomie est inoffensive. Ce qui fait la gravité de la laparotomie, c'est donc qu'on opère le plus souvent trop tard, le médecin ne faisant appel au chirurgien qu'après avoir épuisé, une à une, des ressources généralement précaires. Le malade entièrement intoxiqué ne peut plus dès lors guérir et demander à la laparotomie de le sauver. C'est exiger d'elle plus qu'elle ne peut donner.

Trop souvent, hélas! on n'opère que des mourants, de sorte que nous croyons pouvoir proclamer que, lorsque la laparotomie constitue ainsi une extrême onction sanglante, celui qui véritablement tue le malade ce n'est pas le chirurgien qui opère, c'est le médecin qui a retardé l'opération.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Solution de créosote du hêtre pour lavements.

| | |
|---|---|
| Créosote du hêtre | 10 grammes. |
| Savon amygdalin | 10 — |
| Eau chaude | 130 — |

Triturez le savon dans la créosote, ajoutez l'eau chaude et filtrez.

Une cuillerée à bouche (15 grammes) renferme 1 gramme de créosote.

Nota. — Le savon amygdalin dissout son poids de créosote dans une quantité d'eau quelconque.

### Huile de foie de morue iodée.

| | |
|---|---|
| Iode bi-sublimé | 1 gramme. |
| Huile de foie de morue blonde | 1000 — |

Faire dissoudre l'iode par trituration dans l'huile et faire chauffer ensuite au bain-marie jusqu'à combinaison. (*Loiret.*)

Une cuillerée à bouche renferme environ 15 milligrammes d'iode.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juin 1898. — Présidence de M. Berger.

### RAPPORT

**Occlusion par torsion.** — M. Routier fait un rapport sur un travail de M. Delbet, relatif à plusieurs cas d'occlusion intestinale par torsion.

### COMMUNICATIONS

**Pylorectomie.** — M. Bousquet (de Clermont) relate l'observation d'un homme de quarante-sept ans qui, depuis six ans, souffrait de l'estomac et avait souvent des vomissements. Toutes les médications employées pour arrêter les vomissements et calmer les douleurs étaient restées sans résultat. Le 1er mars, M. Bousquet fit la laparotomie et, le ventre ouvert, sentit une induration manifeste au voisinage du pylore. Il excisa largement cette induration et sutura l'incision verticale qu'il avait faite sur l'estomac. Le troisième jour, il commença à alimenter ce malade. Les vomissements avaient complètement cessé et le malade fut rapidement guéri. L'examen de la tumeur ne permet pas de conclure à un cancer.

**Fistule vésico-vaginale.** — M. Nélaton rappelle que M. Berger a fait une communication relative à la thérapeutique chirurgicale des fistules vésico-vaginales, dans laquelle il préconisait la dilatation progressive du vagin avant la suture, comme étant fort utile dans certains cas. D'autre part, M. Chaput a communiqué au Congrès de chirurgie un travail sur une opération préliminaire immédiate pour favoriser le traitement de certaines fistules vésico-vaginales haut situées dans des vagins étroits. M. Nélaton vient d'avoir recours à cette opération dans un cas où elle lui a rendu un grand service.

Il s'agissait d'une grosse fille des environs de Poitiers qui, il y a quatre ans, accoucha seule, sans secours, en quatre jours. Elle resta vingt-quatre heures sans uriner, après quoi elle urina par son vagin. Elle vint à Poitiers où on lui fit une laparotomie on ne sait dans quel but. Trois ans après, elle vient trouver M. Nélaton avec une fistule vésico-vaginale au fond d'un vagin rétréci. Il est impossible de voir cette fistule qui est très haut située au-dessous du pubis. Une sonde introduite par l'urèthre sort dans le vagin à deux centimètres au-dessous de l'orifice vésico-vaginal qui est grand comme une pièce de 50 centimes. Il fallait donc boucher cette large perte de substance.

M. Nélaton demanda conseil à plusieurs de ses collègues. M. Michaux ne crut pas que ce fût un cas favorable aux débridements latéraux qu'il a préconisés. M. Ricard donna le conseil suivant : faire le premier temps de l'hystérectomie vaginale, abaisser le col de l'utérus ainsi libéré, puis l'amener et le suturer à la paroi, contre la fistule. M. Richelot donna à M. Nélaton le conseil de se servir du catgut. Enfin, se rappelant l'opération préliminaire préconisée par M. Chaput, M. Nélaton commença par pratiquer cette opération qui consiste à tailler une large brèche dans l'un des côtés du vagin et à fendre, de ce côté, la paroi jusque dans la fosse ischio-rectale. Le premier temps donna un grand jour et permit un accès facile sur la fistule. M. Nélaton suivit alors le conseil de M. Ricard, pratiqua le premier temps de l'hystérectomie vaginale, abaissa le col et le sutura contre la fistule. Il aboucha ainsi l'urèthre à la vessie. Puis il ferma la brèche ouverte sur le côté. Tout alla bien pendant quatre jours, puis il se forma une petite fistulette qu'il fallut aviver

ultérieurement et suturer. Le résultat définitif obtenu fut satisfaisant. Cette femme garde ses urines toute la nuit, quand elle est couchée ; quand elle est debout, elle peut les garder pendant une heure. Il faut se rappeler qu'elle n'a pas de sphincter vésical.

Il s'agit dans ce cas d'une forme de fistule vésico-vaginale assez rare et très difficile à boucher. Aussi, M. Nélaton est-il très reconnaissant à ses collègues, Chaput et Ricard, auxquels il doit d'avoir pu arriver à fermer cette fistule.

M. CHAPUT remercie M. Nélaton et fait observer qu'en effet, ce simple débridement donne un accès très facile dans les parties les plus inaccessibles du vagin. Cette brèche se répare avec la plus grande facilité par une suture au catgut en haut et au crin de Florence en bas. Elle facilite, dans beaucoup de cas, l'hystérectomie vaginale pour fibrome, en particulier, dans les cas où l'on a affaire à un vagin rétracté ou rétréci.

**Traitement chirurgical des péritonites tuberculeuses.** — M. LEJARS appelle l'attention de ses collègues sur certaines formes spéciales aiguës de péritonite tuberculeuse nécessitant des interventions d'urgence. Il cite plusieurs exemples : dans un premier cas, il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, fort, vigoureux, qui fut pris tout à coup d'une vive douleur dans le ventre, avec constipation opiniâtre et qui présenta tous les symptômes d'une occlusion intestinale. M. Lejars le vit pour la première fois le 19 janvier. Le lendemain, il le trouva à peu près dans le même état. Le surlendemain, il eut des vomissements fécaloïdes. Il fit aussitôt la laparotomie, s'attendant à trouver une occlusion intestinale. L'intestin distendu était parsemé de granulations tuberculeuses jaunâtres. Il n'y avait pas traces d'occlusion mécanique. M. Lejars referma le ventre. Cinq heures après, le malade avait une selle abondante. Il s'est très vite amélioré. Voilà donc un cas, où une simple laparotomie a amélioré une péritonite tuberculeuse et fait cesser instantanément une occlusion intestinale.

Dans un second cas, il s'agit d'une femme de quarante ans, qui fut prise d'accidents péritonitiques très graves, en apparence d'origine appendiculaire, douleur vive et empâtement dans le point de Mac Burney, météorisme dans le reste du ventre, vomissements porracés, température de 39 degrés, etc., tous les symptômes, en un mot, d'une péritonite aiguë généralisée. M. Lejars fit l'incision à droite, comme pour l'appendicite ; il trouva une péritonite tuberculeuse, rien à l'appendice, pas de liquide, pas d'adhérences. Il referma sans drainage. On injecta du sérum. La malade survécut et trois mois après se trouvait encore très améliorée. Voilà donc deux cas de péritonite tuberculeuse grave dans lesquels la laparotomie a donné des résultats immédiats parfaits et un résultat définitif appréciable.

M. POIRIER rapproche de ces faits l'histoire d'un jeune homme de vingt-cinq ans, qui portait une masse tuberculeuse dans la région du cæcum. Comme il y avait de l'obstruction intestinale, M. Poirier fit un anus contre nature, referma le ventre. Ce malade va maintenant très bien.

M. ROUTIER communique l'observation d'une jeune femme qui présentait tous les symptômes d'une appendicite. Il fit la laparotomie, trouva du liquide, l'extrémité du cæcum libre, l'appendice nullement malade. En explorant la cavité abdominale, il sentit deux grosses masses dans le péritoine, qui étaient des ganglions tuberculeux. L'épiploon était couvert de granulations tuberculeuses, les trompes étaient également tuberculeuses. M. Routier se contenta de laver et de drainer. La malade alla bien. Les phénomènes d'occlusion aiguë disparurent. L'intervention a donné un bon résultat aussi au point de vue de la péritonite tuberculeuse.

M. BOUSQUET signale deux cas de péritonite tuberculeuse dans lesquels la laparotomie lui a donné de bons résultats datant, dans l'un, d'un an, dans l'autre, de trois ans.

### PRÉSENTATIONS

**Ablation du rectum.** — M. QUÉNU présente une malade à laquelle il a pratiqué l'ablation du rectum cancéreux par la voie abdomino-périnéale. Dans ce cas, il avait pratiqué la ligature préalable des deux hypogastriques. La malade a guéri très rapidement. Elle a un anus iliaque définitif.

**Appendice dans une hernie.** — M. POTHERAT présente un appendice qu'il a enlevé chez un jeune homme de dix-huit ans, au cours d'une cure radicale de hernie inguinale droite. Cet appendice, qui s'était enflammé, contenait une petite particule métallique.

La séance est levée.

---

## INSTRUMENTS ET APPAREILS

**Stérilisateur à eau de MM. A. Bardy et docteur H. Martin, pharmaciens.**

Tous les stérilisateurs à eau peuvent se réduire à deux types : le stérilisateur continu, le stérilisateur discontinu.

Le premier consiste en un récipient chauffé soit à feu nu, soit dans un sel fusible, soit par la vapeur, dans lequel passe continuellement l'eau qui se rend dans un reservoir. Si on ne sait pas très bien se servir de cet appareil, ou si on veut aller trop vite, l'eau qui peut atteindre une température de 100 degrés à 105 degrés n'arrive plus qu'à 80 degrés et même moins, selon la vitesse du courant.

Enfin, objection beaucoup plus grave, les réservoirs ne sont pas stérilisés.

Les appareils discontinus ne fonctionnent que par intermittence. L'eau est chauffée à l'autoclave à 134 degrés et est recueillie après refroidissement. Les réservoirs peuvent être stérilisés. Cependant, il y a deux défauts à signaler :

1° On n'obtient qu'une petite quantité d'eau ;

2° Le réservoir étant placé à la même hauteur ou même plus bas que l'autoclave, si on oublie de fermer le robinet de communication, l'eau introduite pour une deuxième opération se mêle à l'eau stérilisée, et tout est à recommencer.

L'appareil suivant donne en abondance de l'eau stérilisée à un minimum de 125 degrés.

DESCRIPTION DU STÉRILISATEUR A EAU. — Cet appareil consiste en un autoclave A : à la partie supérieure, le tube B communique par le tube C avec les réservoirs R, R$^1$, R$^2$, contenant l'eau stérilisée. Le robinet D permet d'introduire dans l'autoclave l'eau de la cuve E dont la capacité est moindre que celle de l'autoclave.

Un niveau d'eau se trouve en F. A la partie inférieure, le robinet G laisse passer l'eau stérilisée sous pression, qui se rend dans le filtre H contenant de l'amiante. Ce filtre porte une soupape I ne s'ouvrant qu'à une pression d'une atmosphère. L'eau stérilisée passe ensuite dans le réfrigérant J, puis par le tube C dans les réservoirs R, R$^1$, R$^2$ et enfin aux robinets de sortie K, K$^1$.

Le réfrigérant J est alimenté par l'eau de la ville V qui arrive déjà chaude dans la cuve E.

Les réservoirs R, R$^1$, R$^2$, R$^3$ communiquent tous, le premier porte un niveau d'eau. Afin de pouvoir les nettoyer, on a ménagé à la partie supérieure une ouverture O sur laquelle est vissé un tube T, dont le fond est grillagé pour être rempli d'ouate stérilisée.

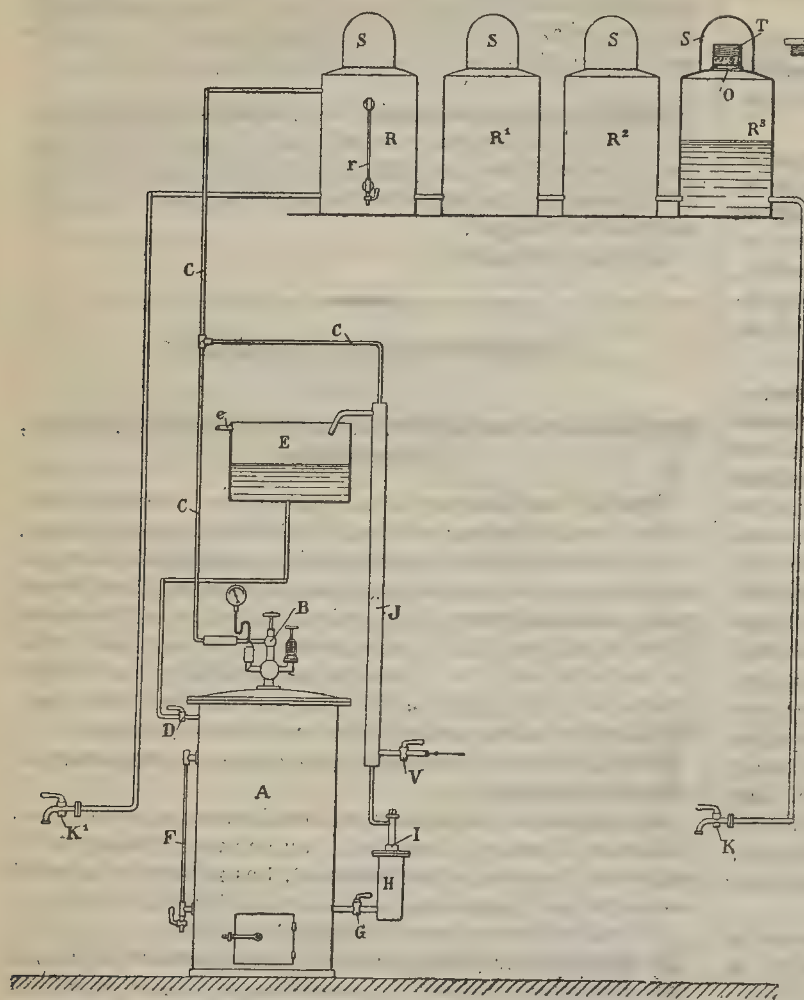
Pendant la stérilisation des réservoirs, ce tube est fermé hermétiquement par un bouchon P, qui ensuite est enlevé et remplacé par le capuchon S destiné à préserver l'ouate des poussières de l'air.

Manière de s'en servir. — 1° *Stérilisation des réservoirs de tous les tuyaux et des robinets de sortie.* — A l'aide du robinet D, on introduit dans l'autoclave l'eau de la cuve E. On chauffe à 144 degrés sous une pression de trois atmosphères.

Quand on a obtenu cette température, on ouvre le robinet B, la vapeur d'eau surchauffée se précipite dans les réservoirs et s'y condense tout d'abord. Mais bientôt les réservoirs s'échauffent et atteignent, à quelques degrés près, la température de l'autoclave. On ouvre alors les robinets K, K¹ par où la vapeur s'échappe après avoir chassé l'air et l'eau condensée. Une heure suffit pour assurer la stérilisation complète des réservoirs, des tuyaux et des robinets de sortie.

2° *Stérilisation de l'eau et réception dans les réservoirs.* — Les réservoirs, tuyaux et robinets étant stérilisés, on enlève les bouchons P, on place dans le tube T de l'ouate stérilisée et on recouvre du capuchon S. Les réservoirs sont ainsi transformés en vases communicants. L'eau de l'autoclave étant chauffée à une température de 134 degrés sous une pression de deux atmosphères, on ouvre le robinet G. Cette pression, comme on le sait, suffit pour faire monter l'eau à 20 mètres. L'eau passe dans le filtre H, soulève la soupape I, se refroidit en J et arrive dans les réservoirs R, R¹, R² qui sont à environ 3 mètres de hauteur, mais qui pourraient être beaucoup plus élevés. L'eau du réfrigérant J s'échauffe et va dans la cuve E.

Pour faire arriver l'eau de la cuve E dans l'autoclave A, on ramène le manomètre à 0 et on recommence une deuxième opération.




*Stérilisateur à eau de* A. Bardy et Dr H. Martin.

A, autoclave. — B, robinet de vapeur communiquant par le tube C aux réservoirs RR¹. D, robinet d'introduction d'eau dans l'autoclave. — E, cuve à eau avec trop plein *e*. F, niveau d'eau de l'autoclave. — G, robinet de sortie de l'eau stérilisée allant aux réservoirs. — H, filtre. — I, soupape ne s'ouvrant qu'à 125 degrés. — J, réfrigérant. — KK¹, robinets de prise de l'eau stérilisée. — V, robinet d'arrivée d'eau de la conduite de ville. — *r*, niveau d'eau des réservoirs d'eau stérilisée RR¹. — O, ouverture de nettoyage des réservoirs. — T, tube à fond grillagé se vissant sur l'ouverture O et destiné à recevoir de l'ouate stérilisée. — P, Bouchon de fermeture hermétique du tube T pendant la stérilisation des réservoirs. — S, capuchon préservant l'ouate des poussières de l'air.

Avantages de ce stérilisateur a eau. — Avec cet appareil, on stérilise donc les réservoirs, tous les tuyaux et les robinets de sortie. L'eau est stérilisée à 125 degrés, grâce à une soupape qui ne s'ouvre qu'à une pression d'une atmosphère.

L'eau de la ville n'alimente pas directement l'autoclave. Avec ce stérilisateur, la personne la plus négligente ou la moins expérimentée ne peut envoyer dans les réservoirs que de l'eau véritablement stérilisée.

Bien plus, comme ils sont à 3 mètres de hauteur, il est impossible, même en supprimant la soupape, d'y faire monter l'eau si la température est inférieure à 110 degrés.

La quantité d'eau stérilisée obtenue dépend de la grandeur de l'appareil ; celui que ses présentateurs ont fait construire en donne environ 300 litres par jour.

On peut mettre dans des bouteilles spéciales, allant au feu, cette eau stérilisée, qui peut ainsi se chauffer.

---

## CHRONIQUE

Par arrêté ministériel, en date du 3 juin 1898, M. le docteur Goujon, sénateur, a été nommé membre de la commission instituée près du ministère de l'agriculture pour répartir les fonds du pari mutuel et destinés aux œuvres de bienfaisance.

— Liste de départ pour les colonies :

1° Médecins principaux : 1 MM. Trabaud, 2 Négadelle, 3 Alix (P.-M.), 4 Prat, 5 Curet, 6 Alix (L.), 7 Rit.

2° Médecins de première classe : 1 MM. Reboul, 2 Fortoul, 3 Théron, 4 Percheron, 5 Arami.

3° Médecins de deuxième classe : 1 MM. Letrosne, 2 Ascornet, 3 Mesny, 4 Préboist, 5 Porre, 6 Mailliu, 7 Binard, 8 Michelet.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourguet, de Béziers ; Faucon, de Thérouanne ; Masson, de Fraize

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets pris à l'avance.* — Les gares de Paris, Lyon, Marseille, Saint-Étienne, Aix-les-Bains et Genève délivrent à l'avance, par série de 20, des billets de 1re, 2e et 3e classes, pour les gares de la banlieue de ces villes et réciproquement.

Ces billets pourront être utilisés dans les deux sens (aller et retour). Leurs prix présentent une réduction de 10 p. 100 sur les prix des billets ordinaires.

Les billets délivrés dans les dix premiers mois de l'année sont valables jusqu'au 31 décembre inclus, et ceux délivrés pendant les mois de novembre et décembre jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivante. — Les demandes doivent être adressées aux chefs des gares intéressées ou dans les bureaux-succursales.

---

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 70. — MARDI 21 JUIN 1898. 71e ANNÉE. MARDI 21 JUIN 1898. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 20 juin 1898.

L'article que nous avons consacré à la Maison Dubois (1) nous a valu, de la part d'un ancien chef de service de cet établissement, une longue lettre dont voici les principaux passages :

« Peut-être, dit notre correspondant, l'opinion d'un chef de service ayant passé par cet établissement aura-t-elle quelque chance d'éclairer les autorités compétentes et de hâter la suppression d'un organisme qui n'a que trop duré.

On peut affirmer sans exagération que la Maison Dubois ne rend pas de grands services et qu'elle présente, en revanche, de nombreux inconvénients.

Voyons d'abord quelle est son utilité. Les clients de cet établissement se divisent en trois catégories :

1° Des personnes besoigneuses qui seraient mieux traitées et plus économiquement dans les autres hôpitaux;

2° Des malades riches, très nombreux comme nous le verrons, qui seraient plus honnêtes et mieux avisés de se faire soigner dans les maisons de santé privées;

3° Des employés et fonctionnaires qu'il est convenable de soigner autrement qu'à l'hôpital.

En principe, c'est à cette dernière catégorie que serait réservée la Maison Dubois, et c'est l'argument qu'on fait toujours valoir pour la défendre; mais, en fait, il en est tout autrement. Les employés y sont, en effet, en minorité contre une forte proportion de malades aisés ou même fort riches, qui viennent surtout de province pour exploiter la Ville de Paris, toujours si généreuse.

Nous nous bornerons pour aujourd'hui à citer seulement quelques faits dont nous avons été témoin. Il y a quelques années, un malade entrait à Dubois sur le conseil de deux députés. L'un d'eux prit à part le chef de service et lui dit : « Votre malade n'est pas un malade ordinaire; c'est un de mes meilleurs agents électoraux, et puis c'est un homme très bien, il possède plusieurs millions! Je vous le recommande très chaleureusement. » Ajoutons que l'économe personnage était maire de son pays et conseiller général.

Nous en appelons à tous les gens de bonne foi; est-il convenable de nous accabler d'impôts et de grever le budget des pauvres pour soigner presque gratuitement des millionnaires trop économes?

Une comtesse hollandaise, extrêmement riche, était tombée malade dans un des premiers hôtels de Paris; elle avait été prise de phénomènes de péritonite qui justifièrent son transfert à la Maison Dubois, où elle entra avec sa mère. Elle y subit une grave opération, resta deux mois et sortit guérie. Elle éblouissait tout le service par des peignoirs flamboyants et des nécessaires de toilette en or.

On n'apprendra pas sans étonnement que tous les étrangers qui tombent malades dans les hôtels de Paris sont, par ordre supérieur, dirigés sur la Maison Dubois.

Pour ne pas abuser, nous nous contenterons de citer encore l'exemple d'une malade qui resta près d'une année à Dubois et y dépensa plusieurs milliers de francs. Il est certain que pour cette somme elle eût pu s'offrir les soins des meilleurs praticiens.

Il est donc avéré que la Maison Dubois ne rend vraiment service qu'à une catégorie de gens riches et peu intéressants.

De ce fait, le corps médical et chirurgical de Paris est gravement lésé par la Maison Dubois qui lui enlève annuellement une grosse part des honoraires auxquels il a droit.

La Maison de santé n'est pas seulement inutile, elle est encore nuisible à divers points de vue.

D'abord elle grève lourdement le budget des pauvres, celui des contribuables et celui de la Ville de Paris; on sait en effet que les déficits de cet établissement oscillent depuis longtemps autour de 50,000 francs par an.

Un dernier reproche et non le moins grave : l'organisation de la Maison Dubois est absolument contraire aux règles de l'hygiène et à celles de la morale la plus élémentaire.

Alors que tous les médecins réclament avec juste raison l'isolement complet des affections contagieuses, on voit, à Dubois, s'entasser dans un même bâtiment des malades de médecine et de chirurgie et des contagieux atteints de variole, scarlatine, diphtérie et érysipèle.

Quatre grands escaliers servant de cheminée d'appel transportent à tous les étages les germes qui flottent dans l'air. Aussi observe-t-on en permanence des épidémies graves de grippe, d'érysipèle et d'autres affections contagieuses.

Par un dernier défi au bon sens, les infirmières sont souvent attachées alternativement aux infectieux puis aux malades de médecine et de chirurgie. Nous en donnerons la preuve quand on le voudra.

La morale n'est pas mieux traitée à Dubois que l'hygiène :

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 549.

il suffit de traverser les couloirs de cet hôpital à l'heure du repas des infirmières pour se convaincre de la mauvaise tenue de bon nombre d'entre elles. On les entend chanter et tenir des propos extrêmement piquants. La nuit on fait veiller des hommes souvent jeunes et vigoureux par des filles jolies pour la plupart, et cela sans aucune surveillance, aussi ce qu'on peut prévoir n'arrive que trop souvent.

En effet, deux malades se battirent pendant une nuit. Ils habitaient la même chambre et la garde de l'un avait pour lui des prévenances répréhensibles; est-ce vertu ou jalousie de n'être pas aussi bien traité? toujours est-il que l'autre malade protesta. Des injures, on en vint aux coups.

L'histoire fut contée le lendemain au chef de service qui mit la fille et son complice à la porte, ne voulant pas que son service passât pour une maison de tolérance.

Après ces quelques réflexions, il me semble inutile de conclure. La Maison Dubois est condamnée sans appel, et qu'on le veuille ou non sa disparition est fatale, ce n'est plus qu'une question de temps. »

Notre distingué correspondant a mis au jour les vices dont souffre la Maison municipale de santé. Mais nous croyons qu'il se leurre quand il escompte la disparition prochaine de l'établissement. Jamais l'administration ni le conseil municipal ne consentiront à fermer un établissement qui répond à un besoin indiscutable, car il est destiné à ceux qui ne sont ni pauvres, ni aisés, à cette catégorie de travailleurs et de salariés, de retraités qui touchent de faibles mensualités, et qui ne peuvent faire les frais d'une grosse maladie ou d'une coûteuse opération; à cette catégorie d'étrangers, qui n'ont également que peu de ressources et qui sont de passage à Paris. Ce qu'il faut, c'est limiter l'admission des malades à la Maison Dubois, à la catégorie de gens pour lesquels cet établissement a été institué.

Il serait simple de redonner à cette Maison son fonctionnement normal, par deux mesures légitimes, que réclame depuis longtemps le corps médical de Paris. N'ouvrir les hôpitaux exclusivement qu'aux vrais pauvres, aux véritables indigents. Supprimer les journées payantes qui sont une véritable anomalie dans ce lieu d'asile de la pauvreté, et ouvrir la Maison Dubois à ces malades payants; non pas largement et sans contrôle, comme cela a lieu aujourd'hui, mais après certaines formalités qui resteraient à déterminer, mais dont la plus simple nous paraît être la suivante : exiger, de chaque malade entrant dans la Maison, la signature d'une feuille imprimée ou manuscrite, dans laquelle il serait nettement spécifié et en gros caractères, que le malade accuse des ressources trop modestes pour pouvoir faire chez lui les frais de sa maladie.

Par une note surajoutée, l'administration réserverait ses droits et ceux de ses médecins traitants, si une enquête apprenait que le malade admis a dissimulé son état de fortune, pour tromper l'administration et ses médecins.

En réalité, enlever aux hôpitaux la clientèle des malades payants, la réserver à la Maison municipale, mais en ayant soin de limiter les admissions aux situations modestes, sont deux mesures qui se signalent à l'attention du nouveau directeur de l'Assistance publique.

---

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

On a signalé de différents côtés l'action stimulante qu'exerce **la somatose sur la sécrétion lactée chez les nourrices.** M. Renou, dans un cas où cette sécrétion s'était à peu près tarie à la suite d'une grippe, a pu observer à ce point de vue les bons effets de cette substance. Mais ce ne fut pas sans certains inconvénients assez curieux et dignes d'être relevés. Trois semaines après, en effet, on pouvait constater que la nourrice était devenue glycosurique et que cette glycosurie, qui s'élevait à 3 grammes par litre, disparut quand on renonça à la somatose. Le mécanisme de cette glycosurie n'est pas très facile à expliquer, à moins qu'on envisage, ce qui semble le plus probable, une suractivité glandulaire telle que le sucre formé ait pu dépasser la consommation par l'enfant, et par conséquent ait dû s'éliminer par les urines de la nourrice. Pendant l'administration de la somatose, le lait de la nourrice semblait avoir pris une saveur désagréable, car l'enfant refusait le sein, et eût même quelques troubles digestifs.

Il est bon d'ailleurs d'ajouter que la glycosurie n'est pas rare chez les nourrices.

M. Jacquet présente un malade syphilitique, ayant une **ostéite gommeuse du tibia**, rebelle au traitement intensif par frictions mercurielles, et par l'iodure de potassium, qui fut guéri en quelques jours par une injection de calomel. Les douleurs nocturnes disparurent dès le lendemain, et au bout de huit jours les nodosités du tibia avaient fondu.

Dans un cas de **gangrène pulmonaire** très suffisamment spécifiée par l'odeur de l'haleine et par l'aspect des crachats, M. Galliard est **intervenu par la pneumotomie.** Le foyer siégeait à la base droite et fut ouvert par M. Blum au moyen d'une large incision. On put constater alors, qu'il avait le volume du poing. Les jours suivants, la plaie suppura abondamment, et les bords de celle-ci rougirent. Neuf jours après, le malade succombait, et à l'autopsie on trouva une collection pleurale suppurée enkystée, à la partie antérieure du poumon, qui avait échappé à l'opération. De plus, il y avait de la péricardite. Il est loisible de penser que ce malade a pu succomber à une septicémie secondaire.

M. Florand publie un nouveau cas de **méningite cérébrospinale** à ajouter à ceux qui ont été signalés antérieurement à la Société médicale des hôpitaux par M. Netter. Ce dernier a pu ajouter à ce propos, qu'aujourd'hui il possède trente-deux observations de ce genre, depuis que son attention a été attirée sur ce point.

M. Dalché, revenant sur la communication de M. Sevestre dans la dernière séance, à propos de la **guérison de la méningite**, cite un cas observé par lui, chez un adulte qui présenta pendant huit jours, après une pneumonie, des accès d'épilepsie jacksonienne; dans ce cas, l'hypothèse d'une plaque méningée est au moins probable. Et la guérison ne fait pas de doute, puisque depuis cette époque, dix ans, le sujet en question n'a présenté aucun accident cérébral.

## HOPITAL BEAUJON. — M. TROISIER.

### Un cas de tétanos traité par des injections intra-cérébrales de sérum antitétanique.

Par C. BACALOGLU,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les expériences si intéressantes de MM. Roux et Borrel sur les toxines tétaniques (1) ont conduit ces auteurs à formuler les conclusions suivantes :

A maintes reprises, nous avons produit le tétanos cérébral (injection de toxine tétanique dans la substance cérébrale) sur des lapins qui avaient reçu jusqu'à 40 centimètres cubes de sérum antitoxique, quarante-huit et quatre-vingt-seize heures auparavant, c'est-à-dire après que l'antitoxine avait eu le temps de se répandre partout. Même dans ces conditions, elle ne protégeait pas les cellules nerveuses. Celles-ci n'ont pas pour l'antitoxine la même affinité que pour la toxine. Aussi l'antitoxine tétanique injectée aux animaux reste-t-elle dans le sang, tandis que la toxine en est extraite et fixée par les éléments nerveux. Le contre-poison n'arrive pas au contact du poison, et les deux substances, pourtant si rapprochées, ne se rencontrent pas. Le sérum est efficace contre la toxine mise sous la peau, puisque la majeure partie de celle-ci passera par la peau, mais il est impuissant contre le poison arrivé déjà aux éléments nerveux.

Quant au tétanos déclaré, chez le cobaye et le lapin, quelques gouttes de sérum antitétanique dans le cerveau guérissent mieux le tétanos que de grandes quantités introduites dans le sang ou sous la peau. Il ne suffit pas de donner de l'antitoxine il faut la mettre au bon endroit.

L'antitoxine portée dans le cerveau protège la moelle supérieure, alors que la moelle inférieure est déjà atteinte par le poison, mais elle ne défait pas les lésions accomplies. Les contractures établies au moment de l'intervention persistent longtemps. Aussi, l'injection intracérébrale ne sauve pas tous les animaux tétanisés ; si l'empoisonnement des parties supérieures de la moelle est fait, la mort ne sera pas évitée. Il y a un temps après lequel l'antitoxine ne peut rien, quelle que soit la façon dont elle est employée. L'injection intracranienne augmente la période d'intervention efficace.

Puis, MM. Roux et Borrel font la réserve suivante, qui nous paraît tout à fait justifiée : un animal dont le tétanos serait bulbaire dès le début ne guérirait peut-être pas mieux par le sérum injecté dans le cerveau que par le sérum injecté sous la peau.

Le 9 juin, à une heure de l'après-midi, il est entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de mon maître M. Troisier, un malade âgé de 38 ans, qui présentait du trismus, et une très légère contracture de la nuque. La température était à 38 degrés ; aucune plaie, aucune excoriation, sur le tégument externe. Nous pensons, qu'il s'agit d'un cas de tétanos au début : et d'accord avec notre collègue de garde Lacapère nous lui pratiquons une injection sous-cutanée de sérum antitétanique de 10 centimètres cubes, et nous prescrivons 8 grammes de chloral.

Dans les antécédents héréditaires de notre malade rien à relever ; il est marié, père de deux enfants bien portants. Agriculteur à Nanterre, il bine des betteraves et des choux, et emploie beaucoup de fumier pour engraisser la terre.

La maladie a débuté brusquement le mercredi 8 juin à midi. Il veut manger et il remarque qu'il ne peut pas ouvrir la bouche. Il ressent en outre de violentes douleurs dans les épaules ; le soir, il prend comme alimentation rien qu'un peu de lait. Malgré cet état, il avait travaillé toute la journée du mercredi. Dans la nuit de mercredi à jeudi, il éprouve un peu de raideur de la nuque, et à son entrée à l'hôpital nous constatons, avec les symptômes déjà énumérés, que la respiration est à 25 par minute, le pouls à 90. La peau est moite.

Le vendredi 10 juin, au moment de la visite nous constatons que le malade répond parfaitement aux questions qu'on lui pose ; l'intelligence et la mémoire sont nettement conservées.

La contracture a fait de grands progrès depuis hier : la figure est grimaçante ; si on lui dit d'ouvrir la bouche, on voit se dessiner les muscles du cou comme des cordes tendues, et malgré ces efforts il parvient à écarter à peine de quelques millimètres les arcades dentaires. Il existe également de la contracture des muscles de la nuque ; le sommet de la tête est enfoui dans l'oreiller, la tête et le tronc forment un arc de cercle. Les muscles pectoraux et abdominaux sont également rigides, et la respiration se fait surtout grâce au diaphragme qui supplée.

Pas de contracture des membres supérieurs et inférieurs.

Par moment, à l'occasion d'un bruit, d'une porte brusquement fermée, le malade a des paroxysmes douloureux. Il éprouve des tressaillements pénibles dans les muscles de la face, et la contracture de la nuque s'accentue. Ces paroxysmes durent à peine quelques secondes.

A onze heures du matin, nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Temp. 38. Pouls 108. Resp. 30.

Nous considérons le cas comme extrêmement grave.

L'évolution rapide, les petits accès paroxystiques, l'accélération de la respiration nous font porter un pronostic des plus sombres. Alors, nous souvenant d'un cas de MM. Chauffard et Quénu (1), dans lequel il a été pratiqué une injection intra-cérébrale de toxine antitétanique, nous demandons le conseil du docteur Borrel, préparateur à l'Institut Pasteur. Bien que notre cas soit plus avancé que celui de MM. Chauffard et Quénu, le docteur Borrel est d'avis d'essayer comme dernière ressource l'injection de sérum dans la substance cérébrale. On fait une injection sous-cutanée de sérum antitétanique de 20 centimètres cubes à deux heures et demie de l'après-midi. M. Lejars pratique la trépanation à trois heures et demie. Remarquons que même pendant l'anesthésie chloroformique la raideur musculaire du cou et du thorax persistent. Il enlève deux petites couronnes de trépan, ayant un diamètre de 3 à 4 millimètres, de chaque côté du crâne, au niveau de la partie supérieure des bosses frontales.

Par les perforations ainsi produites avec une aiguille longue de 3 centimètres et enfoncée dans la substance cérébrale, le docteur Borrel injecte 14 centimètres cubes de sérum antitétanique solidifié, qui a été dissous dans 5 centimètres cubes et demi de sérum normal. On injecte de la sorte 2 centimètres cubes et demi à gauche, et 3 centimètres cubes à droite,

(1) *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1898, t. XII, nº 4.

(1) Cette observation, suivie de guérison, vient d'être publiée dans la *Presse médicale*. Nous aurons donc à revenir sur cet intéressant sujet. (*N. D. L. R.*)

quantité qui représente 14 centimètres cubes de sérum antitétanique. L'opération dure à peine une demi-heure ; elle est d'une grande simplicité. Le malade se réveille ; on compte 34 respirations à la minute, 110 de pouls. Nous le voyons à dix heures du soir; la température a monté à 39°5. Le pouls est à 150, la respiration à 38. Le trismus est moins accusé, mais les paroxysmes sont plus rapprochés, plus intenses. La contracture a gagné légèrement les membres supérieurs et inférieurs.

La nuit a été agitée, la respiration est devue plus haletante et plus fréquente.

Le malade meurt par arrêt de la respiration à sept heures du matin.

Nous avons pratiqué l'autopsie le lendemain matin. Après avoir enlevé la calotte cranienne et la dure-mère, nous constatons que la surface du cerveau présente une congestion intense ; mais au milieu de la troisième circonvolution frontale gauche, il y a une zone de l'étendue d'une pièce de 5 francs où la congestion est à son maximum, et se traduit par une surface rouge sombre. C'est le niveau de la piqûre; écartant le sillon qui sépare la troisième de la deuxième frontale, nous constatons une petite zone de ramollissement cortical : et en pratiquant des coupes nous constatons qu'au-dessous la substance nerveuse est tout à fait intacte.

Du côté opposé, on voit nettement la portion du cerveau, où a pénétré l'injection, sous la forme d'une zone jaunâtre; là, il n'y a pas de ramollissement de la substance grise ou blanche; ce qui nous fait croire que l'injection à gauche n'a pas pénétré dans le parenchyme, mais que l'aiguille s'est arrêtée au fond d'une scissure effleurant à peine l'écorce.

Signalons encore, au point de vue macroscopique, l'intégrité absolue du bulbe, de la protubérance et du cervelet.

Mais, au niveau du pied postérieur de la capsule interne gauche, près du genou, nous avons trouvé un petit foyer rouge, d'hémorragie cérébrale récente, de la grosseur d'un petit pois.

Du côté des organes thoraciques, signalons la parfaite intégrité du cœur; une congestion intense des poumons, avec des noyaux de légère bronchopneumonie aux bases. Les reins, la rate, l'estomac, sont normaux.

Nous relevons dans notre observation : l'absence de porte d'entrée visible ; aucune plaie, aucune lésion viscérale. Puis l'échec de la médication par le sérum antitétanique introduit sous la peau, et dans la substance cérébrale.

Le premier point est élucidé, on est sûr maintenant de l'inutilité de l'injection sous-cutanée une fois que l'affection est déclarée. C'est un sérum préventif, nullement curatif, la cellule nerveuse est déjà atteinte, et l'antitoxine n'a pas pour elle la même affinité que la toxine. Quant à l'action directe de la toxine sur les centres cérébraux, l'avenir prouvera la valeur thérapeutique de cette méthode. Dans notre cas, elle a échoué; le bulbe était certainement atteint, et le malade est mort par asphyxie. La méthode est rationnelle; Metschnikoff a prouvé la diffusion de l'antitoxine dans l'axe cérébro-spinal par les leucocytes ; mais nous croyons que le tétanos de l'homme ayant une prédilection pour les centres respiratoire et cardiaque du bulbe, une fois l'affection déclarée, l'antitoxine ne pourra plus influencer ces centres, bien qu'elle soit injectée en pleine substance cérébrale.

Peut-être aussi faut-il intervenir très tôt, à peine le trismus esquissé? Nous nous sommes cru autorisé à pratiquer l'injection intracranienne, alors seulement que le diagnostic était évident, et que la marche de l'affection était devenue rapidement envahissante; car, au point de vue clinique, tout le monde a vu des cas de tétanos légers guérissant au bout d'un certain temps, avec ou sans la médication chloralique à haute dose; et il ne faudrait pas considérer comme des succès thérapeutiques dus au sérum, ces cas relativement bénins. Dans le cas que nous relatons, l'affection s'est déroulée avec une grande rapidité, et le sérum n'a pas été utile.

---

## SUR LES MALADES RAPATRIÉS

### PAR LES NAVIRES AFFRÉTÉS DU COMMERCE ET LES TRANSPORTS-HÔPITAUX DE L'ÉTAT (1).

Par le docteur Bonnafy, médecin en chef de la marine.

Les transports-hôpitaux de l'État, dont le nombre s'élève actuellement à sept, ont commencé à fonctionner en 1879 pour l'Indo-Chine.

Les conditions de rapatriement étaient une traversée de trente-quatre jours en moyenne, de Saïgon à Toulon, et des parages remarquablement mauvais pour les malades, l'Océan Indien et la mer Rouge.

Dans la période quinquennale allant de 1879 à 1883, ces transports-hôpitaux donnèrent comme moyenne de perte 17 décès sur 1000 malades (1,7 p. 100); voilà pour leur valeur absolue. Voyons maintenant pour leur valeur relative :

A partir de 1886 et jusqu'en 1895, époque où nos transports-hôpitaux ont été immobilisés, pour des raisons absolument étrangères à l'hygiène, on fit concourir, au rapatriement des malades de l'Indo-Chine, des bâtiments affrétés du commerce. Pendant dix ans (1886-1895), ces deux moyens de transport ont donc fonctionné parallèlement, et cela sensiblement dans la même mesure, puisque, dans cette période, les transports de l'État ont rapatrié 11322 malades et les affrétés du commerce 11343.

Si l'on prend la moyenne des pertes subies pendant les traversées, on constate que, sur 1000 malades, les transports-hôpitaux de l'État en perdaient seulement 18, tandis que les affrétés du Commerce en perdaient 26.

En dehors des services rendus à notre corps d'occupation de l'Indo-Chine, nos transports-hôpitaux ont été fort heureusement utilisés dans plusieurs autres expéditions, soit coloniales, soit navales, notamment dans l'escadre de l'amiral Courbet, sur les côtes de la Chine.

Il ne faut pas oublier que, grâce à leurs excellents aménagements, en cas d'urgence, pour l'hospitalisation sur place, ces navires pouvaient être immédiatement transformés en *hôpitaux flottants*. Considérés sous ce dernier point de vue, ils pourraient recevoir très largement 300 malades; ce qui, pour fixer les idées, correspond, comme rendement, à trois hôpitaux de campagne. C'est pareil rôle que joua l'un de ces navires, le *Mytho*, dans l'expédition du Dahomey, en 1892, et c'est certainement à cet hôpital flottant, qui permit de soustraire sans retard aux influences telluriques les soldats gravement atteints par le climat, que fut dû en grande partie le succès sanitaire de cette campagne, si bien

(1) Communication à l'Académie des sciences.

préparée et conduite par la marine, et qui est, nous semble-t-il, trop laissée dans l'ombre.

Pour bien rendre à cette expédition sa vraie physionomie, il nous suffira de relever la donnée suivante :

Vous savez que, pour mieux apprécier une expédition coloniale, le meilleur critérium réside dans le rapport qui existe entre les morts par le feu de l'ennemi, et les morts par la maladie.

D'autre part, nous avons tous présents à l'esprit les éloges, mérités d'ailleurs, qui furent accordés à l'expédition des Anglais, en 1873, contre les Ashantis dans les mêmes parages.

Or, si nous comparons les résultats de ces deux expéditions, voici ce que nous constatons en ce qui concerne les effectifs européens, c'est-à-dire les troupes blanches :

Pour deux morts par le feu de l'ennemi, les Anglais eurent huit morts par maladie, et nous cinq seulement.

## THÉRAPEUTIQUE

### Mixture contre la gastro-entérite aiguë des enfants (M. A.-C. Dutt).

| | | |
|---|---|---|
| Sous-nitrate de bismuth . . . . | 2 | grammes. |
| Élixir parégorique . . . . } *ââ* | XL | gouttes. |
| Teinture de camomille . . } | | |
| Glycérine . . . . . . . . | 8 | grammes. |
| Eau distillée de cannelle . . . | 50 | — |

Mêlez. — Faire prendre par petites cuillerées à café toutes les trois heures.

### Vin quino-phosphaté (A. Robin).

| | | |
|---|---|---|
| Phosphate neutre de potasse. | 15 | grammes. |
| Eau. . . . . . . . . . . | 20 | — |
| Vin de quinquina au grenache. | 450 | — |
| Sirop de quinquina. . . . . | 50 | — |
| Acide phosphorique. . . . . | 1 | goutte. |

(*Gaz. hebd.*)

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Le diabète sucré et son traitement hydrologique** (1). Étude comparative, par le docteur É. Duhourcau, médecin aux Eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), lauréat de l'Académie de médecine, etc. — Préface de M. le docteur F. Garrigou, de Toulouse. — Ouvrage couronné par l'Académie de médecine; prix Capuron, 1894.

Pour donner une juste idée de cet ouvrage et de sa valeur pratique, nous ne saurions mieux faire que de relater le jugement qu'en a formulé M. le docteur Albert Robin dans son rapport à l'Académie de médecine, sur le concours du prix Capuron, en 1894 :

« Ce mémoire (n° 4), très volumineux, ne comprend pas moins de 700 pages.

La première partie est consacrée à l'étude médicale du diabète et à sa pathogénie...

La deuxième partie et la plus importante répond bien exactement au sujet proposé par l'Académie. Avant d'analyser séparément l'action de chacune des eaux minérales, l'auteur a rassemblé les jugements que les médecins dont le nom fait autorité, ont porté sur la cure hydrologique du diabète. Puis vient l'étude individuelle de chaque station, étude très complète où la plupart des eaux minérales sont passées en revue...

Il y a là un ensemble de pièces qui n'avaient point été réunies jusqu'ici...

Les conclusions par lesquelles l'auteur résume son long travail présentent un caractère de précision qui a vivement frappé les membres de la Commission, et constituent une sorte de *vade-mecum* très clinique, qui sera vivement apprécié...

Ce mémoire n° 4 répond donc très bien à la question posée par l'Académie, et l'érudition dont son auteur fait preuve évitera à ceux qui le liront les longues et difficiles recherches d'une documentation approfondie. »

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 27 juin au 2 juillet 1898)

### Examens de doctorat.

**Lundi 27 juin 1898**, à neuf heures et demie du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

A une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Humbert, Retterer et Poirier ; — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet et Weiss; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Segond et Ricard ; — (2e série) : MM. Delens, Kirmisson et Walther; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Widal ; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Marchand et Lejars ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Rémy et Tuffier ; — (2e partie) : MM. Hayem, Letulle et Gaucher; — M. Broca, suppléant.

**Mardi 28 juin**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Rémy, Gley et Weiss.

3e (oral, 1re partie) : MM. Campenon, Schwartz et Bar; — M. André, suppléant.

5e (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Cornil, Ballet et Achard ; — (2e série) : MM. Raymond, Marfan et Ménétrier ; — M. Polaillon, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Gilbert et Charrin ; — (2e série) : MM. Proust, Letulle et Thoinot; — M. Poirier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Peyrot et Brun; — (2e série) : MM. Berger, Nélaton et Albarran ; — (2e partie) : MM. Marie, Roger et Widal ; — M. Thiéry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bouilly.

**Mercredi 29 juin**, à neuf heures et demie du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

A une heure. — 1er (nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Retterer et Sébileau.

3e (oral, 1re partie) : MM. Marchand, Segond et Lejars.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Ch. Richet, Landouzy et Widal ; — M. Netter, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Humbert et Tuffier ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Delbet et Walther ; — M. Letulle, suppléant.

**Jeudi 30 juin**, à neuf heures du matin. — 2e de sages-femmes, *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas: MM. Budin, Maygrier et Bar ; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon et Thiéry.

3e (oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Bouilly et Albarran ; — (2e partie) : MM. Cornil, Charrin et Achard.

4e (1re série) : MM. Raymond, Chantemesse et André.

4e (2e série), *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gilbert et Netter.

3e (fin d'année, officiat) : MM. Schwartz, Roger et Ménétrier ; — M. Gley, suppléant.

**VENDREDI 1er JUILLET**, à neuf heures et demie du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

A une heure. — 1er (nouveau régime), *Ancien laboratoire de pharmacologie, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Poirier et Retterer.

4e : MM. Pouchet, Letulle et Thoinot ; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Kirmisson et Ricard ; — (2e série) : MM. Delens, Delbet et Broca ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Gaucher et Netter ; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Humbert et Sébileau ; — (2e série) : MM. Marchand, Jalaguier et Lejars ; — (2e partie) : MM. Potain, Gilles de La Tourette et Widal ; — M. Tuffier, suppléant.

**SAMEDI 2 JUILLET**, à neuf heures et demie du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire ; — M. Blanchard, suppléant.

A une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Retterer et Weiss ; — M. André, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Marie et Letulle ; — (2e série) : MM. Hutinel, Gilbert et Marfan ; — M. Albarran, suppléant.

5e (1e partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Berger, Brun et Nélaton ; — (2e série) : MM. Polaillon, Bouilly et Quénu ; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Peyrot et Campenon ; — (2e partie), 1re série : MM. Debove, Ballet et Achard ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Roger et Ménétrier ; — M. Thiéry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar ; — M. Schwartz, suppléant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour l'agrégation (chimie, physique, pharmacologie) vient de se terminer par les nominations suivantes :

PARIS : MM. Broca (physique) ; Desgrez (chimie) ; — LYON : MM. Bardier (physique) ; Sambuc (chimie) ; — MONTPELLIER : M. Bertin-Sans (physique) ; — TOULOUSE : M. Gérard (pharmacologie).

— Par décision présidentielle, en date du 11 juin 1898, M. Mouginet, médecin aide-major de première classe en non-activité pour infirmités temporaires, a été rappelé à l'activité et désigné pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital militaire du camp de Châlons.

— Par décision ministérielle, en date du 17 juin 1898, M. Lansac, médecin-major de deuxième classe au 89e d'infanterie, est désigné pour le 35e de la même arme ; M. Leymarie, médecin-major de deuxième classe au 35e d'infanterie, est désigné pour le 80e de la même arme.

— *Concours de l'externat.* — L'article 118 du règlement sur le service de santé, relatif au concours de l'externat, est révisé comme il est dit ci-après :

« Le jury des concours pour les places d'élèves externes en médecine se compose de huit membres, dont quatre médecins, trois chirurgiens et un accoucheur.

La désignation de ces huit membres aura lieu comme il suit : Les quatre médecins seront tirés au sort parmi les médecins des hôpitaux nommés dans l'année et les deux médecins adjoints du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. Dans le cas où le nombre des médecins des hôpitaux nommés dans l'année serait inférieur à six, on complètera ce nombre : d'abord par les médecins des hôpitaux les moins anciens qui n'auraient pas encore fait partie du jury de l'externat ; ensuite et s'il y a lieu, par les médecins des hôpitaux ayant été déjà juges de l'externat, en commençant par les moins anciens et dans l'ordre suivant : d'abord ceux qui auront été une fois juges, puis ceux qui l'auront été deux fois, et ainsi de suite, à l'exception cependant de ceux qui auraient fait partie du jury de l'externat de l'année précédente.

En aucun cas, le jury ne comprendra plus d'un médecin-adjoint du service des aliénés.

En ce qui concerne les trois chirurgiens et l'accoucheur, seront tout d'abord désignés les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux nommés dans l'année ; puis, et à défaut d'un nombre suffisant de ces membres, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux les moins anciens qui n'auraient pas encore fait partie du jury de l'externat ; et, enfin, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux ayant déjà été juges de l'externat, en commençant par les moins anciens et dans l'ordre ci-après : d'abord ceux qui auront été une fois juges, puis ceux qui l'auront été deux fois, et ainsi de suite, à l'exception cependant de ceux qui auront fait partie du jury de l'externat de l'année précédente. »

— *Concours de l'internat.* — L'article 120, relatif au concours de l'internat, est complété par la disposition additionnelle suivante :

« § 3. — On mettra dans l'urne, en même temps que les noms des médecins-chefs de service et des médecins des hôpitaux, les noms des médecins-chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en exercice ou honoraires, et ceux des médecins-adjoints de ces quartiers ; mais, en aucun cas, le jury ne comprendra plus d'un médecin aliéniste. »

— *Concours des prix de l'internat.* — Le § 6 de l'article 124, relatif aux concours des prix de l'internat en médecine, est complété ainsi qu'il suit :

« Pour la constitution du jury du concours de médecine, on mettra dans l'urne, en même temps que les noms des médecins-chefs de service et les médecins des hôpitaux, les noms des médecins-chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en exercice ou honoraires, et ceux des médecins-adjoints de ces quartiers ; mais, en aucun cas, le jury ne comprendra plus d'un médecin-aliéniste. »

— Le classement des élèves internes en pharmacie des hôpitaux de Paris aura lieu, à l'administration centale, 3, avenue Victoria, le 25 juin, à deux heures, pour les internes de deuxième, troisième et quatrième années ; le 28 juin, à deux heures, pour les élèves de première année.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des Voyages économiques, une excursion au *Château* et dans la *Forêt de Fontainebleau*, pour le dimanche 26 juin 1898. — Départ de Paris, 9 h. 05 matin. Retour à Paris, 11 h. 50 soir. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 20 francs ; 2e classe, 17 fr. 50 ; 3e classe, 15 francs.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre, et 10, rue Auber, à Paris.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8 QUAI DE RETZ LYON
KELENE

N° 71. — JEUDI 23 JUIN 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 23 JUIN 1898. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

De mémoire de journaliste et même d'académicien, on n'avait jamais vu pareille affluence à la salle de la rue des Saints-Pères. La cause de cet empressement inaccoutumé? L'élection d'un membre associé libre en remplacement de M. Mesnet. Le nombre des votants était de 95. M. Richer a été élu, au second tour, par 59 suffrages contre 33 donnés à M. Commenge. Cette élection, et celle de M. Vanlair (de Liège) comme membre associé étranger, ont occupé presque toute la séance, et c'est d'une oreille plus ou moins distraite que l'Académie a entendu une note de M. Blache sur l'emploi de crachoirs de poche à l'hôpital de Villers-sur-Marne; une notice d'un confrère de province, présentée par M. Bucquoy, sur l'obligation pour les logeurs de procéder à la désinfection des chambres habitées par des malades atteints d'affections infectieuses; enfin, un travail de M. Lallemand sur le fonctionnement des hôpitaux, en France, pendant la Révolution. Ce travail, très documenté, se termine par une lettre inédite de Xavier Bichat demandant au citoyen ministre de l'Intérieur une place de médecin surnuméraire à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Parmi les présentations, signalons celle qu'a faite M. Laborde du compte rendu de la Société d'autopsies. M. Laborde s'est appliqué à faire ressortir tout l'intérêt, au point de vue scientifique, que peut présenter l'autopsie de personnalités marquantes, telles que celles de Broca, Faidherbe, Viollet-le-Duc, Gambetta, etc. Pour ce dernier, il a insisté sur ce fait que, chez lui, la partie du cerveau qui est le siège de la localisation du langage articulé est double de celle que l'on rencontre habituellement.

L'Académie s'est formée en comité secret, à quatre heures et demie, pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements. L'ordre de classement porte : en première ligne, M. Ribemont-Dessaignes; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bar, Champetier de Ribes, Doléris, Labadie-Lagrave, Maygrier.

## HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT

### Broncho-pneumonie grippale; accidents méningés hémorragiques; mort.

Par le docteur J. MARTY, médecin-major de première classe.

Le soldat G..., du 42e de ligne, est un homme d'aspect très vigoureux. Il est grand, le thorax est bien développé, ses parents sont bien portants.

Sa santé habituelle est bonne. Cependant, en 1896, il a déjà eu une broncho-pneumonie. L'affection évolua normalement. Une convalescence d'un mois suffit pour le rétablir, et, depuis, il n'a plus interrompu son service.

Le 14 janvier 1898, son régiment était en pleine épidémie de grippe; il se sentit indisposé. Il présenta du mal de tête, de la courbature, des douleurs de jambes. La sensation de fatigue et l'abattement étaient considérables. A cet état, s'ajouta une toux fatigante, sans rien de bien net dans les poumons.

Puis, le 16, un assez fort point de côté attire l'attention sur le côté droit, où l'on ne trouve cependant que quelques râles peu abondants. Mais il s'y joint une élévation de température, qui décide à l'hospitaliser.

Le 17, affaissement, point de côté à droite, quelques râles secs et humides dans les deux poumons. Pas de souffle, expectoration peu abondante. Peu de sommeil. Toux fréquente. Pas de vomissements, selles normales.

Température : soir, 40 degrés.

Le 18, les râles augmentent d'importance. Les crachats sont teintés de sang. Oppression modérée.

Température : matin, 40°4; soir, 40°5.

Le 19, l'état s'est aggravé, mais précisé, et on perçoit au niveau et un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate droite un souffle franchement pneumonique.

Le soir, à la contre-visite, le souffle a envahi le sommet, et, de plus, est descendu vers la base. Tout autour, les râles secs et humides augmentent. Le malade est très affaissé, avec une somnolence semi-comateuse dont on ne le tire qu'avec difficulté; à peine se prête-t-il à l'examen.

Température : matin, 40°5; soir, 39°5.

Le 20, la nuit a été très mauvaise; le malade a eu du délire et a cherché à se lever. En plus des lésions du côté droit, on perçoit à gauche un souffle pneumonique à timbre amphorique fort étendu s'accompagnant de bronchophonie et de diminution de sonorité avec exagération des vibrations. La moitié inférieure de l'organe est envahie. Oppression.

L'affaissement est extrême, la parole difficile, les ailes du nez battent.

Le soir, perte de connaissance. Cependant, le tableau n'est pas celui de la méningite. Le malade est sur le dos, haletant.

Les yeux sont ouverts, le regard dirigé vers le plafond, mais les globes sont mobiles. De temps en temps, les paupières se resserrent avec une certaine force, mais ce n'est qu'une contraction passagère et qui disparaît de suite. Pupilles égales. Pas de plaintes, pas de vomissements, pas de rétraction du ventre, qui n'est pas non plus ballonné.

Température : matin, 39 degrés ; soir, 39°6.

Après la contre-visite, surviennent des convulsions d'une extrême violence. Jactitation bruyante, délire continu. Six hommes sont nécessaires pour maintenir le malade. Le pouls est rapide, régulier, égal. Pas de paralysie. On ne peut obtenir aucun signe de connaissance. Aucun médicament ne peut être absorbé. On prescrit de la glace, des sangsues aux apophyses mastoïdes, 2 centigrammes de morphine sont injectés, et la camisole de force est placée.

Le 21, le délire violent a continué toute la nuit. Le malade se rend compte de notre entrée dans le cabinet où il est placé, car, à une question, il essaie de répondre, mais de suite cette lueur de raison disparaît.

Les joues sont très rouges, le visage aminci, les yeux n'offrent rien de particulier.

Le délire persiste, violent. Il essaie de se dégager de la camisole. Il secoue furieusement la tête pour enlever la glace qui y est appliquée. Il ne cesse de parler. Tantôt il fredonne des refrains ou des fragments de chansons, tantôt il pousse des cris perçants.

Parfois, ce sont des syllabes sans suite, parfois des voyelles isolées ou des mots très courts. Parfois, ce sont des phrases complètes. Le tout débité avec une rapidité excessive, et, la parole ne pouvant servir la pensée, le malade s'embrouille et s'arrête au milieu des phrases.

Pas de rétention d'urine ni de constipation. Le malade a fait sous lui dans la nuit. Pas de vomissements. Pas de rétraction, ni de douleur du ventre.

Sueurs abondantes.

Le pouls est rapide, à 150 environ. La température ne peut être prise à cause de l'agitation continuelle.

A une heure, l'aspect du malade est considérablement modifié, la face a pris une teinte plombée, sauf les joues, qui conservent encore une certaine rougeur. Les paupières supérieures retombent sur le globe oculaire, et le malade ne les relève qu'avec peine. Les globes oculaires tendent à se convulser en haut. Les pupilles sont égales.

Au délire violent a succédé le silence et le calme. Il ne crie plus, ne cause plus, il essaie encore de se dégager de la camisole, mais faiblement. La tête seule remue encore avec violence quand on veut y appliquer la glace.

Décès à une heure et demie.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort (avec le concours de M. le médecin auxiliaire Morfau).

Rien de particulier à l'extérieur. Pas de traces de contusion de la tête, ni d'ailleurs.

Le cœur n'est pas dégénéré. Les valvules sont saines, le cœur est légèrement augmenté de volume et son poids net atteint 400 grammes. Caillots des deux côtés, mais tout récents ou ultimes.

Pas de péricardite.

Les plèvres ne contiennent pas de liquide, mais on constate des deux côtés des adhérences de date ancienne devant remonter à l'affection de 1896.

La muqueuse bronchique est rouge, mais ne présente, somme toute, qu'une quantité modérée d'exsudat. Tout le lobe inférieur gauche est intéressé. Il se présente franchement splénisé, surtout à la base. Il est dur, rouge-sombre. Dans le poumon droit, noyaux indurés d'autant plus abondants que l'on se rapproche plus du sommet où ils deviennent confluents. Le sommet gauche est lui-même congestionné, et l'on y sent quelques granulations tuberculeuses d'ailleurs peu nombreuses et très limitées.

Parmi les ganglions bronchiques, on en remarque quelques-uns infiltrés de sels calcaires crétacés réunis, formant une petite tumeur du volume d'une amande.

La rate pèse 130 grammes. Sa couleur est gris-violacé. Elle serait donc petite.

Reins assez fortement congestionnés.

On enlève la calotte cranienne. A travers la dure-mère intacte, on est frappé de l'aspect bleuâtre trahissant une forte congestion du système à sang noir.

Au-dessous de la dure-mère incisée, on la constate à droite sur la convexité, mais plus intense à la partie supérieure de la frontale ascendante et au niveau du pli courbe.

A gauche, même caractère, mais plus accusé encore.

De plus, on arrive aux lésions suivantes :

Au niveau de la partie supérieure de la frontale ascendante, empiétant sur l'extrémité des première et deuxième frontales, sur la pariétale et sur la scissure de Rolando, caillot mince en lame très peu épaisse. Le sang est déjà coagulé, mais il est rouge-noir et ne présente pas de fibrine séparée. Il est foncé, homogène. Pas de membrane d'enveloppe. Le sang est libre. Le caillot se détache sans effort ; sa longueur est de 5 à 6 centimètres longitudinalement, c'est-à-dire parallèlement à la scissure interhémisphérique, sur une largeur variable, mais maxima, de 4 à 5. Soulevé avec une pince, il vient en deux fragments.

En examinant avec attention le système vasculaire, on voit dans la scissure de Rolando une branche veineuse vide.

En écartant l'hémisphère de la faux du cerveau pour aller sectionner cette dernière, on constate qu'entre sa face gauche et la face interne du lobe existe encore un caillot allongé, assez large, mince, s'étendant au niveau du précédent, dont il est distinct cependant sur la partie supérieure de la circonvolution frontale interne et le lobule paracentral. Il tapisse la faux sur 7 à 8 centimètres et tend à se prolonger vers le lobe quadrilatère en suivant la déclivité résultant de la position couchée.

Le cerveau est enlevé ; on constate toujours à gauche un troisième caillot. Celui-ci est à cheval sur la partie interne de la crête qui sépare la fosse latérale antérieure de la moyenne. Il s'étend des deux côtés en lame toujours très mince et se trouverait donc en rapport avec la partie externe de la face inférieure du lobe supérieur et les parties voisines de l'extrémité antérieure du lobe temporal.

La couche de sang coagulé, de forme générale semi-lunaire, a 4 centimètres environ dans sa plus grande largeur.

Toute la partie moyenne de la base du cerveau est libre.

Les coupes diverses pratiquées dans l'organe ne font pas découvrir d'autre foyer hémorragique. Les ventricules sont libres. On remarque cependant un piqueté congestif assez accusé du tissu.

L'affection dont nous venons de relater la remarquable histoire a été vraisemblablement de nature grippale. Cette appréciation a pour elle ce fait qu'elle est survenue en pleine épidémie, et à un moment où le 42e en particulier fournissait un mouvement fort actif d'entrées pour broncho-pneumonies, affectant de plus les allures capricieuses et irrégulières des affections grippales de cet ordre. Elle a pour elle le début par un état grippal semblable à ceux que l'on observait tout autour chez d'autres malades, qui, plus heureux, n'arrivèrent pas à la broncho-pneumonie, surtout mortelle, l'état de faiblesse, la céphalalgie, les douleurs des membres, l'invasion, sa marche graduelle, le caractère spasmodique de la toux hors de proportion avec les phénomènes d'auscultation, l'absence de frisson initial.

Mais, ce n'est pas là ce qui lui donne son véritable intérêt. Il réside tout entier dans les phénomènes nerveux.

Au point de vue clinique, ces phénomènes peuvent se résumer ainsi qu'il suit : affaissement considérable, puis délire d'une violence extrême sans signes classiques de méningite, n'étant remplacé qu'une demi-heure avant la mort par le coma terminal.

La première impression qui pouvait venir à l'esprit était évidemment celle d'un début de méningite. Cependant tout en envisageant la possibilité du développement d'une complication cérébro-spinale grippale, des réserves furent faites vis-à-vis de l'absence de vomissements, de rétraction du ventre, de rétention d'urine. Nous pensâmes d'abord qu'il pouvait y avoir en jeu simplement du méningisme compliquant la lésion poulmonaire. Nous n'attachâmes pas une importance extrême à la question de la céphalée dont le malade se plaignait modérément et qui n'avait pas l'intensité qu'elle atteint habituellement dans les méningites.

La marche de l'affection nous fit d'ailleurs renoncer assez vite à cette impression et nous ramena à l'idée d'une lésion cérébrale de pronostic malheureusement plus grave.

De fait, la méningite n'existait pas, et c'est là un premier enseignement à tirer de cette observation. Mais il se produisait une congestion cérébrale et surtout méningée intense. Et elle entraînait les trois zones hémorragiques décrites plus haut qui sont l'intérêt capital de ce fait.

Il s'est agi d'épanchements sus-arachnoïdiens exempts de membranes d'enveloppe. Un des épanchements s'était effectué au point où l'on rencontre le plus souvent les hémorragies de cet ordre, c'est-à-dire le long de la faux du cerveau. Un seul côté a été touché. Au-dessous des caillots, la dure-mère était absolument saine. La quantité de sang épanché était minime et les caillots sensiblement contemporains.

Les hémorragies étaient de date récente, comme le prouvaient les caractères du caillot. Ce n'étaient cependant pas des lésions absolument ultimes, le sang ayant eu le temps de se coaguler.

Quelle était la source du liquide épanché? — Il nous semble qu'elle est bien mise en évidence, au moins pour le deuxième caillot. Le sang dont il était constitué devait vraisemblablement provenir de la branche veineuse trouvée vide et placée immédiatement au-dessous.

On doit se souvenir que les veines de la face externe des hémisphères se portent de dehors en dedans pour s'ouvrir dans la cavité du sinus longitudinal supérieur, après un trajet de 2 centimètres environ dans l'épaisseur de la faux du cerveau.

La lésion est donc ici prise sur le fait, et, par analogie, nous sommes tout disposé à admettre que l'hématome constaté le long de la faux du cerveau devait résulter d'une déchirure analogue des veines afférentes de même ordre.

Au point de vue clinique, on n'a noté ni étroitesse, ni rigidité des pupilles, ni douleur excessive, ni phénomènes de compression. Par conséquent le retentissement sur l'organe a été bien faible, et le fait est dû sans doute à l'extrême minceur du caillot.

Cependant on peut mettre sur le compte de la lésion les phénomènes nerveux constatés. Il est certain que le 19 au soir, c'est-à-dire quarante-huit heures avant la mort, l'état cérébral présentait une importante modification. Ce fut d'abord une somnolence anormale, mais passagère, que suivit cette excitation excessive, qui se développa dans la soirée et qui persista presque jusqu'à la mort.

Il peut y avoir des doutes pour l'état semi-comateux constaté à la contre-visite. Celui-ci, analogue à celui que nous avons constaté au début d'accidents pseudo-méningitiques grippaux, peut être rejeté sur l'action directe des toxines sécrétées par l'élément bacillaire et agissant sur les centres nerveux ou sur l'état congestif ayant précédé les accidents hémorragiques. Mais il n'en est pas de même des phénomènes consécutifs, et on sait que Fürstner cite des cas où l'hémorragie méningée a été l'occasion d'une excitation simulant le delirium tremens.

Quelle est maintenant la cause de cette lésion? — Elle doit sans doute être cherchée dans l'affection dont était atteint le malade. C'est donc la grippe qui est en cause.

On sait que les hémorragies méningées ont été observées dans le cours de bon nombre de maladies infectieuses. Griesinger et Buhl les ont notées dans la fièvre typhoïde ; Kremianski dans la fièvre récurrente ; Lancereaux et Hasse dans le rhumatisme articulaire aigu ; Hasse dans la variole et la scarlatine. De plus, la maladie infectieuse, d'après Huguenin, peut être aidée dans son action par une affection tussipare.

Or la broncho-pneumonie grippale est éminemment infectieuse. Elle est de plus essentiellement tussipare. Elle offre donc les conditions les plus favorables pour la production de ce grave accident.

D'autres hémorragies ont été signalées dans la grippe. Les épistaxis, les hémoptysies en sont la monnaie courante. Branthomme a signalé des métrorragies, deux cas d'ecchymoses sur les flancs, une uréthorragie.

Nous estimons qu'il est légitime d'allonger cette série en y inscrivant l'hémorragie méningée. Et ce ne sera pas le terme le moins important de la série des complications hémorragiques, ni celui dont l'explication est la plus difficile.

---

## TRAITEMENT D'UN ANÉVRYSME DIFFUS DE LA CUISSE

Par le docteur Gustave Le Filliatre (de Villejuif).

M. G..., trente-trois ans, boucher, se donne un coup de couteau dans la racine de la cuisse, le 8 juillet 1896. L'accident est arrivé comme il suit : légèrement incliné en avant, G... désossait un jarret de veau sur le bord d'une table, la main droite demi-fléchie, l'avant-bras en demi-flexion sur le bras, le coude écarté du tronc, quand tout à coup son couteau, glissant sur l'os, vint se planter profondément dans la racine de la cuisse droite.

Le malade quitte de suite son pantalon et du sang rouge, dit-il, sortait par « jets interrompus, chaque jet allant à deux mètres passés », expression du malade.

Voulant courir chez le pharmacien il a, au bout de quelques mètres, une syncope. Le pharmacien appelé en toute hâte se contente de mettre un peu d'ouate phéniquée sur la plaie en attendant l'arrivée du médecin. Ce dernier fait séance tenante deux points de suture sans lier de vaisseaux et recouvre la plaie d'un léger pansement. Le malade ramené chez lui me fait appeler quatre heures après l'accident.

Je constate alors que la cuisse droite est plus volumineuse que la gauche; portant au-dessous de l'arcade et un peu en dehors de son milieu une plaie longue de deux centimètres, se dirigeant obliquement en bas et en dedans.

Remarquons qu'alors l'incision était déjà un peu déviée en dehors à cause de l'épanchement sanguin qui avait infiltré le tissu cellulaire en dehors de la ligne des vaisseaux. Tout autour de la plaie se montrait une légère ecchymose.

A la palpation, la gaine des vaisseaux était souple, ainsi que toute la partie du triangle de Scarpa, située en dedans de la ligne fémorale. Toute la partie de la cuisse située en dehors de cette ligne, distendue par l'infiltration, donnait à la palpation bimanuelle une fluctuation des plus nettes, s'étendant depuis l'arcade jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du condyle externe du fémur.

Le pouls de la tibiale postérieure ne paraissait pas diminué.

Pas de trouble de calorification.

Pas de trouble de la sensibilité.

Les mouvements d'extension et de flexion de la cuisse sur le bassin étaient abolis.

Vu le siège de la plaie, je pensai tout d'abord à une lésion de la fémorale, mais vu que l'épanchement ne siégeait pas dans la gaine des vaisseaux et qu'il était bien limité à la région antéro-externe, je discutai la possibilité de la lésion d'une collatérale; aussi, le malade ne présentant aucun symptôme urgent, je fis la compression de la fémorale à l'arcade pendant une heure environ et ensuite une compression locale au moyen de compresses graduées.

Le lendemain, les mêmes symptômes persistent avec une ecchymose s'étendant depuis l'arcade sur toute la face antéro-externe de la cuisse; cette ecchymose persista douze jours.

8 juillet. Nous maintenons la compression locale et laissons le malade couché jusqu'au 10 août.

A cette époque, la tumeur, qui progressivement avait augmenté de volume, donnait au membre l'aspect d'une fracture du fémur au tiers supérieur. Néanmoins, la gaine des vaisseaux était restée libre et souple à la palpation, ainsi que toute la partie du triangle de Scarpa située en dedans de cette même ligne.

La palpation bimanuelle permet de reconnaître une fluctuation très nette mais moins étendue qu'au début et ne dépassant pas en bas le milieu de la cuisse.

La peau distendue, amincie, était devenue écailleuse.

Le membre droit était plus froid que le gauche.

Les mouvements d'extension et de flexion de la cuisse sur le bassin toujours abolis.

Pas de trouble de la sensibilité.

A l'auscultation, on entend un double souffle très net sur toute l'étendue de la poche à maximum à quatre centimètres au-dessous de l'arcade, et un peu en dehors de la fémorale, ce double souffle disparaît presque complètement quand on comprime la fémorale à l'arcade. Pas de frémissement, pas de battements au niveau de la poche.

A partir du 10 août, la température, qui n'avait pas dépassé 38 degrés le soir, augmente et oscille entre 38 et 38°5.

Vu l'élévation de la température, les troubles de nutrition et de calorification, je fais le 15 août une ponction capillaire au point le plus fluctuant et j'en retire un bon verre de sang rouge. Je fais suivre la ponction d'un pansement fortement compressif. La température continue à osciller entre 38 degrés et 38°5.

Le 20 août, nouvel examen du membre : l'hématome anévrysmal diffus avait repris son volume, mêmes symptômes.

Le 24 août, vu la persistance de tous ces symptômes, vu l'état général du malade qui s'affaiblissait de jour en jour et dont les téguments prenaient une teinte jaunâtre, je propose à la famille une intervention chirurgicale qui est acceptée.

L'opération est pratiquée le 26 août 1896. Mes amis Escat et Savariaud m'assistent avec une grande habileté. L'anesthésie est confiée à mon frère, externe des hôpitaux.

Notre intention était d'éviter d'ouvrir l'anévrysme, car nous craignions de nous trouver en face d'une grande cavité où l'hémostase serait difficile. Nous crûmes préférable d'ouvrir la gaine des vaisseaux et de comprimer successivement les différentes branches de la fémorale. Nous aurions lié celle dont la compression aurait amené la suppression des souffles.

Faisant une incision de douze centimètres remontant au-dessus de l'arcade, nous procédons avec soin à la dénudation de la fémorale. Un aide comprime l'artère au-dessus de l'arcade, au cas où nous tomberions en plein anévrysme. Au moment où nous ouvrons la gaine sur la sonde cannelée, un jet de sang jaillit jusqu'au plafond. Heureusement l'artère est sous nos yeux et l'hémorragie est vite arrêtée. Nous avions perforé la fémorale. La section est comprise entre deux ligatures. Alors, venant à ausculter la poche, nous constatons la suppression presque totale du souffle. Néanmoins, après compression des fémorales profonde et superficielle suivie d'auscultation, nous jugions utile de lier la fémorale superficielle à son origine, et la fémorale profonde après qu'elle a fourni quelques collatérales.

Après ces deux ligatures, le souffle avait complètement disparu.

Cependant, comme il nous semblait entendre un murmure lointain, je terminais en liant une collatérale de la fémorale profonde, qui me paraissait être l'artère du triceps.

Cela faisait en tout quatre ligatures et la disparition du souffle n'avait été obtenue qu'à ce prix.

La plaie fut drainée à sa partie inférieure et la peau réunie par sept crins de Florence.

Après ces ligatures, il restait ainsi un carrefour artériel, reste de la bifurcation de la fémorale, alimenté d'une façon visible sur la face externe par deux petites branches muscalaires et sur la face interne par la honteuse externe.

Conclusions. — La conduite classique est d'inciser les anévrysmes diffus et de lier les deux bouts de l'artère. Nous avons dit pourquoi nous n'avions pas suivi cette conduite. Sans vouloir ériger notre méthode en règle générale, nous ferons remarquer qu'elle reste applicable à un certain nombre de cas, ceux où l'on craindrait d'ouvrir une poche anévrysmale de volume trop considérable. Elle consiste à découvrir le tronc principal du membre dans le voisinage de la blessure et à comprimer successivement les différentes branches. On lie celle dont la compression amène la disparition du souffle.

Suites opératoires. — Guérison complète vingt-huit jours après l'opération. Le malade se lève. Le membre droit, à part la cicatrice, présente le même aspect que le gauche, toute la cuisse est redevenue souple; les deux cuisses à la mensuration présentent le même diamètre. La température, qui était tombée dès le lendemain de l'opération, est la même sur les deux membres. Le pouls de la tibiale postérieure est resté imperceptible. Les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin se font aisément. Le malade marche comme par le passé.

Au premier pansement, huit jours après l'opération, réapparition au niveau de la ligature de la fémorale profonde d'un léger souffle systolique qui persiste toujours, et probablement dû à une circulation récurrente se faisant au niveau du carrefour artériel précédemment décrit.

Actuellement, en juin 1897, huit mois et demi après l'opération, le malade, qui a repris ses fonctions de boucher depuis le 1er octobre 1896, se sert de son membre comme avant l'accident et ne se ressent de rien.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de la diarrhée des enfants.

Le phosphate de bismuth soluble, ou gastérine, est la seule préparation soluble de bismuth. Il est indiqué contre la diarrhée des enfants et des adultes et, en raison de sa solubilité, peut se combiner avec tous les médicaments qui ne doivent pas être administrés en poudre. La gastérine est plus facilement assimilable que les autres préparations de bismuth.

La gastérine est une poudre blanche, sans saveur ni odeur. On peut l'incorporer à toutes les farines lactées des enfants, poudres de lait, etc.

Tous les médecins qui l'ont employée en ont été satisfaits, et l'on n'en connaît aucune incompatibilité ou inconvénient. Le phosphate de bismuth soluble doit remplacer le sous-nitrate de bismuth pour tous les usages internes.

La gastérine peut se donner sans inconvénients à des doses élevées et pendant un temps indéfini.

Le docteur O. Dörffler donne 2 grammes de gastérine avec 100 grammes de sirop diacode et eau distillée aux enfants. La diarrhée cesse ordinairement dans les vingt-quatre heures. Il en continue l'emploi encore deux ou trois jours après.

Pour les adultes, le docteur Dörffler donne 4 grammes dans 100 grammes de sirop diacode et eau distillée, même dans les cas de tuberculose intestinale.

Le docteur Leiser a eu aussi d'excellents résultats analogues.

### Pilules de créosote.

Créosote officinale. . . . . . . . 10 grammes.
Poudre de savon amygdalin
desséché à l'étuve. . . . . . . . Q. S.

Faites 100 pilules molles contenant chacune 10 centigrammes de créosote.

Ces pilules ont une valeur thérapeutique incontestablement supérieure à toutes les capsules du même médicament. Il importe toutefois qu'elles soient préparées récemment.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

M. BLACHE fait une communication sur l'emploi des crachoirs de poche en aluminium à l'hôpital de Villers-sur-Marne. Ce crachoir fonctionne déjà depuis un certain temps, et on en obtient de bons résultats.

M. BUCQUOY communique une note d'un confrère de province, qui propose que la commission de la prophylaxie de la tuberculose demande l'obligation, pour les logeurs, de procéder à la désinfection des chambres ayant été occupées par des individus atteints de maladies infectieuses, en particulier de tuberculose.

### LECTURE

Les hôpitaux pendant la Révolution. — M. LALLEMAND, membre correspondant de l'Académie des sciences morales et politiques, lit un travail extrait d'un volume en cours de publication sur la Révolution et les pauvres. Dans ce travail, M. Lallemand fait connaître le fonctionnement des hôpitaux pendant la Révolution. Il communique plusieurs documents qui prouvent le dévouement et le désintéressement des médecins pendant la période révolutionnaire.

L'Académie se forme en comité secret.

## SOUSCRIPTION

### POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DU BARON LARREY

*Septième liste.*

M. le docteur A. Martrès, médecin-major de première classe en retraite, officier de la Légion d'honneur. . . . . . . . . . . . 5f

5f

Sixième liste . . . . . 8088f 50

Total. . . . . . . . . . 8093f 50

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Genouville, trésorier de l'Association des médecins de la Seine.

Les obsèques auront lieu aujourd'hui jeudi 23 juin, à midi très précis, en la basilique Sainte-Clotilde.

— Le ministre de la guerre vient d'adresser une instruction au sujet de l'application de la loi du 1er avril dernier, qui prescrit la mise en congé de réforme temporaire, pour raison de santé, de tout militaire appartenant à l'armée active, la réserve ou l'armée territoriale.

Les congés à délivrer pour inaptitude physique sont, par suite, au nombre de trois : les congés de réforme no 1 et no 2 (définitifs) et le congé de réforme temporaire. Lorsqu'un militaire est déféré aux commissions spéciales de réforme, il y aura à décider s'il y a lieu de prononcer la réforme et si la réforme prononcée sera définitive ou temporaire. Elle sera temporaire, s'il est constaté que l'intéressé est atteint d'une affection qui le met dans l'impossibilité absolue de servir actuellement, mais non de rentrer ultérieurement au service.

Le congé de réforme temporaire ne donne pas lieu à la délivrance d'un titre ; il en est simplement fait mention sur les livrets individuels et matricules et sur le registre matricule du recrutement.

La durée du congé de réforme temporaire étant d'un an, quarante jours avant son expiration l'intéressé sera convoqué devant la commission spéciale, qui décidera, après un nouvel examen médical, le rappel à l'activité, la réforme no 2 ou le renouvellement du congé temporaire.

En cas de rappel sous les drapeaux, le militaire est dirigé sur l'un des corps les plus voisins de l'arme à laquelle il appartient; toutefois, s'il ne paraît pas pouvoir être utilisé dans cette arme, il est dirigé sur un corps de l'arme à laquelle il est reconnu propre en raison de son aptitude physique.

Les réservistes et territoriaux reconnus aptes, après réforme temporaire, seront réaffectés.

Les hommes de l'armée active rappelés sous les drapeaux après réforme temporaire sont renvoyés dans leurs foyers et passent dans la réserve en même temps que les hommes de leur classe ; si le congé de réforme expire moins de trois mois avant leur passage dans la réserve, les hommes de l'armée active sont maintenus dans leurs foyers.

Les hommes de la réserve et de l'armée territoriale, dont le congé de réforme temporaire coïncide avec une période d'exercices, sont considérés comme ayant accompli cette période.

En cas de mobilisation, tout homme placé en congé de réforme temporaire est maintenu dans ses foyers jusqu'à l'expiration de ce congé.

— *Distinctions honorifiques.* — Par arrêté ministériel, en date du 22 janvier 1898, ont été nommés officiers d'Académie : MM. Antheaume, chef de clinique à l'asile Sainte-Anne, et Jules Dagonet, directeur de l'asile Sainte-Anne.

Par arrêté ministériel, en date du 19 février 1898, a été nommé officier d'Académie, M. le docteur Dive, administrateur de la caisse des écoles du XVIII[e] arrondissement de Paris, délégué cantonal.

Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1898, a été nommé officier d'Académie, M. Brouant, pharmacien, président du comité de l'Alliance française du XVI[e] arrondissement de Paris.

Par arrêté ministériel, en date du 5 mars 1898, a été nommé officier d'Académie, M. le docteur Desforges, professeur à la Société des secouristes français, à Paris.

Par arrêté ministériel, en date du 19 mars 1898, ont été nommés :

*Officiers de l'Instruction publique.* — MM. Madamet, médecin principal de première classe, sous-directeur de l'école du Val-de-Grâce et médecin-chef de l'hôpital d'instruction.

*Officiers d'Académie.* — MM. Lemoine, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce; Ferraton, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce.

Par arrêté ministériel, en date du 24 mars 1898, ont été nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Dumouly, conseiller municipal, délégué cantonal à Levallois-Perret, et Le Baron, médecin-inspecteur des enfants du premier âge, circonscription de Levallois-Perret.

Par arrêté ministériel, en date du 28 mai 1898, ont été nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Bertrand, conseiller général à Noirétable; Convers, délégué cantonal; Saint-Étienne, vice-président du comité d'organisation de la vingt-quatrième fête fédérale de gymnastique; Roche, à Saint-Symphorien-de-Lay; M. Jobin, pharmacien à Nantua, délégué cantonal.

Par arrêté ministériel, en date du 10 juin 1898, ont été nommés :

*Officiers de l'Instruction publique.* — M. le docteur Hitier, médecin-inspecteur des écoles du XVII[e] arrondissement de Paris, administrateur de la caisse des écoles; M. Giroux, fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris.

*Officiers d'Académie.* — M. le docteur Meunier, conférencier de la Société républicaine des conférences populaires; MM. Adnet, fabricant d'appareils de chirurgie, à Paris; et Bruyge, orthopédiste, à Paris.

Par arrêté ministériel, en date du 14 juin 1898, ont été nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Féolde, professeur à la Société française de sauvetage, à Fontenay-sous-Bois; J. Laborde, à Paris; Pascalis, président de la Société d'enseignement populaire de Paris et de la banlieue parisienne; Sibut, publiciste scientifique, à Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juin 1898, les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés membres des comités spéciaux chargés de l'étude des questions relatives aux demandes et à l'organisation des congrès internationaux en 1900.

Section I (Education et enseignement) : M. H. Beauregard, assistant au Muséum.

Section III (Sciences mathématiques) : MM. d'Arsonval, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Béhal, agrégé à l'école de pharmacie; Bergonié, professeur à la Faculté de Bordeaux : Fumouze, vice-président de la chambre de commerce de Paris; Gauthier et Moissan, membres de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Section V (Sciences naturelles) : MM. Balbiani, professeur au Collège de France; le professeur R. Blanchard, membre de l'Académie de médecine; Debierre, professeur à la Faculté de médecine de Lille; les professeurs Mathias-Duval et Farabeuf, membres de l'Académie de médecine; Filhol, membre de l'Institut; Gréhant, professeur au Muséum; Guignard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Hamy, membre de l'Institut; Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Letourneau, professeur à l'école d'anthropologie; Livon, directeur de l'Ecole de médecine de Marseille; Magnin, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon; Manouvrier, professeur à l'Ecole d'anthropologie; Marey, Milne-Edwards et Perrier, membres de l'Institut et de l'Académie de médecine; Richet, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Sauvage, directeur honoraire de la station agricole de Boulogne-sur-Mer; Testut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Monoyer, professeur de physique médicale.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Laffont, suppléant de la chaire de pharmacie et de médecine, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 5 juillet 1898.

— Nous rappelons que le quatrième congrès pour l'étude de la tuberculose aura lieu à Paris, à la Faculté de médecine, du 27 juillet au 2 août 1898, sous la présidence de M. le professeur Nocard (d'Alfort); vice-président, M. le docteur Hérard.

Les questions à l'ordre du jour sont :

1° Des sanatoriums comme moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose;

2° Des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose;

3° Des rayons X, dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose :

4° La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie;

5° La lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux habités par les tuberculeux;

6° De la propagation de la tuberculose dans l'armée et de sa prophylaxie;

7° Le traitement des arthropathies tuberculeuses par les méthodes non sanglantes;

8° La prophylaxie de la tuberculose par la stérilisation du lait et de la viande.

9° La cure d'altitude et la cure marine de la phtisie pulmonaire.

10° Questions diverses au choix des membres du Congrès.

Prière d'adresser tout ce qui concerne les communications et l'organisation du Congrès à M. le docteur L.-Henri Petit, secrétaire général, à Paris, 18, rue du Pré-aux-Clercs.

— M. Morin, médecin de deuxième classe de réserve du port de Cherbourg, est maintenu, sur sa demande, dans les cadres de la réserve de l'armée de mer à l'expiration du temps de service exigé pour le passage légal dans l'armée territoriale.

M. Quintard, médecin de deuxième classe de réserve du port de Lorient, est rayé, sur sa demande, des cadres de la réserve de l'armée de mer, comme ayant accompli le temps de service exigé par la loi de recrutement.

— *Remplacement.* — Un étudiant, pourvu de tous ses examens de médecine, demande à faire un remplacement. — S'adresser à M. Maréchal, 15, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 72. — SAMEDI 25 JUIN 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 25 JUIN 1898. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Les paralysies de l'intestin; étiologie et formes cliniques.

Par Henry BERNARD, interne des hôpitaux de Paris.

Lorsqu'on parcourt les relations d'interventions opératoires pour occlusion intestinale, publiées en ces dernières années, on ne peut s'empêcher d'être frappé de ce fait que, dans un bon nombre de cas, il n'existait pas d'obstacle matériel au cours des matières.

Tel un cas de Siredey, dans lequel, malgré tous les signes d'une occlusion intestinale, on ne trouva aucun obstacle dans l'intestin, mais seulement un calcul du cholédoque. Tels les nombreux cas dans lesquels l'opération ou l'autopsie ne révélèrent que de la péritonite, bien que le malade eût présenté le tableau clinique de l'occlusion. Tels encore les faits dans lesquels, après une intervention opératoire sur l'abdomen, l'opéré présenta des symptômes d'iléus, sans qu'une seconde intervention pût faire découvrir le moindre obstacle mécanique au cours des matières.

A l'occasion de chacun de ces faits de pseudo-occlusion, on a émis des théories contradictoires, les uns voulant y voir de la paralysie intestinale, les autres du spasme. Plus grandes encore ont été les divergences quand on a voulu chercher la cause exacte du spasme ou de la paralysie, quand on a cherché à établir leur pathogénie. Quoi qu'il en soit, les faits cliniques sont là, donnant lieu à de graves erreurs de diagnostic.

Aussi nous a-t-il paru intéressant d'étudier, dans un travail d'ensemble, celui de ces troubles de la motricité intestinale que nous voyons en cause dans la plupart des cas cités, la paralysie de l'intestin. Nous élargirons à dessein le cadre restreint dans lequel nous nous sommes placé au début, ne nous bornant pas aux faits de pseudo-occlusion : l'entéroplégie donne lieu, en effet, à des troubles bien différents, suivant l'intensité avec laquelle elle se manifeste, et suivant le terrain sur lequel elle évolue : c'est l'ensemble de ces troubles que nous aurons en vue dans cette étude.

#### ÉTIOLOGIE

Les mouvements péristaltiques de l'intestin sont régis par des centres nerveux situés dans l'épaisseur des tuniques de l'organe, les plexus d'Auerbach et de Meissner. Ces plexus sont reliés aux centres supérieurs, moelle, bulbe, encéphale, par des nerfs, les uns centripètes, les autres centrifuges, les splanchniques et les pneumo-gastriques.

Les splanchniques sont les nerfs sensitifs de l'intestin; quant à l'action motrice, elle est dévolue en partie au pneumogastrique, en partie au splanchnique, sans que l'action respective de ces deux nerfs soit encore nettement établie.

Un certain nombre de facteurs peuvent détruire cette harmonie physiologique, portant leur action soit sur le muscle intestinal, soit sur les centres ou conducteurs nerveux qui régissent sa motilité. Nous étudierons d'abord les paralysies dues au muscle intestinal lui-même, puis nous aborderons successivement chacun des autres éléments de ce qu'on peut appeler le circuit réflexe de la motricité intestinale.

#### I

**Paralysie due au muscle intestinal.** — La lésion des fibres musculaires de l'intestin a été signalée par plusieurs auteurs comme pouvant être, dans certains cas, la cause primitive des phénomènes de paralysie.

Deux ordres de lésions peuvent atteindre le muscle et amener son insuffisance fonctionnelle : des *lésions de dégénérescence* et des *lésions inflammatoires*. Mais, sans être altéré dans sa constitution anatomique, le muscle peut perdre tout ou partie de son pouvoir contractile ; deux causes peuvent amener ce résultat : la *fatigue du muscle*, et les *troubles de la circulation* dans les vaisseaux intramusculaires. Nous passerons en revue, successivement, ces quatre ordres de causes.

1° LÉSIONS DE DÉGÉNÉRESCENCE OU LÉSIONS SÉNILES. — La principale est l'*atrophie des fibres musculaires*. Cette atrophie dégénérative, vaguement signalée par Prus (1), décrite par Jürgens (2), a été bien étudiée par Thibierge (3) : des coupes faites sur dix intestins de vieillards ayant présenté une constipation opiniâtre, lui montrèrent une diminution

(1) PRUS. *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. VIII, p. 2.
(2) JURGENS. *Berlin. klin. Wochens.*, 1882, p. 435.
(3) THIBIERGE. Th. de Paris, 1884.

de l'épaisseur des deux couches musculaires, une diminution du diamètre des fibres et du volume du noyau.

Comme lésion sénile, il faut encore citer la *dégénérescence graisseuse* des fibres musculaires, trouvée dix fois sur quatre cents autopsies par Wagner (1); Jordan (2) a publié plusieurs cas de cette dégénérescence. Thibierge, dans les dix intestins qu'il a examinés, n'a jamais trouvé cette lésion.

2° Lésions inflammatoires. — Henrot (3) admet dans sa thèse la possibilité d'une inflammation primitive du muscle intestinal, sans qu'il y eût auparavant lésion de la muqueuse ou du péritoine : il donne à cet état le nom d'*engouement*, et lui attribue la constipation opiniâtre consécutive à la réduction d'une hernie étranglée ou à la kélotomie. Aujourd'hui, on n'admet plus guère cette inflammation primitive du muscle.

Par contre, il est des faits évidents d'inflammation musculaire, mais consécutivement à des lésions de la muqueuse intestinale ou du péritoine. Les lésions inflammatoires de la muqueuse se propagent avec la plus grande facilité au muscle sous-jacent, surtout lorsqu'elles sont chroniques. Henrot avait déjà rapporté un cas de dysenterie, dans lequel la muqueuse intestinale était détruite presque en totalité par des ulcérations : le muscle était incapable d'aucune contraction, et s'était laissé distendre à l'excès. Depuis, on a maintes fois retrouvé, dans les diverses entérites chroniques, un muscle intestinal inerte, ayant perdu tout pouvoir contractile : la dysenterie chronique en offre de nombreux exemples.

La propagation directe de l'inflammation de la séreuse péritonéale au muscle est moins prouvée. Henrot admet cette propagation dans les péritonites chroniques. Pour Guéneau de Mussy (4) « la phlogose du péritoine immobilise et paralyse les fibres musculaires sous-jacentes ». On connaît la loi de Stokes, d'après laquelle les muscles sont paralysés consécutivement à l'inflammation des membranes muqueuses ou séreuses qui les enveloppent. Cependant, dans les péritonites suraiguës, il est impossible d'admettre cette action directe de l'inflammation sur le muscle : le début du tympanisme coïncide presque avec le début de la péritonite, et l'inflammation de la séreuse n'a pu avoir le temps de se propager au muscle. C'est ce qu'avait bien vu Henrot, et c'est ce qui l'amena à chercher dans une action réflexe la cause de la paralysie musculaire dans ces cas.

3° Fatigue du muscle. — Sous ce titre, nous réunirons un certain nombre de causes assez disparates, mais qui toutes produisent une diminution momentanée ou définitive de la contractilité musculaire, succédant à une exagération de cette contractilité. De même en effet qu'un muscle volontaire, après un exercice exagéré, peut être incapable d'aucune contraction, ou tout au moins incapable de contractions aussi fortes qu'en son état normal, de même les fibres lisses, après une période de suractivité, peuvent être frappées de parésie ou de paralysie.

C'est ainsi qu'on a signalé depuis longtemps la parésie intestinale chez les hémorroïdaires, chez les vieux prostatiques, chez les malades atteints de fissure à l'anus, chez ceux sujets au ténesme rectal, chez tous ceux enfin dont l'intestin se contracte habituellement avec violence, que cette contraction soit volontaire ou non. Ce même mécanisme peut être invoqué pour expliquer en partie la constipation opiniâtre qui succède parfois aux diarrhées violentes, ou à l'administration de purgatifs drastiques ; dans ces cas, à vrai dire, la spoliation de liquide est le principal facteur de la constipation, mais elle trouve un adjuvant dans la diminution de la contractilité du muscle.

Dans cette même classe étiologique rentrent les faits de *distension de l'intestin* au-dessus d'un obstacle mécanique ; ici, il s'agit bien encore de l'épuisement du pouvoir contractile des fibres, de fatigue musculaire. Lorsqu'il existe, dans l'intestin, un obstacle complet ou incomplet au passage des matières et des gaz, la portion du conduit situé au-dessus de l'obstacle, lutte d'abord pour expulser son contenu, puis au bout d'un certain temps arrive la fatigue du muscle et sa paralysie.

Parmi ces cas de parésie ou de paralysie intestinale au-dessus d'un obstacle, un certain nombre se produisent au cours de la grossesse ou après l'accouchement. Lemazurier (1) a publié l'observation d'une malade qui, pendant sa grossesse, eut de l'obstruction stercorale due à la compression exercée par l'intestin sur l'utérus gravide; mais, fait intéressant, l'obstruction persista après l'accouchement : les fibres lisses, distendues, avaient perdu complètement leur tonicité. D'autres fois, les phénomènes d'obstruction font défaut pendant la grossesse, et ne surviennent qu'après l'accouchement : tel un cas de Peyton Blakiston (2) suivi de mort, et dans lequel l'autopsie révéla une distension considérable et une flaccidité complète des côlons, sans obstacle mécanique. Guéneau de Mussy, dans ses cliniques, signale « le météorisme qui se produit au début de la grossesse, qui dure parfois plusieurs mois, et peut, par son développement et sa durée, masquer l'état de l'utérus ».

Nous n'insisterons pas sur les autres causes de compression intestinale qui peuvent amener la paralysie de la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle. Mais nous ajouterons aux compressions, les strictures et coudures de l'intestin, le cancer de cet organe, et ses rétrécissements de causes diverses, enfin les *péritonites chroniques* : dans ce dernier cas, Henrot et après lui Denarié (3) admettent que l'épaississement de la séreuse, son adhérence à elle-même et aux organes voisins, apportent au libre jeu du muscle intestinal un obstacle que ce muscle cherche d'abord à vaincre en s'hypertrophiant; puis arrive la fatigue du muscle et sa paralysie. Henrot compare cette action à celle des adhérences péricardiques sur le myocarde.

C'est encore à la fatigue musculaire qu'il faut attribuer la paralysie intestinale consécutive à la distension du conduit par des gaz ; ceux-ci se développent en quantité anormale après l'absorption d'aliments grossiers, tels que du pain mal levé, des haricots, des fèves [Villemin (4)]; la formation de gaz en excès constitue un des principaux symptômes de la dyspepsie gastro-intestinale telle que l'a décrite Mathieu (5). Dans ces diverses circonstances, il peut

(1) Wagner. *Arch. der Heilk.*, 1861.
(2) Jordan. *Brit. Med. Journ.*, 1879.
(3) Henrot. Th. de Paris, 1865.
(4) Guéneau de Mussy. *Cliniques*, t. II, p. 20.

(1) Lemazurier. *Arch. gén. de méd.*, 1re série, t. IV.
(2) Peyton Blakiston. In Th. de Thibierge, 1884.
(3) Denarié. Th. de Paris, 1869.
(4) Villemin. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Constipation.
(5) Mathieu. *Gaz. des hôpit.*, 12 déc. 1891.

y avoir parésie et même paralysie des fibres musculaires de l'intestin, se traduisant dans le premier cas par une constipation marquée, dans le second cas par des phénomènes de pseudo-occlusion.

4° Troubles de la circulation. — La physiologie nous apprend que l'anémie de l'intestin provoque des contractions de sa paroi musculaire; réciproquement, sa congestion se traduit par un degré plus ou moins accentué de paralysie.

On a signalé fréquemment, chez les vieillards atteints de constipation chronique, une dégénérescence athéromateuse des artères du muscle intestinal. Aussi pouvons-nous admettre, avec Thibierge, que des artères durcies et dégénérées, dont le calibre ne varie plus guère malgré les excitations de leurs nerfs moteurs, seront un obstacle à l'anémie de leur territoire, d'où la suppression d'une cause de contractilité musculaire. Martineau (1) explique la constipation chronique des pléthoriques par la stase sanguine des veines intestinales.

Plus franche est l'action de la compression ou de l'oblitération de la veine porte; dans ces cas en effet, il y a congestion prolongée dans le système veineux intestinal. Les tumeurs du foie ou des organes voisins comprimant la veine porte, la pyléphlébite oblitérante, la propagation d'un cancer, seront autant de causes possibles de tympanisme, de constipation, et même de pseudo-occlusion.

II

**Paralysie due aux troubles de la sensibilité intestinale.** — Un certain nombre de substances médicamenteuses semblent paralyser l'intestin en anesthésiant ses terminaisons nerveuses, supprimant ainsi l'origine du réflexe moteur : telles l'opium, la morphine, la belladone.

D'autres causes agissent en émoussant la sensibilité de la muqueuse intestinale : c'est ainsi que l'abus des lavements, et principalement des lavements tièdes, l'abus des purgatifs, principalement des drastiques et des cathartiques, amènent une sorte de fatigue fonctionnelle des terminaisons nerveuses, qui ne réagissent plus aux excitations : d'où la suppression des mouvements péristaltiques. Le même mécanisme donne lieu à la parésie chronique de l'intestin chez les gens qui négligent d'aller à la selle; soit par suite d'une préoccupation intellectuelle ou morale vive, comme les savants, les gens de lettres; soit parce que la défécation est douloureuse, comme les malades atteints de fissure à l'anus; soit parce que les convenances sociales mettent obstacle à la satisfaction du besoin quand il se produit, comme cela se passe pour les femmes.

Enfin, d'après certains auteurs, les troubles de la sensibilité de la muqueuse seraient aussi en cause dans la paralysie intestinale que l'on voit apparaître au cours de certaines névroses et psychoses : la tympanite hystérique, notamment, serait souvent sous la dépendance d'une parésie intestinale (Henrot, Martineau). Axenfeld (2) attribue à la paralysie intestinale la tympanite hystérique totale, réduisant l'action du spasme à la production des tympanites partielles, des pseudo-tumeurs : sans nier la part de la paralysie intestinale dans les accidents de ce genre, on admet maintenant que le rôle le plus important revient au spasme. Dans l'hypocondrie, et dans diverses formes d'aliénation mentale, apparaissent des phénomènes du même genre, imputables, probablement, à un oubli de la sensibilité.

(1) Martineau. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Constipation.
(2) Axenfeld. *Traité des névroses*, p. 1020.

III

**Paralysie due à des lésions de la moelle.** — Au point de vue de la motricité intestinale, la moelle est à la fois un centre réflexe qui transforme inconsciemment l'excitation sensitive en excitation motrice, et un conducteur pour les impressions se rendant aux centres supérieurs, bulbe et encéphale, ou venant de ces mêmes centres. Une lésion médullaire pourra donc, à double titre, retentir sur l'intestin.

Nous passerons en revue successivement les trois sortes de lésions médullaires qui peuvent provoquer la paralysie intestinale.

1° Moelle sénile. — La moelle, comme les muscles et les nerfs, subit, du fait de l'âge, des modifications constitutives, sclérose et atrophie de ses éléments. Il est logique d'admettre que cette hypotrophie acquise se traduit, du côté de l'intestin, par une diminution de la tonicité musculaire; cependant, comme le fait remarquer Thibierge, les lésions séniles de la moelle sont peu marquées, et ne doivent rentrer dans l'étiologie de la paralysie intestinale que comme une cause adjuvante de la constipation des vieillards.

2° Traumatismes et compressions médullaires. — Les traumatismes de la moelle constituent une cause déterminante assez fréquente, et en tout cas indiscutable, de paralysie intestinale. Les fractures de la colonne vertébrale se placent au premier rang : Guéneau de Mussy (1) a vu, immédiatement après la fracture d'une vertèbre, se déclarer une tympanite excessive, avec refoulement du cœur et des poumons. Denarié (2) cite un cas semblable : constipation opiniâtre et tympanisme accompagnant une paraplégie, et résultant d'une chute sur la colonne vertébrale. Les luxations vertébrales, soit traumatiques, soit au cours du mal de Pott, produisent les mêmes effets.

Toutes les causes de compression médullaire siégant dans la moitié inférieure de la région dorsale, peuvent déterminer des phénomènes de parésie ou de paralysie intestinales : nous-même avons vu récemment une compression médullaire dans la région précitée, compression due à un cancer pulmonaire propagé à la colonne vertébrale, s'accompagner de constipation opiniâtre et de tympanisme. Nous n'énumérerons pas les autres causes de compression, toutes agissant par le même mécanisme.

3° Myélopathies. — Toutes les affections médullaires sont susceptibles d'amener des troubles dans la contractilité de l'intestin, à condition de siéger aux points voulus et d'avoir une intensité suffisante.

L'hémorragie de la moelle est signalée par Martineau comme une cause de constipation intense; il en est de même des myélites aiguës et des méningites rachidiennes.

Le *tabes* est une cause fréquente de paralysie intestinale. Henrot relate un cas d'ataxie locomotrice dans lequel il y

(1) Guéneau de Mussy. Loc. cit.
(2) Denarié. Th. citée, Obs. IX.

eut des phénomènes d'occlusion qui se terminèrent par la mort du malade. Depuis, on a observé de nombreux faits semblables. Dans le plus grand nombre des cas d'ataxie rapportés par Dujardin-Beaumetz dans sa thèse, il existait une constipation opiniâtre. Denarié donne huit observations personnelles de tabes : dans toutes il y avait une constipation opiniâtre ; il cite huit cas observés par Marie (de Strasbourg) : six fois la constipation existait, intense.

La *paralysie générale*, qui présente si fréquemment des lésions médullaires, s'accompagne souvent, comme le tabes, de constipation : Marcé (1) en avait déjà fait la remarque, et l'attribuait en partie à la diminution de la contractilité intestinale. Denarié, dans sa thèse, rapporte deux cas de pseudo-occlusion, qu'il observa à Bicêtre, chez des paralytiques généraux ; ces deux cas eurent une terminaison fatale.

## IV

**Paralysie due à des lésions du bulbe.** — C'est dans le bulbe que se trouve le noyau du pneumogastrique : une lésion du bulbe atteignant ce noyau provoquera donc une réaction dans les territoires terminaux du nerf, et en particulier dans l'intestin ; c'est ainsi que la paralysie labio-glosso-laryngée, les myélites bulbaires aiguës, les ramollissements, hémorragies et tumeurs du bulbe, pourront devenir une cause de paralysie intestinale.

Mais, sans qu'il y ait lésion anatomique, du moins appréciable, les cellules des noyaux bulbaires peuvent être influencées par des agents tels que la température, des toxines, etc. C'est à l'action de ces agents que certains auteurs attribuent la paralysie intestinale, ou mieux la parésie, qui se produit au cours des maladies aiguës. Sans nous prononcer sur cette question de pathologie non encore résolue, nous nous permettrons de faire rentrer dans ce chapitre d'intoxication bulbaire toutes les paralysies intestinales se produisant, sans cause locale, au cours d'une maladie aiguë infectieuse ou toxique : cette notion d'intoxication nous paraît pouvoir remplacer avantageusement, au moins comme hypothèse, le terme vague d'asthénie, si fréquemment employé dans ces cas.

La *dothiénentérie* est certainement l'affection de ce genre dans laquelle le tympanisme est le plus souvent constaté : c'est un symptôme classique de la maladie. Mais, outre cette parésie intestinale, commune et peu grave en général, il existe de véritables paralysies intestinales, comparables aux paralysies des membres, et pouvant d'ailleurs coïncider avec elles, survenant après la phase aiguë de la maladie, pendant la convalescence. C'est ce que Gubler (2) a décrit sous le nom de paralysies consécutives.

La paralysie intestinale a été signalée par Maingault (3) dans la *diphtérie*. Henrot rapporte deux cas de paralysie du rectum au cours de cette affection. Trousseau, dans ses *Cliniques*, cite une femme atteinte d'angine diphtérique, qui eut plusieurs paralysies, et entre autres une paralysie de l'intestin.

Gubler, dans son travail, décrit une forme paralytique du choléra, dans laquelle il y a paralysie des muscles de l'abdomen, de l'estomac et de l'intestin, d'où constipation

(1) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales.*
(2) Gubler. *Arch. gén. de méd.*, 1860, p. 257.
(3) Maingault. *Arch. gén. de méd.*, t. XLIV.

absolue et distension énorme du ventre. D'après le même auteur, on a noté la tympanite dans la variole. Denarié, dans sa thèse, rapporte une observation de pseudo-occlusion par paralysie intestinale chez un goutteux. Chevalier (1) a vu un cas de rhumatisme articulaire aigu, dans lequel des accidents de pseudo-occlusion alternaient avec les manifestations articulaires. A cette liste, on pourrait ajouter encore bien des affections aiguës : toutes sont susceptibles de provoquer des troubles de la motricité intestinale.

## V

**Paralysie due à des lésions du cerveau.** — L'encéphale possède une action réflexe sur les fibres musculaires lisses de l'intestin : cette action pourra être mise en jeu dans un certain nombre d'affections cérébrales.

L'existence de la constipation est de notion courante au cours du ramollissement cérébral, de la congestion et de l'hémorragie cérébrales, des tumeurs du cerveau (Martineau). Les méningites réalisent certainement le mode d'excitation de l'écorce le plus intense, d'autant que, dans la plupart des cas, cette excitation est presque généralisée à toute la surface du cerveau. Aussi la constipation constitue-t-elle un symptôme fondamental de la méningite, surtout de la méningite tuberculeuse qui, ordinairement basilaire, atteint presque à coup sûr les régions signalées par Ott et par Bechterew comme étant le centre de la motricité intestinale. Les épanchements séreux et sanguins des méninges s'accompagnent aussi le plus ordinairement de constipation.

## VI

**Paralysie due aux conducteurs nerveux moteurs.** — Ces conducteurs sont le splanchnique et le pneumogastrique. Chacun de ces nerfs peut être lésé ou irrité *directement*, comme par exemple le ferait une section du tronc nerveux. D'autre part, il peut être excité ou paralysé *indirectement*, par action réflexe.

Nous avons donc à étudier successivement : d'abord la lésion ou l'excitation directe des conducteurs nerveux moteurs, puis l'excitation réflexe de ces mêmes conducteurs.

I. Lésion ou excitation directe. — On sait peu de choses sur les excitants pathologiques directs du splanchnique. D'après Luton (2), la péritonite amènerait la paralysie intestinale par irritation directe de ce nerf. D'autre part, Thibierge met en cause, comme action adjuvante, dans la constipation chronique des vieillards, l'atrophie du système sympathique.

L'existence d'excitants directs du pneumogastrique est également tout hypothétique. Guéneau de Mussy se demande si le tympanisme qui accompagne certaines affections pulmonaires, telles que les pneumonies typhoïdes et le catarrhe suffocant, ne dépend pas d'une irritation du pneumogastrique. Dastre (3) fait le même rapprochement : « On a remarqué que les affections du cœur et des poumons, l'asthme en particulier, s'accompagnent de manifestations dyspeptiques et de flatulence. Le rôle que nous faisons jouer dans ce phénomène à la tonicité musculaire

(1) Chevalier. Th. de Bordeaux, 1883.
(2) Luton. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Intestin.
(3) Dastre. In Th. d'agrég. de Raymond, 1878.

et au pneumogastrique qui régit cette tonicité, nous paraît de nature à éclairer cette association jusqu'ici restée obscure. » Mais en somme, nous ne sortons pas du domaine de l'hypothèse.

II. Excitation réflexe. — Le chapitre des paralysies intestinales par action réflexe à point de départ autre que l'intestin, est l'un des plus importants, tant par la fréquence de cette cause étiologique, que par l'intérêt clinique de ses manifestations.

Henrot a le mérite d'avoir le premier posé nettement l'existence de ces paralysies réflexes, et d'une façon telle qu'il ne reste que peu de choses à en dire après lui. Depuis Henrot, cette question des paralysies intestinales réflexes a été maintes fois débattue, certains auteurs n'admettant pas cette cause de paralysie, et rapportant au spasme les phénomènes observés, d'autres n'admettant qu'une action simultanée du spasme et de la paralysie.

Pour plus de clarté, nous énoncerons successivement les divers organes dont l'irritation ou la lésion peuvent donner lieu à des phénomènes intestinaux réflexes, et à propos de chacun d'eux, nous exposerons l'opinion des différents auteurs.

1° *Péritoine.* — Les réflexes à point de départ péritonéal peuvent être provoqués par deux ordres d'excitants pathologiques : les *inflammations* et les *irritations non inflammatoires* (comme, par exemple, l'irritation exercée par un anneau herniaire sur le sac de la hernie) ; une troisième sorte d'excitation, non pathologique celle-ci, résulte des *interventions opératoires* portant sur la cavité abdominale.

a. *Inflammations.* — L'existence de parésie ou de paralysie intestinale déterminée par les inflammations aiguës du péritoine, n'est plus mise en doute actuellement; mais l'accord est moins complet lorsqu'il s'agit d'expliquer la pathogénie du phénomène. Nous avons vu que la loi de Stokes peut être invoquée dans le cas de péritonite par propagation, c'est-à-dire à marche lente : dans ce cas, la phlogose du péritoine immobilise la tunique musculaire sous-jacente. Mais cette explication est absolument insuffisante dans les cas de péritonite suraiguë, par perforation d'un organe de la cavité abdominale. Henrot, le premier, chercha dans une action réflexe la cause des phénomènes de pseudo-occlusion dans ces inflammations suraiguës.

Gubler, dans son Mémoire sur le *Péritonisme* (1), se range complètement à l'avis d'Henrot.

Duplay (2) admet bien la paralysie intestinale réflexe, mais ne croit pas qu'elle soit suffisante pour expliquer les accidents de pseudo-occlusion : il fait jouer un rôle prépondérant « à l'état de distension des anses intestinales, déterminant des coudes brusques capables d'intercepter en partie le cours des matières », et aussi aux adhérences et aux fausses membranes qui se développent aux environs de la perforation, et mettent obstacle aux mouvements péristaltiques.

Peyrot (3) n'admet pas les restrictions de Duplay et d'ailleurs, dans nombre d'autopsies, il n'existait pas de coudure brusque de l'intestin, dont le calibre était partout perméable.

(1) Gubler. *Journ. de thérap.*, 1876 et 1877.
(2) Duplay. *Arch. gén. de méd.*, 1876, t. II, p. 513.
(3) Peyrot. Th. d'agrég., 1880.

Thibierge et Poupon (1), avec la plupart des auteurs actuels, admettent sans conteste la pseudo-occlusion par paralysie réflexe, dans les péritonites aiguës, sans qu'il soit besoin d'aucune cause adjuvante. D'ailleurs, quelle que soit l'explication pathogénique adoptée, l'existence clinique de phénomènes de constipation pouvant aller jusqu'à la pseudo-occlusion, au cours des péritonites aiguës, est incontestable.

Nous n'insisterons pas sur la fréquence de la constipation dans les *péritonites aiguës non perforatives ;* les phénomènes de pseudo-occlusion peuvent se développer dans cette forme : Poupon, dans sa thèse, en rapporte quinze cas.

Dans la *péritonite suraiguë, par perforation*, la constipation est également fréquente, mais les accidents de pseudo-occlusion sont particulièrement graves. Nous en trouvons la preuve dans les travaux d'Henrot, de Masson (2), de Duplay, de Denarié (3).

Les *inflammations péritonéales aiguës localisées* peuvent, au même titre, agir de façon réflexe sur l'intestin. Certains cas d'appendicite, donnant lieu à une péritonite localisée, simulent l'étranglement interne. C'est probablement la même pathogénie que reconnaissent les faits dans lesquels le syndrome pseudo-occlusion fut déterminé par une hernie épiploïque enflammée ou par l'inflammation du ganglion de Clocquet : Tillaux (4) insiste sur ces faits et rapporte deux cas dans lesquels cette confusion eut lieu, l'un de Bérard, l'autre personnel. Enfin, la péritonite localisée est encore en cause dans les phlegmons de la fosse iliaque ayant déterminé le syndrome pseudo-occlusion : Jobert de Lamballe (5) a le premier signalé des faits de ce genre.

Les *inflammations chroniques du péritoine*, tuberculeuses et cancéreuses, s'accompagnent ordinairement de constipation, alternant ou non avec de la diarrhée ; mais parfois les symptômes s'accentuent jusqu'à simuler l'occlusion. A vrai dire, la paralysie intestinale, dans ces cas, n'est pas seule en cause : les épaississements et les tumeurs des divers feuillets du péritoine jouent un rôle important dans l'interruption des mouvements péristaltiques. Quant à la paralysie elle-même, elle dépend au moins autant d'une action locale exercée par le péritoine malade sur le muscle intestinal que d'une action réflexe.

Avant de terminer ce chapitre des inflammations du péritoine, signalons le processus que Verchère (6) a décrit sous le nom de *septicémie intestino-péritonéale* et qui simulerait complètement l'étranglement interne : il y aurait, selon l'auteur, distension des anses intestinales par réflexe immédiat et par rétention des gaz intestinaux ; puis filtration à travers la tunique intestinale, d'où épanchement d'un liquide septique chargé de micro-organismes, ou de gaz putrides, qui donnent lieu à la septicémie péritonéale.

b. *Irritants pathologiques.* — L'irritation pathologique non inflammatoire du péritoine est réalisée chaque fois qu'un des feuillets de la séreuse est, en un point quelconque, traumatisé, c'est-à-dire comprimé, pincé, etc. Cette cause d'irritation pourra, elle aussi, donner lieu à un réflexe paralysant.

C'est ainsi que le *pincement latéral de l'intestin*, sans qu'il y

(1) Poupon. Th. de Paris, 1886.
(2) Masson. Th. de Paris, 1857.
(3) Denarié. Th. de Paris, 1869.
(4) Tillaux. *Anatomie topographique*, p. 973.
(5) Jobert de Lamballe. *Traité des maladies de l'abdomen*, t. I.
(6) Verchère. *Rev. de chir.*, 1888.

ait diminution notable, ni surtout totale du calibre du conduit, donne fréquemment lieu à la confusion avec une hernie étranglée. Ordinairement, c'est du pincement de l'intestin dans un anneau herniaire qu'il s'agit, comme dans le fait rapporté par Peter (1). Absolument comparables, quant à leur pathogénie, sont les cas de pseudo-occlusion dus à une *hernie de l'appendice*; ici encore il n'y a aucun obstacle au cours des matières, et les réflexes péritonéaux sont seuls en cause. Nélaton en cite trois cas.

L'étranglement d'une portion d'épiploon a souvent fait croire à une entérocèle étranglée. Chassaignac (2) en cite un cas; Henrot en donne une observation inédite, et rappelle un cas identique opéré par Malgaigne. Depuis, les observations se sont multipliées, et le fait est devenu classique. Moins fréquents sont les étranglements du mésentère sans intestin; Duchaussoy (3) signale pourtant des cas de pseudo-occlusion relevant de cette étiologie.

c. *Irritants non pathologiques.* — L'irritation que fait subir au péritoine un acte opératoire portant sur l'un quelconque des organes de la cavité abdominale, a été diversement appréciée, quant à son existence et quant à son action. Et tout d'abord, il est de clinique courante qu'après les opérations dont il s'agit, l'intestin met un certain temps à reprendre son fonctionnement normal, vingt-quatre ou quarante-huit heures : c'est là la règle; mais parfois le cours des matières ne se rétablit pas, et des symptômes d'occlusion apparaissent. Dans un certain nombre de cas, ces symptômes sont dus à un véritable obstacle mécanique (brides, adhérences, compression, etc.); d'autres fois au contraire, une seconde opération ou l'autopsie ne révèlent aucun obstacle, et il faut admettre une pseudo-occlusion. C'est lorsqu'il s'agit d'expliquer ces derniers cas que le désaccord commence; certains, parmi les chirurgiens, rapportant les phénomènes observés à une paralysie intestinale réflexe, d'autres à un spasme de même nature, d'autres, enfin, niant la possibilité de toute action réflexe, et accusant toujours une inflammation du péritoine.

En réalité, et après examen des observations publiées, il semble qu'on doive, dans la plupart des cas, se ranger à l'avis des éclectiques qui font intervenir à la fois le spasme et la paralysie réflexes, à moins qu'une péritonite nettement constatée ne donne la clef des accidents. C'est d'ailleurs l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et force nous est de constater que parfois la laparotomie consécutive aux accidents ne révéla aucune trace de spasme, l'intestin étant uniformément dilaté de son origine à sa terminaison; tel un des cas rapportés par Heidenhain, et plusieurs cas de Legueu (4). D'autres fois au contraire, une laparotomie secondaire a permis de constater nettement l'existence d'un spasme de l'intestin, soit en un seul point bien limité, par exemple au niveau du sillon d'étranglement d'une hernie étranglée réduite [cas de Jaboulay (5)], soit sur une étendue variable de l'intestin : tel un cas de Giresse (6).

D'autre part, d'après Giresse, Terrier considère les phénomènes de parésie intestinale post-opératoire comme toujours dus à une infection péritonéale, quelque légère qu'elle soit. Tel n'est pas l'avis de Fritsch [de Bonn (1)], d'après lequel « les laparotomisés succombent non pas parce qu'ils deviennent septiques, mais ils deviennent septiques parce qu'ils meurent ou pendant qu'ils meurent ».

Quoi qu'il en soit, et de quelque sorte que soit l'irritation du péritoine, un certain nombre de conditions d'importance secondaire favorisent la production de l'inertie intestinale après les opérations; et d'abord, il est des causes prédisposantes : la pseudo-occlusion réflexe survient surtout chez les malades affaiblies, épuisées par des hémorragies ou l'infection, chez celles qui ont des parois abdominales flasques ou un certain degré d'entéroptose, chez les malades nerveuses. D'autres causes adjuvantes sont le repos absolu, l'opium donné à l'opéré, la diète, tous facteurs de paralysie, ou les purgatifs intempestifs, facteurs de spasme.

Le syndrome pseudo-occlusion a été observé dans tous les genres d'interventions comportant l'ouverture de la cavité abdominale. La laparotomie, pratiquée pour étranglement interne, volvulus, invagination, mais surtout pour affections utéro-annexielles, a fréquemment été suivie de pseudo-occlusion : nous ne citerons que quelques cas récents, ceux de Stumpf (2), de Legueu (3), d'Heidenhain (4).

La kélotomie pour hernie étranglée, ou même simplement le taxis suivi de réduction de la hernie, ont souvent aussi déterminé les mêmes phénomènes. Henrot rapporte trois cas de ce genre. D'autres se trouvent dans les travaux de Lefort, de Tuja, de Legueu. Nous avons vu plus haut le fait caractéristique de Jaboulay.

L'hystérectomie vaginale peut également voir évoluer à sa suite le syndrome pseudo-occlusion. Un cas de Giresse est concluant à cet égard.

Signalons enfin, suivant Nélaton, la fréquence, après l'anus contre nature, de la pseudo-occlusion de l'intestin au-dessus de l'ouverture artificielle.

2° *Testicule.* — L'orchite simple donne rarement lieu à des réflexes suffisamment intenses pour paralyser l'intestin. Mais quand, à la distension de l'albuginée, s'ajoute l'étranglement du testicule en ectopie dans l'anneau inguinal, on peut voir survenir des phénomènes de pseudo-occlusion. C'est ainsi que Curling (5), Delasiauve (6), Chevalier, nous rapportent des cas dans lesquels l'*orchite du testicule à l'anneau* fut prise pour un étranglement herniaire.

3° *Foie.* — Au cours de la *colique hépatique*, on voit apparaître parfois des phénomènes de péritonisme, parmi lesquels le tympanisme par parésie intestinale tient une grande place; ces phénomènes, s'accentuant, peuvent donner lieu au syndrome pseudo-occlusion. Il en était ainsi dans le cas bien connu de Marrotte (7), et dans le cas récent de Siredey (8) : dans ces deux cas, et surtout dans le second, qui fut vérifié à l'autopsie, les accidents avaient été déterminés par un réflexe parti du cholédoque dilaté et irrité par des calculs.

4° *Rein.* — Le rein, comme le foie, et dans les mêmes con-

(1) Peter. *Cliniques*, t. I, p. 268.
(2) Chassaignac. *Rev. méd.-chir.*, 1855.
(3) Duchaussoy. *Mém. à l'Acad. de méd.*, 1859.
(4) Legueu. *Gaz. des hôpit.*, nov. 1895.
(5) Jaboulay. In Th. de Tuja, Lyon 1894.
(6) Giresse. Th. de Paris, 1896.

(1) Fritsch (de Bonn). *Presse méd.*, 30 déc. 1896.
(2) Stumpf. Congr. de gynécol. de Vienne, juin 1895.
(3) Legueu. Congr. de gynécol. de Bordeaux, août 1895.
(4) Heidenhain. Loc. cit.
(5) Curling. *Traité des maladies du testicule*, p. 39.
(6) Delasiauve. *Rev. méd.*, mars 1840.
(7) Marrotte. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1856.
(8) Siredey. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 15 mars 1897,

ditions, c'est-à-dire quand les terminaisons nerveuses de ses canaux excréteurs sont violemment irritées, peut donner naissance au réflexe paralysant. Adenot, dans son travail, rapporte un cas personnel de pseudo-occlusion au cours d'une colique néphrétique.

5° *Appendice.* — De l'action des calculs biliaires et urinaires, on peut rapprocher celle des calculs ou corps étrangers appendiculaires; les accidents de péritonisme au cours de l'appendicite sont de notion classique actuellement et il est peu de cas qui ne s'accompagnent pas d'une paralysie ou d'un spasme plus ou moins accentué de la musculature intestinale.

6° *Ovaire et utérus.* — « Les hernies de l'ovaire sont susceptibles de déterminer des accidents d'étranglement, » nous dit Nélaton. D'autre part, Guéneau de Mussy signale le météorisme qui accompagne la congestion menstruelle et un grand nombre de congestions utérines, celui qui se développe parfois après la ménopause, et celui qui se montre souvent au début de la grossesse. Dans tous ces cas, il s'agit encore vraisemblablement d'une action réflexe, à point de départ ovarien ou utérin.

7° *Vessie.* — L'étranglement de la vessie peut donner lieu à des symptômes semblables à ceux d'une hernie étranglée (Nelaton). Henrot et Chevalier, sans donner d'observations, parlent aussi de faits semblables.

8° *Affections diverses.* — Enfin, un certain nombre d'affections très diverses peuvent donner lieu, toujours par voie réflexe, au syndrome pseudo-occlusion.

Les *tumeurs des régions inguinale et crurale* ont été maintes fois l'origine des accidents.

Les *hernies graisseuses*, enflammées ou étranglées, peuvent également simuler l'étranglement herniaire. Nélaton relate un cas dans lequel Scarpa opéra, croyant à un étranglement, une hernie graisseuse sous-ombilicale.

### FORMES CLINIQUES

La paralysie de l'intestin se traduit en clinique par des symptômes très différents, suivant son intensité, suivant la durée de son action, suivant la cause qui la produit, et aussi suivant le terrain sur lequel elle évolue.

Nous adopterons la classification suivante :

1° ATONIE GASTRO-INTESTINALE :
- a. *Constipation des vieillards.*
- b. *Tumeur stercorale.*

2° PSEUDO-OCCLUSION :
- a. *Consécutive à la constipation chronique.*
- b. *Au cours des péritonites aiguës.*
- c. *Post-opératoire.*

1° ATONIE GASTRO-INTESTINALE. — L'atonie gastro-intestinale est l'expression d'une paresse, d'une inertie intestinales à marche lente, et relevant d'une cause générale. Cette atonie est commune chez les vieillards, d'où la fréquence de la constipation chronique à cet âge. Mais elle peut aussi exister à d'autres périodes de la vie, chez les enfants et chez les adultes. Enfin, elle peut donner lieu à un syndrome assez spécial pour mériter une description particulière, la tumeur stercorale.

a. *Constipation chronique des vieillards.* — Comme son nom l'indique, ce complexus est caractérisé par une rareté plus ou moins grande des selles; le malade va à la garde-robe tous les trois à quatre jours, puis seulement tous les cinq à six jours, quelquefois moins souvent encore. Au bout de chaque période de constipation, a lieu une débâcle spontanée ou amenée par des purgatifs, souvent douloureuse, parfois au point de provoquer une syncope : cette débâcle est constituée par des scyballes, plus rarement par des substances liquides, quand les matières, par leur contact prolongé, ont provoqué une hypersécrétion de la muqueuse. Pendant longtemps la constipation peut être le seul symptôme : tel est même le cas le plus ordinaire.

Mais des *phénomènes d'intolérance* peuvent survenir, dus en partie à l'action mécanique des matières retenues dans l'intestin, en partie à l'auto-intoxication qui en résulte. Ces phénomènes sont : un malaise vague; des troubles dyspeptiques, diminution de l'appétit, langue étalée et saburrale, renvois gazeux, météorisme plus ou moins accentué; les coliques font ordinairement défaut, mais parfois il existe une douleur vague, faible, obtuse, fixe dans un point du ventre (Denarié); à ces symptômes peuvent s'ajouter, comme épiphénomènes, de l'insomnie, un changement du caractère, qui devient triste et irritable, de l'inaptitude au travail intellectuel, des vertiges, des maux de tête. Enfin, l'exploration locale révèle, dans certains cas, de la matité et de l'empâtement au niveau des côlons transverse et descendant et au niveau de l'S iliaque.

La constipation chronique procède par accès de plus ou moins longue durée; chacun des accès se termine, avons-nous vu, par une débâcle. Mais si la débâcle ne survient pas, la rétention pourra donner lieu à la formation d'une tumeur stercorale ou à des phénomènes de pseudo-occlusion.

b. *Tumeur stercorale.* — La tumeur stercorale n'est qu'une modalité et un aboutissant de la constipation chronique.

Ordinairement précédée par les symptômes de constipation que nous avons décrits, la tumeur stercorale se manifeste par un certain nombre de signes, tant physiques que fonctionnels. Les signes physiques, les plus importants pour le diagnostic, consistent dans l'apparition, en un point limité de l'abdomen, d'une tumeur plus ou moins volumineuse, mate à la percussion, dure ou au contraire gardant l'empreinte du doigt, siégeant presque toujours sur le trajet du gros intestin. Berveiler (1) reconnaît à la tumeur quatre sièges principaux : le cæcum, l'angle sous-hépatique du côlon, l'S iliaque, le rectum. Dans le cas où la tumeur siège au rectum, elle n'est plus décelée par l'examen de l'abdomen; mais alors le toucher rectal, et chez la femme le toucher vaginal, révèlent son existence. Indolore quelquefois, elle est plus souvent douloureuse, spontanément ou à la pression. Les selles sont en général complètement supprimées, mais parfois elles persistent, soit qu'il y ait une sorte de défécation par regorgement, soit qu'il y ait ramollissement d'une portion de la masse stercorale à la suite de l'hypersécrétion irritative de la paroi, soit même qu'au centre de la tumeur se forme une sorte de canal laissant passer les matières qui viennent du bout supérieur de l'intestin (Râcle).

Tous les phénomènes dyspeptiques que provoque la rétention des matières fécales se retrouvent ici, comme dans la constipation chronique, mais plus accentués : aux éructations gazeuses s'ajoutent des nausées, puis des vomissements muqueux, bilieux, alimentaires; la soif est vive; la fièvre apparaît; le malade pâlit et maigrit; le dépérissement s'accentue chaque jour.

(1) BERVEILER. Th. de Paris, 1873.

La tumeur stercorale peut se terminer par résolution, spontanée ou provoquée par un traitement approprié; mais les accidents peuvent continuer, et le malade présente alors le tableau d'une véritable occlusion intestinale qui aboutit à la mort. La terminaison fatale peut également survenir par gangrène de l'intestin, par auto-intoxication aboutissant à un état typhique, ou même par rupture du côlon et péritonite (Berveiler).

Mais, sans qu'apparaissent des phénomènes aussi graves, la tumeur stercorale peut donner lieu à quelques *complications*, qui peuvent d'ailleurs résulter aussi de la constipation chronique. Tels sont l'entérite muco-membraneuse, l'hémorragie intestinale, qui résultent de l'action des matières dures et desséchées sur la paroi intestinale; les hernies, le prolapsus rectal chez les enfants, le prolapsus utérin ou vaginal chez la femme, l'hémorragie cérébrale par rupture vasculaire, qui résultent des efforts de défécation faits par le malade; les congestions hémorroïdaires, utérines, prostatiques, le varicocèle, l'œdème malléolaire par compression des veines iliaques, la névralgie sciatique par compression du plexus lombaire, les douleurs périnéales et lombaires, toutes complications de la tumeur stercorale siégeant dans le rectum; signalons, enfin, un cas d'ictère par compression du cholédoque (Berveiler).

Avant d'en terminer avec la tumeur stercorale, nous dirons quelques mots d'un syndrome qui s'en rapproche beaucoup et qui a été décrit par Trastour (1) sous le nom de *dilatation passive de l'S iliaque*. L'auteur en donne ainsi les traits caractéristiques : « Dilatation latente et passive, c'est-à-dire coïncidant d'une part avec des évacuations alvines régulières, journalières, parfois même exagérées, d'autre part avec l'absence de toute sensation indiquant un besoin d'exonération. » Les symptômes sont ceux d'une tumeur stercorale de l'S iliaque, avec troubles dyspeptiques et troubles réflexes des fonctions du cœur, du poumon, de l'encéphale : palpitations, douleurs de tête, vertiges, etc.; il y aurait, en outre, un léger engorgement des voies biliaires, donnant au malade un teint jaune pâle particulier, et un gonflement de la rate, dû à la gêne de la circulation dans le système des veines mésentériques.

2° Pseudo-occlusion. — a. *Consécutive à la constipation chronique.* — La pseudo-occlusion, lorsqu'elle est consécutive à la constipation chronique, apparaît au cours d'un état morbide dont nous avons décrit les différents symptômes, et qui, chose importante, a souvent été traversé déjà par un ou plusieurs incidents de moyenne gravité, tels que la production d'une tumeur stercorale ou des périodes de constipation douloureuse plus longues que d'habitude.

Les accidents de pseudo-occlusion peuvent avoir un début brusque et absolument comparable à celui d'une occlusion de cause mécanique; mais, le plus ordinairement, le début est lent et progressif, passant d'autant plus inaperçu que le malade n'y voit qu'une légère aggravation de son état ordinaire. Augmentation du ballonnement de l'abdomen, diminution de l'appétit, apparition de quelques coliques, opiniâtreté de la constipation avec ou sans suppression des gaz, tels sont les symptômes de début; puis, peu à peu, le tableau s'aggrave jusqu'à devenir à peu près celui de l'occlusion avec obstacle mécanique. Cependant quelques particularités différencient les deux syndromes : c'est sur elles surtout que nous insisterons.

Le premier phénomène en date est la *constipation*, absolument complète dans certains cas, incomplète dans d'autres : il peut encore y avoir émission de gaz; mais, et le fait est important, les cas dans lesquels la constipation était absolue sont les plus fréquents et *constituent la règle*; c'est ainsi que, dans un récent travail de Lejars (1), contenant cinq observations d'iléus paralytique d'emblée, il y avait cinq fois arrêt complet des matières et des gaz. Le *météorisme* est contemporain de la constipation opiniâtre : plus ou moins développé suivant les cas, il a pour caractère important d'être généralisé à tout l'abdomen, en raison de l'extension ordinaire de la paralysie à tout l'intestin, tant grêle que gros. Il existe de la *douleur* à la palpation : comme le météorisme, elle est généralisée et ne débute pas en un point fixe; certains auteurs attachent une grande importance à l'existence d'un point douloureux épigastrique, qui serait causé par la dilatation progressive de l'estomac et du côlon transverse. La douleur spontanée existe fréquemment aussi, sous forme de coliques plus ou moins vives. Ces trois symptômes, constipation, ballonnement, douleur, s'accompagnent, mais en général au bout d'un temps assez long, de *vomissements* d'abord alimentaires et provoqués par les tentatives d'alimentation; puis, peu à peu, ces vomissements prennent une teinte noirâtre et deviennent fétides, intermédiaires comme aspect, suivant Gosselin, aux vomissements porracés de la péritonite et aux vomissements franchement fécaloïdes de l'occlusion de cause mécanique; en réalité, et comme l'a fort bien remarqué Henrot, il peut exister des vomissements nettement bilieux et, d'autre part, des vomissements fécaloïdes typiques (Lejars).

Si la débâcle ne survient pas, des *phénomènes généraux* apparaissent, exprimant l'auto-intoxication de l'organisme par les toxines accumulées dans l'intestin; et ici nous retrouvons le tableau de l'occlusion vraie, les mêmes causes produisant les mêmes effets : l'appétit est supprimé, les extrémités se refroidissent, le facies se grippe, le pouls est petit, filiforme, la température s'abaisse au-dessous de la normale; puis le hoquet et la dyspnée viennent annoncer l'approche de la terminaison fatale. Mais la marche du syndrome n'est pas toujours aussi régulière, et sa terminaison est loin d'être toujours mortelle. Fréquemment, l'évolution est entrecoupée de périodes d'amélioration dans les symptômes locaux et généraux, dues à une évacuation plus ou moins copieuse : souvent l'évacuation est assez abondante pour mettre fin à tous les accidents; d'autres fois, elle ne constitue qu'une courte rémission, et la mort survient quelques jours plus tard.

La *durée* totale de la crise est variable suivant les cas; toutefois, elle est presque toujours plus longue que la crise d'occlusion avec obstacle mécanique : en effet, comme le fait remarquer Thibierge, les deux principales causes qui, dans l'occlusion vraie, accélèrent le dénouement fatal, à savoir la perforation intestinale et les troubles nerveux dus à l'irritation du péritoine, manquent dans la pseudo-occlusion. Aussi n'est-il pas rare de voir les accidents durer de dix à vingt jours, pour se terminer soit par la guérison, soit par la mort. Les cas de guérison sont fréquents : celle-ci est due en général à la thérapeutique mise en œuvre, mais elle peut aussi survenir sans traitement et sans cause

(1) Trastour. *Rev. de méd. et de chir.*, 1880.

(1) Lejars. Soc. de chir., 13 oct. 1897.

apparente. Quant à la mort, lorsqu'elle survient, elle est due en partie à l'auto-intoxication, en partie au défaut d'alimentation; parfois encore le tympanisme est tel qu'il peut amener la mort par asphyxie.

b. *Au cours des péritonites aiguës.* — Les péritonites aiguës, qu'elles soient primitives, ou secondaires à une perforation, s'accompagnent souvent de symptômes qui rendent très difficile le diagnostic d'avec l'occlusion vraie, et qui constituent une forme particulière du syndrome pseudo-occlusion. C'est cette forme qu'a décrite Poupon (1) dans sa thèse.

Le *début* de l'affection est ordinairement très brusque, aussi bien dans la péritonite primitive que dans la péritonite par perforation : le malade ressent subitement de violentes douleurs abdominales, souvent sans cause apparente, d'autres fois à la suite d'un effort, d'une longue marche, d'un accès de toux; ces douleurs, tantôt localisées, tantôt généralisées à tout l'abdomen, s'accompagnent presque immédiatement de vomissements alimentaires, bilieux ou porracés; et telle est la brusquerie d'apparition de ces symptômes que les malades ont cru parfois à un empoisonnement. La *constipation* s'établit, complète; matières et gaz cessent d'être évacués par l'anus : il peut arriver cependant, comme dans l'occlusion vraie que le rectum se vide pendant un ou deux jours, donnant l'illusion de la persistance des selles. Un *frisson* plus ou moins violent coïncide avec le début des phénomènes locaux : toutefois le frisson est loin d'être constant, et son absence ne doit nullement infirmer l'hypothèse de péritonite. L'existence d'une *élévation de température* (38 à 38°5 le premier jour) est beaucoup plus importante, et c'est là un des meilleurs signes cliniques qui permettent la distinction d'avec l'occlusion vraie.

Ces phénomènes de début durent de quelques heures à un ou deux jours, au bout desquels le tableau clinique se présente au complet. On constate alors, localement, un ballonnement léger de l'abdomen, beaucoup moindre d'ordinaire que dans l'occlusion; la percussion révèle une sonorité exagérée; mais parfois la présence de liquide dans le péritoine donne lieu à de la matité sous-ombilicale, constituant un bon signe de péritonite (Duplay). L'abdomen est douloureux à la pression, soit dans toute son étendue, soit seulement par places : en outre, il existe de violentes douleurs abdominales pouvant prendre la forme coliques. En général, on ne voit pas, comme dans l'occlusion vraie, les anses intestinales se dessiner sous la paroi : cependant, dans deux observations de Poupon, ce phénomène existait, bien qu'il n'y eût nullement obstacle mécanique. A ces signes locaux s'ajoutent une *constipation absolue* et des *vomissements;* ceux-ci, d'abord bilieux ou porracés, sont abondants et presque incessants : le malade rejette ainsi jusqu'à 3 ou 4 litres de liquide par jour; puis au bout de deux ou trois jours ils deviennent nettement fécaloïdes (Duplay, Leduc, Poupon) : l'existence de vomissements fécaloïdes n'est donc pas, comme on le croyait autrefois, pathognomonique de l'occlusion vraie. Le facies est grippé, péritonéal; le pouls est petit, fréquent; la température, que nous avons vue monter à 38 degrés, 38° 5 le premier jour, oscille pendant toute la période d'état entre 38 et 39 degrés, dépassant rarement 39 degrés, au contraire de ce que nous voyons dans les péritonites ordinaires. La soif est vive, l'anorexie absolue.

Cette période d'état, d'une durée moyenne de trois à cinq jours, peut se terminer par *la mort* ou par *la guérison*. Dans le premier cas, la température tombe, et s'abaisse même au-dessous de la normale; les extrémités se refroidissent, il y a de l'aphonie, de l'anurie, parfois du hoquet : c'est le tableau du collapsus terminal. Fait curieux, à ce moment les phénomènes de pseudo-occlusion cessent le plus souvent : la diarrhée apparaît, et en même temps une abondante évacuation de gaz se fait par l'anus. En raison de la coexistence de la diarrhée et des phénomènes d'algidité, Poupon propose de nommer cette période terminale *période cholériforme*. Lorsque, au contraire, la guérison doit survenir, et le fait n'a lieu que dans les péritonites non perforatives, l'occlusion cesse, spontanément ou par l'effet de la thérapeutique, les selles se rétablissent, d'abord jaunâtres et fétides, les phénomènes locaux et généraux disparaissent peu à peu, et au bout de huit à dix jours, tout est rentré dans l'ordre; seul persiste pendant un temps plus ou moins long un certain état de faiblesse.

Tels sont les symptômes et les modes de terminaison de la pseudo-occlusion dans les péritonites. Quant à la *durée* du syndrome, nous pouvons, avec Poupon, distinguer : *des formes suraiguës*, durant un à trois jours, et se terminant toujours par la mort; tel est le cas dans les péritonites par perforation; *des formes aiguës*, durant en moyenne sept jours, et se terminant en général par la guérison; *des formes subaiguës*, rares, d'une durée de huit à quinze jours, bénignes le plus souvent, parfois cependant mortelles.

c. *Post-opératoire.* — Comme les formes précédentes, la pseudo-occlusion post-opératoire ne diffère de l'occlusion vraie que par son début et sa terminaison; dans la période d'état, nous retrouvons toujours les phénomènes fondamentaux de l'obstruction de l'intestin.

Le syndrome pseudo-occlusion, lorsqu'il survient après une opération, peut débuter de deux façons bien différentes. Dans un premier ordre de faits, le *début est rapide*, survenant quelques heures, un jour au plus après l'intervention. Fritsh (1) fait un tableau saisissant de ce mode de début : « Le malade se réveille avec un sentiment d'angoisse; la respiration est déjà à ce moment difficile, ce qu'on attribue souvent au pansement trop serré, lequel est ordinairement bien supporté dans d'autres cas. Puis apparaissent les deux symptômes caractéristiques : la faiblesse du cœur, et le pouls petit, rapide, faible, le pouls abdominal, le pouls pathognomonique. Le ventre se ballonne, la figure est pâle; il existe de la soif, souvent des vomissements. La température reste normale. Le tympanisme augmente. Le pouls devient de plus en plus mauvais. »

Dans d'autres cas au contraire, le *début est lent* et progressif. Pendant les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'opération, il existe seulement de la constipation et du météorisme abdominal peu accentués, presque de règle après les interventions sur la cavité abdominale; mais ces phénomènes, au lieu de céder, s'accentuent, et le troisième ou quatrième jour apparaissent des vomissements, de la dyspnée et des phénomènes généraux.

Dans sa période d'état, la pseudo-occlusion post-opératoire présente les symptômes ordinaires de l'occlusion vraie : nous avons déjà décrit ces symptômes dans les deux formes précédentes, et nous n'y reviendrons pas : nous rappellerons seulement ce fait important, que la fièvre fait défaut.

(1) Poupon. Th. de Paris, 1886.

(1) Fritsch. *Presse méd.*, 30 déc. 1897.

Comment vont se terminer ces accidents? Fréquemment la guérison a lieu, avec ou sans traitement, s'annonçant par une débâcle que suit presque immédiatement la sédation des phénomènes généraux. Mais d'autres fois, l'affection suivant son cours, la terminaison fatale survient dans le collapsus, due à la persistance du spasme ou de la paralysie; d'autres fois encore, vers le troisième ou quatrième jour, la fièvre s'allume, signe de péritonite, « l'infection apparaît avant la mort » (Fritsch). Et le tableau devient celui de la septicémie péritonéo-intestinale.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 29 et du 30 juin 1898)

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 29 JUIN**, à une heure. — M. Rebière-Laborde. Contribution à l'étude clinique de la fausse angine de poitrine des hystériques; — M. Desourtaux. Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses (MM. Potain, président; Terrier, Déjerine et Walther). — M. Talandier. De la hernie inguinale épiploïque chez l'enfant (MM. Terrier, président; Potain, Déjerine et Walther). — M. H. de Rothschild. Les troubles gastro-intestinaux chez les enfants du premier âge (MM. Fournier, président; Budin, Poirier et Gilles de La Tourette). — M. Kassaboff. Les enfoncements de la voûte du crâne chez le fœtus pendant l'accouchement; — Mlle Schirsky. De la grippe dans ses rapports avec la puerpéralité (MM. Budin, président; Fournier, Poirier et Gilles de La Tourette). — M. Fachatte. La puberté et les premiers troubles menstruels. Étude clinique; — M. Ménissez. Contribution à l'étude des fractures de l'astragale; — M. Robin-Massé. Du traitement chirurgical de l'hépatoptose totale (procédé de Péan); — M. Chapiro. L'eucaïne B comme anesthésique local en stomatologie et en chirurgie générale; — M. Debacq. De l'emploi de l'acide picrique en thérapeutique (MM. Tillaux, président; Pouchet, Rémy et Ricard).

**JEUDI 30 JUIN**, à une heure. — M. Blanchard. La danseuse : considérations sur quelques accidents professionnels de ses tendons et ligaments du pied (MM. Proust, président; Debove, Marie et Poirier). — M. Attal. Troubles vaso-moteurs dans l'hystérie; — M. Boyer. Contribution à l'étude de la maladie de Stokes-Adams (MM. Debove, président; Proust, Marie et Poirier). — M. Guyotte. Des hémorragies dans la diphtérie; — M. Sersiron. Les phtisiques adultes et pauvres en France, en Suisse et en Allemagne (MM. Grancher, président; Dieulafoy, Letulle et Marfan). — M. Romand. Revue d'un certain nombre d'années de pratique médicale, de 1876 à 1898 (MM. Dieulafoy, président; Grancher, Letulle et Marfan).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière. Les obsèques auront lieu aujourd'hui samedi 25 juillet, à midi très précis, en l'église Saint-Séverin.

— *Distinctions honorifiques.* — M. le professeur Combalat (de Marseille) vient d'être nommé commandeur de l'ordre pontifical de Saint-Grégoire-le-Grand.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juin 1898, les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés membres des comités spéciaux chargés de l'étude des questions relatives aux demandes et à l'organisation des congrès internationaux en 1900 :

Section VI (Sciences médicales et pharmacie) : MM. Allyre-Chassevant, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Arloing, correspondant de l'Institut; J. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; H. Barbier, médecin des hôpitaux de Paris; Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Bouchard, professeur à l'École de médecine de Bordeaux; Caubet, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Toulouse; Léon Colin, membre de l'Académie de médecine; Cornil, membre de l'Académie de médecine; Crolas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine; le professeur Le Dentu, membre de l'Académie de médecine; Duclaux, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Dujardin-Beaumetz, inspecteur général du service de santé militaire; le professeur Fournier, membre de l'Académie de médecine; Gaucher, Gilles de La Tourette et Gley, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris; Glover, ancien interne de la clinique, laryngologique de Lariboisière; Gayet, professeur à la faculté de médecine de Lyon; le professeur Grancher, membre de l'Académie de médecine; Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; le professeur Guyon, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Kelsch, directeur de l'École de médecine militaire; Kermorgant, président du conseil supérieur de santé des colonies; Lacassagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; le professeur Lannelongue, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; de Lapersonne, doyen de la Faculté de médecine de Lille; Love, médecin homéopathe; Marty, membre de l'Académie de médecine; Morache, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Motet et Nocard, membres de l'Académie de médecine; le professeur Ollier, correspondant de l'Institut; le professeur Pinard, membre de l'Académie de médecine; Pitres, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Planchon, membre de l'Académie de médecine; Queirel, professeur à la Faculté de médecine de Marseille; Riche, membre de l'Académie de médecine; Schlægdenhauffen, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Nancy; Simon, président de la Société française d'homéopathie; Trasbot, membre de l'Académie de médecine; M. Gaston Coirre, juge au Tribunal de commerce de la Seine.

Section VIII (Sciences agricoles) : MM. Chauveau, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Dubois et Viger, députés.

Section X (Sciences sociales) : MM. Bouloumié, secrétaire général de l'Union des femmes de France; Brouardel, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Dubrisay, membre du Comité consultatif d'hygiène publique; Le Roy des Barres, médecin en chef de la Maison d'éducation de la Légion d'honneur de Saint-Denis; Lourties, sénateur; Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité; H. Monod, Napias et le professeur Proust, membres de l'Académie de médecine; Th. Roussel, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; H. Thulié, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique; Vallin, membre de l'Académie de médecine.

— M. le médecin de deuxième classe Le Strat, aide-major au 1er régiment d'artillerie de marine à Lorient, est désigné pour aller remplacer aux tirailleurs sénégalais M. le docteur Rejou, rentré en France et affecté au 1er régiment d'artillerie à Lorient.

M. le docteur Le Strat prendra passage sur le paquebot partant de Bordeaux pour le Sénégal, le 15 juillet 1898.

— M. Thezée, suppléant de la chaire d'histoire naturelle de l'École de médecine d'Anvers, est nommé professeur d'histoire naturelle à ladite école, en remplacement de M. Lieutaud, décédé.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 73. — MARDI 28 JUIN 1898. 71e ANNÉE. MARDI 28 JUIN 1898. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

La Lancette française

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

**PRIX DE L'ABONNEMENT :**

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 27 juin 1898.

## LES COURS PRATIQUES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE

### A L'ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Jusqu'à présent nous n'avions eu, à l'École pratique, que des cours dits gratuits et obligatoires, dans lesquels on enseignait aux étudiants les opérations d'examens et de concours qui leur étaient de peu d'utilité dans la pratique civile. C'étaient la ligature de la radiale, de la cubitale au tiers supérieur de l'avant-bras, que jamais praticien ne fera dans son existence; ou bien c'étaient la classique désarticulation de Chopart ou bien celle de la hanche, toutes opérations qui sont d'une application bien restreinte. En revanche, personne n'enseignait à faire une trachéotomie, une cure radicale de hernie, une uréthrotomie, etc., c'est-à-dire les opérations qui sont d'une pratique journalière. Déjà M. le professeur Terrier, réagissant contre l'ordre si bien établi des choses, avait depuis plusieurs années institué dans son laboratoire, puis dans un pavillon de l'École pratique, des exercices opératoires où les étudiants venaient répéter, sous sa direction, les opérations nouvelles qui étaient le sujet de son cours théorique. Ces exercices avaient lieu une fois par semaine, et les élèves, guidés par des prosecteurs, s'exerçaient avec succès à la chirurgie du crâne, de l'estomac, de l'intestin, etc. Chose un peu imprévue, loin d'être rebutés par l'étude de cette chirurgie si spéciale, les élèves se faisaient de plus en plus nombreux. On voyait aussi à ces cours des médecins étrangers venus à Paris pour y compléter leurs études, plusieurs même déjà chirurgiens des hôpitaux dans leur pays, des médecins civils de Paris ou de province, des confrères de la marine... Le pli était donné, la voie toute tracée, il restait cependant un progrès à accomplir : c'était d'instituer un enseignement plus pratique, si l'on peut dire, dans lequel on apprendrait aux élèves les opérations de petite chirurgie. Ce progrès a été réalisé cette année par M. le professeur agrégé Hartmann, qui a inauguré ce cours, dont le besoin se faisait sentir depuis si longtemps. Le succès ayant répondu au delà de son attente, le directeur des travaux de médecine opératoire a eu l'heureuse idée d'instituer des cours payants. Partant de ce principe, qu'il existe en Allemagne des cours payants très suivis, où les étrangers vont en foule, il s'est demandé si à Paris ces cours n'auraient pas chance de réussir. Pour le savoir, il n'avait qu'à demander à ses auditeurs habituels. Interrogés à ce sujet, tous ont répondu par l'affirmative. Or, pendant l'été, lorsque la dissection est terminée, qu'il n'y a plus d'examens ni concours, les troncs des sujets se perdent, les prosecteurs sont sans emploi, les élèves sans occupation. N'était-il pas naturel de faire un cours profitable pour tous? Mais pour faire un cours, acheter des instruments, faire exécuter des dessins, il faut avoir de l'argent, et la Faculté n'en a point de reste, paraît-il. M. Hartmann a résolu la difficulté. La moitié de l'argent perçu pour les travaux pratiques reviendra au laboratoire pour couvrir les dépenses, le reste sera distribué au personnel enseignant. M. le doyen Brouardel et M. le professeur Terrier ont parfaitement saisi l'avantage que présente cette façon de procéder et ont appuyé la proposition devant le Conseil de la Faculté, sentant bien que le seul moyen d'attirer chez nous les élèves de toute nationalité, c'est d'encourager l'initiative privée. Déjà tout est prêt, instruments spéciaux, dessins, cadavres, pour l'ouverture de deux cours dès le commencement de juillet. M. Savariaud, prosecteur, fera des démonstrations sur les opérations de chirurgie courante, cure radicale des hernies, trachéotomie, anus contre nature, trépanation de l'apophyse mastoïde, résections articulaires. M. Gosset, prosecteur, fera son cours sur la chirurgie des voies urinaires, et les élèves seront exercés au maniement du cystoscope et du cathétérisme des uretères sur le fantôme. Des affiches spéciales régleront les conditions du cours.

---

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Les cas de maladie de Raynaud — asphyxie locale des extrémités — ne sont pas souvent observés; aussi le malade présenté par M. L. Rénon est-il des plus intéressants, non seulement en raison de ce fait, mais encore à cause de son âge, soixante-cinq ans. On sait que c'est avant quarante ans que la maladie a été observée. L'asphyxie est symétrique et porte sur l'annulaire et le petit doigt, qui sont cyanosés et froids. La maladie a débuté il y a quatre semaines, sans cause apparente, chez un sujet nullement athéroma-

teux, car ses artères radiales sont absolument souples. La pathogénie de ce cas, comme d'autres d'ailleurs, reste donc obscure.

On décrit en pathologie deux sortes d'**ichtyose** : l'ichtyose vulgaire ou congénitale, qui débute dans l'enfance et épargne les plis articulaires, et l'ichtyose fœtale ou kératose congénitale diffuse, qui débute pendant la vie utérine et qui est une véritable monstruosité, caractérisée, outre les lésions ichtyosiques, par des fissures plus ou moins profondes qui déforment la bouche et les yeux. Dans ce dernier cas, les malades ne peuvent s'alimenter et succombent. Or, les deux malades observés par M. Thibierge sont la preuve que cette affection — ichtyose fœtale — peut guérir et permettre la survie. Dans ces cas, les malades présentaient de l'ectropion, des fissures abdominales, de l'ichtyose au niveau du pli articulaire et de l'hyperhydrose palmaire. Ces deux derniers signes séparent l'ichtyose fœtale de l'ichtyose vulgaire et justifient le diagnostic qui a été porté par M. Thibierge chez ces malades, âgés l'un de dix-huit ans et l'autre de quinze ans.

M. Moizard appelle de nouveau l'attention des médecins sur la **symphise cardiaque** chez les enfants, et plus particulièrement sur la **symphise tuberculeuse**. La tuberculose envahit rapidement le péricarde, souvent en même temps que la plèvre. De très bonne heure, les symptômes d'insuffisance cardiaque se développent avec cyanose et crises dyspnéiques, et ne tardent pas à se compliquer de tuméfaction totale et lisse du foie et d'ascite. Puis les enfants succombent soit à une véritable asystolie, soit à une généralisation tuberculeuse. En somme, il y a là un syndrome intéressant, capable de tromper le diagnostic du médecin, qui, égaré par l'aspect cardiaque du petit malade, méconnaît la nature tuberculeuse du processus, surtout s'il ne tient pas compte de l'absence de signes stéthoscopiques indiquant une lésion orificielle.

Les lésions du foie peuvent représenter simplement celles du foie cardiaque simple, mais peuvent se compliquer aussi de sclérose péri-lobulaire et d'infiltration tuberculeuse.

---

## TÉTANOS TRAUMATIQUE

### TRAITÉ ET GUÉRI PAR INJECTION INTRA-CÉRÉBRALE D'ANTITOXINE MÉTHODE DE C. ROUX ET A. BORREL

MM. Chauffard et Quénu ont les premiers appliqué sur l'homme l'injection intra-cérébrale d'antitoxine tétanique et publié leur observation *in extenso* dans la *Presse médicale*. Tout en reconnaissant que cette observation jusqu'alors unique n'a que la valeur d'un fait d'attente, ils la font suivre des réflexions suivantes :

Le tétanos opéré était un tétanos *grave;* l'accélération du pouls (120 puis 130), l'intensité des contractures au niveau des mâchoires, de la face et du tronc, l'oligurie, ne pouvaient laisser aucun doute à cet égard.

En revanche, le début des accidents était relativement récent, puisque l'injection intra-cérébrale a été faite au cours du cinquième jour, et les recherches expérimentales de Roux et de Borrel ont bien montré quelle importance capitale, au point de vue du pronostic, a la précocité de l'intervention.

La trépanation a été faite avec une fraise de 8 millimètres, et peut-être pourrait-on en réduire les dimensions. Elle a été opérée de façon à ce que l'injection intra-cérébrale pénétrât au niveau du pied de la deuxième frontale, afin de ménager les centres psycho-moteurs, et de ne risquer d'y produire aucun désordre matériel, tout en étant assez proche d'eux pour pouvoir facilement les atteindre par diffusion de l'antitoxine.

La tolérance du tissu cérébral pour l'injection interstitielle semble, du reste, avoir été parfaite, confirmant l'innocuité opératoire signalée par Roux et Borrel dans leurs expériences sur les cobayes et les lapins.

Il nous reste à voir quelles ont été les conséquences cliniques du traitement, ce dont nous n'avons pu juger que par l'évolution consécutive des accidents. Ceux-ci ont été de deux ordres.

Certains accidents, légers du reste, ont reproduit le tableau classique des accidents sérothérapiques vulgaires, arthralgies, myalgies, éruptions papuleuses ou prurigineuses. Nous ne les signalons que pour mémoire.

Quant aux autres symptômes graves observés, état subdélirant, tachycardie allant jusqu'à 150, oligurie, il est difficile pour le moment, et de par cette seule observation, de dire dans quelles proportions relatives ils sont attribuables au tétanos lui-même, et à l'inoculation intra-cérébrale. N'oublions pas qu'au moment où on l'a opéré, notre malade avait déjà 130 pulsations, que son tétanos s'annonçait comme une forme aiguë et grave. Il semble donc probable que l'intoxication tétanique peut revendiquer une large part dans la pathogénie des accidents observés.

Ceux-ci ont été assez sérieux pour inspirer les plus grandes craintes pendant les six premiers jours qui ont suivi l'opération, non pas que le tétanos fût aggravé comme contractures, puisqu'il restait stationnaire, mais en raison de l'excitation cérébrale avec subdélire et insomnie, de la tachycardie, de l'oligurie.

Le septième jour après l'opération, un commencement de détente se produit, et, pour la première fois, le malade dort tranquille pendant une grande partie de la nuit.

Deux jours plus tard, l'amélioration est assez notable pour que, malgré la persistance des contractures, on puisse considérer la survie comme à peu près assurée.

Le douzième jour, l'émission spontanée des urines reparaît, et permet de supprimer le cathétérisme.

Le lendemain, les mouvements de la tête redeviennent possibles et notre opéré peut presque s'asseoir sur son lit.

Enfin, dix-sept jours après l'opération, il ouvre librement la bouche, recommence à manger de la viande. On peut le considérer comme définitivement guéri de son tétanos.

Les choses se sont donc bien passées ici comme dans les expériences de Roux et Borrel; les contractures ont été comme fixées sur place, immobilisées dans leur siège, et n'ont disparu que tardivement, quand a été épuisée l'action de la toxine sur les neurones atteints. Mais, du jour où l'injection intra-cérébrale a été pratiquée, aucune extension du processus ne s'est faite sur de nouveaux territoires nerveux. Les mâchoires, la face, le tronc étaient pris, mais les membres sont restés indemnes.

La similitude est donc frappante entre notre observation et les faits d'ordre expérimental.

Ajoutons, enfin, que la guérison obtenue est complète, qu'aucune trace de lésion cérébrale ne survit à l'opération. Comme caractère, comme facultés intellectuelles, comme fonctions sensitives ou motrices, notre ex-tétanique se retrouve tel qu'il était avant sa maladie. Comme symptôme persistant, nous n'avons à signaler que l'éréthisme cardiaque, avec légère hypertension (20 cm. Hg), et œdème passager des malléoles.

Tel est le fait que nous avons observé. Il démontre tout au moins l'application possible à l'homme de la belle mé-

thode expérimentale de Roux et Borrel; il permet d'espérer une nouvelle conquête thérapeutique, la guérison par la sérothérapie intra-cérébrale, d'une des plus terribles infections humaines. Sans doute, cette guérison ne sera pas obtenue dans tous les cas, et les conditions d'ancienneté et d'extension de la maladie commanderont, en grande partie, les indications et les chances de succès du traitement. Mais n'est-ce pas déjà beaucoup que d'espérer pouvoir enrayer les progrès du tétanos au début? L'histoire de notre malade prouve que, si le cas se présente dans des conditions favorables, on a le droit légitime, et, par conséquent, le devoir d'intervenir. C'est, pour le moment, la conclusion principale que nous en voulons tirer.

Nous ne pouvons qu'approuver la sagesse des dernières conclusions posées par MM. Chauffard et Quénu. Nous avons publié ici-même (1) un cas d'insuccès de la méthode. Nous savons qu'il en existe d'autres. Mais, ainsi que l'ont nettement établi MM. Roux et Borrel (2), l'injection intra-cérébrale immobilise le processus, enraye l'évolution du mal qui cesse d'être extensif, aussi le succès final dépend-il beaucoup du moment où l'on intervient.

---

## SYPHILIS CONCEPTIONNELLE ET PATHOGÉNIE DES FIBROMES

Par les docteurs A. Aubeau et Golasz.

(*Pli déposé à la séance de l'Académie de médecine le 17 février 1897 et ouvert à la séance du mardi 22 février 1898.*)

*a.* Dans une communication au troisième Congrès de la tuberculose de Paris 1893, j'ai donné le résultat de mes recherches sur le sperme des tuberculeux et laissé entrevoir la transmission microbienne du père à l'enfant *par le sperme* dans les maladies microbiennes chroniques.

*b.* Dans la séance de l'Académie des sciences du 12 mars 1894, mon préparateur, M. le docteur Golasz, fit une communication sur la présence constante d'un microbe polymorphe (cladothrix) dans la syphilis.

*c.* On trouve le cladothrix de Golasz dans le sperme des sujets en puissance de syphilis.

*d.* On peut donc dire à propos de la syphilis, ce que j'ai écrit à propos de la tuberculose :

*Tout sujet infecté inocule l'ovule en même temps qu'il le féconde.*

*e.* Chez toute femme saine primipare, fécondée par un syphilitique, se développe, au point où l'ovule infecté se greffe dans la matrice, un processus inflammatoire infectieux qui devient pour la femme un foyer d'inoculation syphilitique.

*f.* En ce qui concerne la mère, l'infection se faisant par les lymphatiques profonds, on n'observe ni le chancre infectant, ni la roséole, ni les plaques muqueuses, en d'autres termes, aucun des phénomènes qui évoluent dans les réseaux lymphatiques superficiels.

Ce mode spécial d'infection donne la solution du problème si longtemps irrésolu d'une mère en apparence saine donnant naissance à un enfant syphilitique.

En réalité elle est syphilitique, ainsi que le démontre la présence du cladothrix spécifique dans le sang et dans les tissus morbides.

*g.* En ce qui concerne l'embryon, les lésions inflammatoires qui évoluent au niveau de la greffe placentaire empêchent son évolution au delà d'une période dont la moyenne se rapproche constamment de six semaines.

*h.* Le sang de l'embryon contient le cladothrix.

*i.* Au bout de six semaines la conception se termine donc en pareil cas par une fausse couche.

*j.* Consécutivement à cette fausse couche on observe des métrorragies prolongées, rebelles à tout traitement médical, si l'on en excepte le traitement spécifique, et même à tout traitement chirurgical, si l'on en excepte l'hystérectomie.

*k.* L'examen de la malade démontre alors qu'il existe, au niveau de la greffe placentaire, une tumeur dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une mandarine, qui peut s'étendre presque jusqu'à la surface de l'utérus, le déformer et déterminer de la péritonite adhésive locale.

*l.* Cette tumeur passe par trois phases successives : 1° une phase d'inoculation (gomme indurée) qui répond aux métrorragies pures; 2° une phase de ramollissement (fonte de la gomme) qui répond à un écoulement hydrorréique gommeux alternant avec des métrorragies; 3° une période d'organisation fibreuse ou sclérose (fibromyome, tumeur fibreuse), dont les symptômes sont ceux des tumeurs fibreuses.

*m.* Histologiquement, le processus inflammatoire infectieux qui se développe au niveau de la greffe placentaire est caractérisé par une infiltration de cellules embryonnaires dans l'épaisseur de la muqueuse utérine et dans l'interstice des fibres musculaires lisses.

Ce travail inflammatoire établit des adhérences intimes entre l'utérus et les villosités placentaires, à tel point, qu'après la fausse couche, ces villosités restent adhérentes au tissu utérin et qu'on les retrouve avec la plus grande netteté sur les coupes micrographiques.

*n.* Au point de vue bactériologique, la zone d'infiltration néoplasique renferme des cladothrix spécifiques.

*o.* Ultérieurement, le développement et l'organisation du tissu embryonnaire dans les interstices des fibres musculaires lisses de l'utérus donne lieu à l'apparence d'une tumeur qui revêt les caractères des fibro-myomes.

A une période plus avancée, l'organisation plus parfaite du tissu conjonctif produit une sclérose du foyer néoplasique. Les fibres musculaires lisses s'atrophient, ainsi que les vaisseaux, la tumeur prend les caractères du fibrome pur ou presque pur, parvenant presque toujours à s'entourer d'une membrane propre et à s'isoler.

A toutes les périodes d'évolution de la tumeur, on peut rencontrer des formes du cladothrix spécifique, ces formes étant, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus abondantes que le néoplasme est plus rapproché de son début.

*p.* Une première conception développe donc, chez la femme, une forme spéciale de la syphilis qui l'immunise jusqu'à un certain point; néanmoins, il n'est pas rare d'observer, chez la même femme, plusieurs fausses couches successives, ou bien la grossesse continue son évolution et la femme accouche d'un enfant mort-né, ou enfin l'enfant vit plus ou moins longtemps, mais conserve quelque tare de la syphilis héréditaire. (Dans tous les cas, il faut tenir compte du degré d'activité de la syphilis du mari.)

*q.* Toujours, il nous a semblé que chaque conception est l'occasion de l'évolution d'une nouvelle néoplasie (fibromes multiples à différents degrés d'organisation, fibromes mous, fibro-myomes, fibromes purs, fibromes calcifiés).

*r.* Les recherches cliniques, anatomo-pathologiques, his-

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 659.
(2) *Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1898.

tologiques et bactériologiques, concordent donc pour établir un lien de cause à effet entre la fécondation de l'ovule d'une femme saine par un sujet syphilitique, la greffe de cet ovule infecté sur un point de la muqueuse utérine et le développement d'une néoplasie infectieuse, d'abord inflammatoire, puis fibro-myomateuse, puis scléreuse (fibrome).

*s.* A toutes les périodes de son évolution, cette néoplasie subit manifestement l'influence du traitement spécifique (mercure et iodure de potassium).

Ce traitement, poursuivi avec persévérance, suffit, dans la plupart des cas, pour arrêter seul les hémorragies profuses du début. Il peut amener, si on l'emploie de bonne heure, la régression et même la disparition complète de la tumeur néoplasique, son action étant d'ailleurs plus efficace que l'organisation de la tumeur est moins avancée. Même dans le cas de fibrome volumineux et bien organisé, le traitement spécifique n'est point inactif lorsqu'on l'emploie avec persévérance, nous avons vu des tumeurs de grande dimension fondre progressivement sous nos yeux.

*t.* Il en résulte que le traitement spécifique devra toujours être employé avec persévérance dans les cas de fibromyomes ou de fibromes de l'utérus, et que le traitement chirurgical devra être réservé à un petit nombre de cas dans lesquels, le traitement spécifique ayant échoué, la tumeur provoque des accidents capables de mettre la vie de la malade en danger.

Ces cas sont au nombre de trois :

1° Poussée de péritonite, de salpingite ou d'ovarite (kyste de l'ovaire) suppurée.

2° Compression excessive des organes dont les fonctions sont indispensables à la vie (intestin, uretère, vessie, vaisseaux et nerfs du bassin).

3° Métrorragies profuses, continuelles et incoercibles (l'anatomie pathologique démontre qu'il existe en pareil cas, au voisinage de la muqueuse utérine, des vaisseaux volumineux, maintenus béants par leur connexion avec les tissus rigides qui les entourent).

---

Nous croyons devoir joindre au présent travail la méthode employée le plus communément par M. le docteur Golasz, pour colorer son cladothrix :

Nous prenons le sang au lobule de l'oreille, après l'avoir préalablement lavé au savon et à l'alcool.

Après dessiccation à 100 degrés, nous faisons macérer, pendant deux heures, la surface de la lamelle supportant la nappe sanguine dans une solution d'acide phénique à 5 p. 100, à laquelle nous ajoutons 10 p. 100 d'alcool afin de compléter la fixation. Nous lavons ensuite la lamelle à l'eau distillée, puis nous la plongeons dans une solution de bleu de méthylène alcalinisée par l'huile d'aniline. Les proportions suivantes nous ont constamment donné satisfaction :

| | |
|---|---|
| Eau | 90 |
| Alcool absolu | 10 |
| Huile d'aniline | 1 |
| Bleu de méthylène | 1 |

Nous laissons la lamelle séjourner dans cette solution pendant environ trois heures à une température voisine de 20 degrés.

En la sortant de ce liquide nous la lavons abondamment à l'eau distillée, nous la séchons et nous montons dans le baume.

Sous le microscope, les globules rouges apparaissent colorés en gris ardoise, les noyaux des globules blancs plus ou moins bleus. Les différentes formes du cladothrix sont franchement d'un blanc bleu violacé.

Aucune des formes végétatives du cladothrix ne prend le Gram.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Contre la toux.

| | |
|---|---|
| Bromoforme | 1gr75 |
| Teinture de racines d'aconit | 1 gramme. |
| Teinture de noix vomique | 0gr75 |
| Sirop d'extrait d'opium | 50 grammes. |
| Sirop d'écorces d'or. amères | 105 — |
| Alcool à 90 degrés | 25 — |

Une cuillère à café ou une cuillère à soupe au moment des accès. (*Gaz. hebd.*)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1898. — Présidence de M. Berger.

### RAPPORT

**Des occlusions intestinales par torsion du mésentère.** — M. Kirmisson rapporte une observation d'occlusion intestinale par torsion du mésentère.

Il s'agit d'un enfant de sept ans et demi, qui présentait des phénomènes d'occlusion intestinale — c'était un enfant mangeant d'habitude goulûment; les accidents avaient commencé par des phénomènes d'embarras gastro-intestinal; puis survinrent des vomissements fécaloïdes.

Quand M. Kirmisson le sonde pour la première fois, l'état est le suivant : ventre plat, rétracté; pouls normal; vomissements bilieux; arrêt complet des gaz et des matières. L'état est donc peu alarmant, en somme. M. Kirmisson prescrit l'opium à l'intérieur et de la glace sur le ventre.

Le lendemain, l'état s'améliore; pas de température; pouls bon, mais encore ni gaz ni matières. Au toucher rectal, on trouve le rectum vide. On donne un lavement qui ramène une quantité appréciable de matières.

Le diagnostic reste donc hésitant, et on remet l'opération.

Le jour suivant, les phénomènes s'aggravent : pouls petit, vomissements abondants, traits tirés, ventre cependant rétracté. M. Kirmisson fait le diagnostic d'occlusion intestinale à forme anormale. Il opère alors le petit malade. Il fait une laparotomie élevée, et dévide tout l'intestin du haut en bas; l'intestin est absolument vide. Il ne trouve pas d'obstacle. Dans la fosse iliaque droite, il trouve — chose particulière — une distension considérable de la veine mésaraïque inférieure. De plus, il trouve le mésentère formant une bride plus saillante que d'habitude, mais sans songer à la torsion du mésentère.

M. Kirmisson referme le ventre sans rien faire.

L'enfant meurt rapidement après l'opération.

A l'autopsie, on trouve une torsion complète du mésentère, de gauche à droite, suivant une circonférence de 360 degrés. L'intestin a donc fait un tour complet sur lui-même. Les veines mésaraïques sont fortement congestionnées. Pas trace de péritonite.

Enfin, ce qui distingue totalement le cas de M. Kirmisson de ceux de M. Delbet, c'est que, dans le premier, l'intestin

grêle était absolument vide et affaissé, alors que dans les faits de M. Delbet, l'intestin avait subi une distension énorme.

M. REYNIER dit que ces faits de torsion du mésentère ne sont pas si rares qu'on croit. Il en a, pour sa part, observé deux cas. Ces faits sont d'ailleurs connus d'ancienne date; ils ont été décrits par Rokitansky sous la rubrique de « Variété spéciale de volvulus ».

M. MONOD, en 1893, était appelé dans les environs de Paris pour voir une jeune fille de quinze ans atteinte d'accidents d'occlusion intestinale.

Les accidents remontaient à cinq jours; le ventre était très distendu, mais surtout vers le centre de l'abdomen. La température était élevée; arrêt complet des gaz et des matières; mais pas de vomissements.

Il fit l'opération immédiatement. Les anses intestinales étaient extrêmement distendues. Il chercha vainement une bride ou un obstacle; mais cette recherche fut difficile par la distension énorme de l'intestin. Il dut faire une ponction.

En examinant alors l'intestin, il trouva une torsion nette du mésentère. Il fit la détorsion et réduisit les anses intestinales. Mais l'intestin était d'un aspect noir, verdâtre; il y avait en même temps un peu de liquide dans le ventre; il y avait déjà des traces de sphacèle.

L'enfant mourut le lendemain de l'opération, après avoir rendu des matières par le rectum. Les douleurs abdominales avaient été aussitôt atténuées.

Le diagnostic de ces torsions du mésentère peut-il se faire? C'est évidemment difficile. On peut se baser cependant sur trois signes : l'existence d'un ballonnement du ventre localisé au centre du ventre; les douleurs, ne ressemblant pas aux coliques de miserere, mais siégeant dans les reins; l'absence de vomissements.

M. ROUTIER. M. Delbet appelle bien l'attention sur la disposition de l'anse cæcale de l'intestin grêle qui est lésé.

De plus, l'intestin grêle est énormément dilaté; et les veines mésaraïques sont très distendues.

Dans le cas de M. Kirmisson, au contraire, l'intestin est vide. De plus, le mésentère semble tordu en sens inverse du sens des aiguilles d'une montre. L'observation de M. Kirmisson n'est donc pas absolument superposable à celle de M. Delbet.

### COMMUNICATIONS

**Sur la cholédocotomie.** — M. MICHAUX ne croit pas que la cholédocotomie sans sutures, telle que la préconise M. Quénu, doive être érigée en méthode générale applicable à tous les cas. Il a pu faire la suture dans nombre de cas, et avec succès complet.

Il ne faut donc pas proscrire la suture du cholédoque, toutes les fois qu'elle est possible et qu'elle ne prolonge pas outre mesure l'opération.

Mais quand le foie est infecté, que le cholédoque est profondément situé, il ne faut pas le suturer. M. Quénu a eu raison de montrer avec netteté que la cholédocotomie sans sutures peut donner d'excellents résultats.

**Traitement de l'hématocèle rétro-utérine.** — M. POTHERAT en décembre dernier, à l'hôpital Saint-Louis, a observé une jeune femme de vingt-sept ans atteinte d'anémie aiguë post-hémorragique. Cet état avait succédé à des métrorragies abondantes. Au toucher vaginal, il trouva nettement une hématocèle rétro-utérine.

Il fit l'incision du cul-de-sac postérieur. Pendant quelques jours, tout alla bien, mais, le septième jour, survint une hémorragie abondante, les hémorragies se répétèrent deux ou trois fois encore.

Il fit alors la laparotomie, vida le cul-de-sac postérieur des caillots qui s'y trouvaient, enleva la trompe gauche rompue. Il s'agissait nettement d'une trompe gravide; mais il n'y avait plus trace de fœtus, la malade a fini par guérir.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une grossesse tubaire rompue, ayant entraîné des hémorragies graves et un état d'anémie très sérieux. L'incision du cul-de-sac postérieur n'a pas fait cesser les hémorragies, et il a dû faire une laparotomie secondaire qui a permis de guérir la malade.

La séance est levée.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité médico-chirurgical de gynécologie (1), par MM. Labadie-Lagrave et Félix Legueu.**

La gynécologie a passé, depuis ces dernières années, par deux phases bien distinctes. Exclusivement médicale il y a vingt ans à peine, elle est devenue presque entièrement chirurgicale depuis ces dernières années.

En réalité, la gynécologie n'est ni chirurgicale ni médicale, elle est à la fois l'une et l'autre. C'est cette association intime de la chirurgie et de la médecine dans la pathologie féminine qu'a voulu prouver la collaboration des deux auteurs du nouveau Traité.

N'en déplaise aux auteurs, après la lecture de leur traité, leur but apparaît moins nettement qu'après la lecture de leur préface. C'est que la médecine tient une bien petite place dans cet ouvrage, pourtant si complet et si volumineux! Ce ne sont qu'interventions chirurgicales, avec leurs indications et contre-indications, les suites opératoires, immédiates ou éloignées, la discussion de la technique à suivre, etc. Combien le côté médical nous a paru restreint!

Toutefois, dans la première partie, en dehors du traitement purement médical des troubles dus aux lésions génitales, on trouve exposé dans cet ouvrage les traitements hydrominéral, hydrothérapique, l'opothérapie, etc.

Mais, il n'en reste pas moins acquis, malgré l'effort tenté par la collaboration des deux auteurs, que la gynécologie échappe de plus en plus à la médecine pour devenir partie intégrante de l'art chirurgical. En réalité, il convient de ne plus considérer le chirurgien, comme le barbier du temps jadis, digne tout au plus d'exécuter sous l'œil et la direction du médecin les prescriptions de ce dernier. Et, il faut admettre que le chirurgien, tel qu'il est aujourd'hui, capable d'exécuter les interventions les plus variées et les plus complexes, sur les organes génitaux de la femme, est aussi capable d'en poser les indications. Remarquablement instruit par une sorte de biopsie, due à ses opérations incessantes, le chirurgien qui voit et touche les lésions, distingue les bénignes des graves, les aiguës des chroniques, et reconnaît les cas justiciables de la chirurgie de ceux qui ressortissent aux traitements simples de la médecine.

Dans ces conditions, la gynécologie des cas simples redevient la gynécologie du tampon, des injections, du vésicatoire et du repos au lit. C'est le côté médical de la gynécologie. Or, il nous paraît quelque peu illogique de reconnaître comme médicaux les petits côtés de la gynécologie, et d'accepter que ces affections deviennent chirurgicales quand elles atteignent aux périodes plus graves. Le chirurgien, à qui l'on reconnaît la compétence nécessaire pour poser les indications d'une intervention et l'exécuter, ne saurait être incompétent lorsqu'il s'agit d'appliquer un courant électrique ou d'ordonner les eaux de Néris, celles de Salies-de-Béarn ou d'ailleurs.

En ouvrant au hasard le traité que nous analysons, nous

(1) Gr. in-8°, 270 grav. Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.

trouvons le chapitre du traitement du prolapsus utérin, divisé en deux parties. Le premier paragraphe est intitulé : traitement médical; le second, traitement chirurgical.

Or, quel est le traitement médical étudié? la réduction du prolapsus, son maintien par un séjour au lit prolongé, des injections astringentes, la massothérapie et enfin des pessaires variés.

Au paragraphe du traitement chirurgical, est décrite la longue série des opérations mises en usage contre cette infirmité. N'est-il pas rationnel d'admettre que le chirurgien qui aura à décider de l'opportunité d'une opération, sera aussi compétent lorsqu'il s'agira de prescrire le massage ou le port d'un pessaire?

Ici comme dans la plupart des affections gynécologiques, on voit donc que le rôle du médecin est très limité, aussi notre conclusion sera-t-elle, surtout après la lecture de ce traité, que la gynécologie devient de plus en plus chirurgicale, puisque la chirurgie est le traitement qui finit par s'imposer dans la plupart des affections gynécologiques rebelles.

Il est bien entendu que nous ne confondons pas les mots chirurgical et opératoire, et que l'électricité, les pansements intra-utérins ou vaginaux, les applications des différents topiques, les cautérisations, en un mot, toutes les applications locales font partie intégrante de la thérapeutique chirurgicale.

D'ailleurs, nous ne voulons pas, à propos du livre de MM. Labadie-Lagrave et Legueu, discuter plus longtemps cette question purement doctrinale. Les lecteurs de ce très remarquable ouvrage seront de suite de notre avis, lorsqu'ils auront vu la part restreinte qu'occupe la médecine dans ce traité médico-chirurgical de gynécologie.

Ce petit point mis à part, nous avons plaisir à constater que la littérature française vient de s'enrichir d'un nouveau livre de grande valeur : très actuel, comme description de fond ; très moderne, comme soin matériel que les éditeurs ont apporté à sa publication.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 4 ET DU 5 JUILLET 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 4 JUILLET 1898**, à neuf heures et demie du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

A une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Tillaux, Humbert et Delbet ; — (2e partie, 1re série) : MM. Hayem, Letulle et Widal ; — (2e série) : MM. Fournier, Landouzy et Gilles de La Tourette ; — M. Ricard, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Segond, Kirmisson et Walther ; — (2e partie) : MM. Potain, Déjerine et Gaucher ; — M. Broca, suppléant.

**MARDI 5 JUILLET**, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Polaillon, Poirier et Gley.

3e (2e partie) : MM. Joffroy, Hutinel et Marfan ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Peyrot, Brun et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Achard ; — (2e série) : MM. Cornil, Roger et Thoinot ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Campenon et Brun ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Ballet et Gilbert ; — (2e série) : MM. Proust, Charrin et Letulle ; — M. Thiéry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar ; — M. Le Dentu, suppléant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 juin 1898, M. le docteur Lamouroux, membre du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine, vice-président de la Commission du Vieux Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décision présidentielle, en date du 23 juin 1898, M. le médecin principal Guintrau (Auguste-Alfred) a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur sa demande, à compter du 1er septembre 1898.

Par décret du même jour, M. le docteur Guintran a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, pour compter de la date de sa radiation des contrôles de l'activité. M. le docteur Guintran est affecté au port de Toulon.

— Par décision ministérielle, en date du 24 juin 1898, sont désignés :

M. Beau, médecin-major de deuxième classe, pour occuper l'emploi de son grade au 4e régiment du génie.

M. Baudisson, pour occuper l'emploi de son grade au 1er régiment de zouaves (pour ordre) et être détaché aux petits dépôts des 1er et 4e régiments de zouaves, à Salon.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 juin 1898, la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille est déclarée vacante.

— Le concours pour deux places de prosecteur à la Faculté de médecine de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Fredet et Cunéo.

— Le concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lamacq-Dormoy.

— Le concours pour la place de professeur suppléant des chaires de cliniques chirurgicales et obstétricale à l'École de médecine de Grenoble, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Perriol, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Grenoble.

— Le concours pour la place de préparateur de bactériologie près l'École de médecine de Nantes s'est terminé par la nomination de M. Fortineau.

— M. le docteur d'Arsonval, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, et M. Moissan, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, sont nommés membres du comité technique des machines institué auprès du commissariat général de l'Exposition universelle de 1900.

— M. le docteur Thoinot, médecin des hôpitaux, professeur agrégé, médecin-inspecteur des épidémies, est nommé directeur des secours publics, en remplacement de M. A. Voisin, décédé.

— Samedi a eu lieu, à l'École dentaire de Paris, rue de la Tour-d'Auvergne, un grand banquet organisé par l'Association générale des dentistes de France, l'École dentaire de Paris et la Société d'odontologie de Paris. Œuvre d'initiative privée, cette école professionnelle, sous l'habile direction de M. Godron, procure un enseignement pratique à plus de 150 élèves.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Hervier, ancien médecin à Rive-de-Gier, décédé à Nice ; Midrin, médecin de l'hôpital et maire de Sèvres.

— *Remplacement.* — Un étudiant, pourvu de tous ses examens de médecine, demande à faire un remplacement. — S'adresser à M. Maréchal, 15, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 74. — JEUDI 30 JUIN 1898. 71e ANNÉE JEUDI 30 JUIN 1898. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la prophylaxie de la tuberculose a été close, dans cette séance, par une réponse de M. Grancher à ses collègues et plus particulièrement à M. Kelsch. D'accord sur presque tous les points avec MM. Gibert, Vallin, Colin, Chauvel, Laveran, Landouzy, M. Grancher a accepté de joindre à ses conclusions les diverses propositions émises par ces collègues. Quant à M. Kelsch, on se rappelle que, portant plus haut la question, il s'est surtout appliqué à montrer l'importance du terrain, pour lui plus grande encore que celle du germe, et que les réformes qui s'imposent à ses yeux doivent viser plus le soldat lui-même que le bacille de Koch. Il n'a pas été difficile à M. Grancher de prouver à M. Kelsch, par des citations empruntées à ses propres écrits, qu'il n'a fait que prêcher un converti. Il y a longtemps, en effet, que, dans son enseignement comme dans ses travaux, M. Grancher a insisté sur l'extrême importance de la déchéance de l'organisme au point de vue de la pathogénie de la tuberculose. Ces notions sont, d'ailleurs, de tradition à la Faculté de Paris et certainement aussi dans les autres Facultés. Aussi M. Grancher n'avait-il pas jugé à propos d'y insister de nouveau. Son but a été tout autre : aujourd'hui que tout le monde est d'accord sur le rôle du bacille de Koch dans la propagation de la tuberculose, c'est contre ce bacille, c'est à le détruire par les moyens les plus simples, les plus pratiques et les plus efficaces, que doivent tendre les efforts des hygiénistes. Dans l'armée, l'hygiène de la chambrée prend, dès lors, une importance considérable, et les crachoirs humides, et les parquets coaltarisés sur lesquels M. Kelsch a reproché à M. Grancher d'avoir peut-être un peu trop insisté, méritent au contraire toute la sollicitude des médecins de l'armée et du commandement, aussi bien qu'un peu plus de sévérité dans le recrutement, un peu plus de surveillance des soldats tuberculeux, l'élimination immédiate des hommes atteints au premier soupçon de tuberculose, une meilleure alimentation, un peu moins de surmenage, etc. Revenant donc sur les mesures prophylactiques à prendre dans l'armée, M. Grancher déclare qu'il est complètement en désaccord avec M. Kelsch sur la façon dont ces mesures sont appliquées. M. Kelsch en parle comme peut en parler un médecin-inspecteur de l'armée dont les inspections, prévues et annoncées plusieurs jours d'avance, trouvent tout en règle. M. Grancher s'est documenté, non auprès des chefs ni des inspecteurs, mais auprès des hommes eux-mêmes, auprès d'hommes choisis de telle façon qu'il n'y a pas lieu de suspecter leur bonne foi ni leur véracité. Il a fait une enquête auprès des internes des hôpitaux venant d'accomplir leur service militaire. La plupart des lettres qu'il a reçues sont fort intéressantes et fort instructives. Il s'en dégage ce double fait que si, d'une part, le service de santé et le commandement font les plus louables efforts au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose, d'autre part, les mesures édictées et prescrites sont surtout théoriques. Les crachoirs existent bien, mais ils sont insuffisants, le plus souvent dissimulés derrière une porte, et personne n'y crache. La place nous manque ici pour suivre M. Grancher dans les nombreux détails qu'il a donnés sur les coutumes de la chambrée. Qu'il nous suffise de dire qu'il y a bien loin du règlement à l'application, et M. Grancher n'est pas seul à penser ainsi ; il oppose M. Laveran à M. Kelsch, et il pourrait lui en opposer bien d'autres. Il y aurait donc beaucoup à faire dans cette voie, et l'on ne saurait trop appuyer la proposition qu'a faite M. Roux de propager le plus possible le rapport de M. Grancher. On a surtout pensé à le répandre parmi les instituteurs, c'est très bien ; mais nous demanderions volontiers qu'on le répandît aussi parmi les capitaines de l'armée, auxquels incombe surtout, croyons-nous, la police de la chambrée. Voici les conclusions du rapport de M. Grancher, qui ont été adoptées par l'Académie tout entière :

« I. *Destruction du bacille tuberculeux.* — 1° L'Académie confirme le sens de ses conseils et de son vote de 1890 qui visent trois mesures de prophylaxie :

*a.* Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement contenant un peu de solution phéniquée à 5 p. 100 et colorée, ou au moins un peu d'eau ;

*b.* Éviter les poussières en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide ;

*c.* Faire bouillir le lait, quelle que soit sa provenance, avant de le boire.

Elle recommande, en outre, la désinfection du domicile, après la mort et même après un court séjour d'un tuberculeux, et aussi la désinfection des linges, literies, etc.

2° En ce qui concerne la *famille*, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense dès que la tuberculose est *ouverte*; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tuberculose pulmonaire à l'état *fermé*, par un diagnostic précoce et un traitement approprié.

3° Pour l'*armée*, l'Académie demande que la *réforme temporaire* soit appliquée aux tuberculeux du premier degré avant l'expectoration bacillaire, et la *réforme définitive* dès que les crachats contiennent le bacille de Koch. Et elle fait appel à l'entente cordiale du commandement et du service de santé pour l'application, dans toutes les casernes, des trois mesures énoncées plus haut.

4° L'école, l'atelier, le magasin, etc., relevant de l'instituteur, du patron, du chef d'industrie, etc., l'Académie ne peut que leur rappeler l'importance de cette question d'hygiène et la simplicité des moyens qui suffisent à combattre efficacement l'extension de la tuberculose.

5° L'Académie approuve les conclusions du travail de la commission hospitalière en ce qui concerne les malades et l'hygiène de nos hôpitaux, à savoir :

*a.* Isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées, en attendant la création de nouveaux sanatoria;

*b.* Antisepsie des salles des tuberculeux et des salles communes, notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage;

*c.* Amélioration du corps des infirmiers par une paye plus haute, un meilleur recrutement et une retraite;

*d.* Création d'un corps d'infirmiers sanitaires.

6° L'Académie approuve enfin les restrictions de la loi en projet et des arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservées à des cas assez rares de tuberculose généralisée et d'hecticité. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine et l'élimination, par la boucherie, de leurs animaux légèrement tuberculeux et partant inoffensifs.

II. *Maintien et accroissement des forces de l'organisme.* — 1° Assurer, par des crédits suffisants, l'exécution des prescriptions relatives à la salubrité des casernes; augmentation du volume d'air dévolu à chaque homme, aération continue des chambrées, isolement des infirmeries et des réfectoires, etc.

2° Fortifier la résistance des hommes par une réparation suffisante, en augmentant le taux de la ration alimentaire.

3° Profiter, autant que possible, des saisons et des moments les plus favorables de l'année, pour l'appel des classes, les changements de garnison, les manœuvres, marches de nuit, etc.

Enfin l'Académie, voulant marquer l'intérêt exceptionnel qu'elle attache à la continuité de son action en faveur de la prophylaxie de la tuberculose, crée une nouvelle commission permanente dite *Commission de la prophylaxie de la tuberculose*, qui aura pour objet d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'envahissement de cette maladie. »

M. Gilbert Ballet a eu la parole pour la lecture d'un travail sur les lésions des cellules de l'écorce cérébrale dans certaines formes de confusion mentale (psychose polynévritique).

M. Calliano (de Turin) a lu une note sur le traitement du mal de mer par une ceinture de son invention.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements en remplacement de M. Tarnier. M. Ribemont-Dessaigne a été élu à la presque unanimité des suffrages.

Elle s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale par suite du décès de M. Péan. La liste de présentation porte : en première ligne, M. Peyrot; en deuxième ligne, M. Bouilly; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Kirmisson et Quénu; en quatrième ligne, M. Segond; en cinquième ligne, M. Schwartz.

---

## HOPITAL SAINT-ANTOINE

### Gangrène du poumon traitée par la pneumotomie (1).

Par MM. L. Galliard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et H. Bernard, interne des hôpitaux.

Dans le cas publié récemment par M. Rendu, la gangrène pulmonaire était latente; on a traité seulement la pleurésie qui masquait le foyer gangreneux. Dans notre fait, c'est l'inverse : gangrène pulmonaire démontrée par la fétidité de l'haleine et des crachats, foyer gangreneux adhérent à la paroi thoracique, en arrière et, par conséquent, accessible au bistouri; mais empyème antéro-inférieur enkysté, distant du foyer gangreneux, échappant aux ponctions, échappant à la thoracotomie largement pratiquée.

Jules D..., cinquante et un ans, terrassier, sans domicile, entre le 13 mai 1898, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Louis, n° 31.

Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires et personnels. Il y a un mois environ, le malade prit froid et commença à tousser et à cracher des mucosités; bientôt, il remarqua la saveur désagréable des crachats. Jamais d'hémoptysie. Cependant il continua son travail. Mais peu à peu ses forces diminuèrent; il eut de la diarrhée et des sueurs nocturnes; l'entrée à l'hôpital devint nécessaire.

Nous trouvons le malade dans un véritable état de cachexie; il est très amaigri; son teint est jaunâtre, terreux; pas d'œdème des membres inférieurs. La station debout et la marche sont presque impossibles; la toux est fréquente, suivie d'une expectoration abondante, muco-purulente. L'odeur des crachats rappelle celle du plâtre frais, l'haleine est fétide.

En examinant la poitrine à droite, on constate en avant, sous la clavicule, une sonorité et une respiration un peu atténuée; en bas, au-dessus du foie, de la submatité.

Dans l'aisselle, matité, respiration soufflante.

En arrière, submatité des deux tiers supérieurs avec des râles humides disséminés. Matité du tiers inférieur avec abolition du murmure vésiculaire ; souffle tubaire existant surtout à la région postéro-externe, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Pas de gargouillement.

C'est évidemment là, dans le lobe inférieur, qu'on doit reçontrer, d'après notre appréciation, le foyer gangreneux, lequel doit être au centre d'un bloc d'hépatisation pulmonaire.

A gauche, respiration puérile, quelques râles de bronchite disséminés.

Pas d'œdème de la paroi thoracique. Rien au cœur. Pas de désordres viscéraux en dehors de l'appareil respiratoire.

---

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

Température 37°5. Pas de sucre dans l'urine, pas d'albumine.

Traitement : potion de Todd, sirop de morphine, hyposulfite de soude, 4 grammes.

Le 24 mai, 37°5 et 38°2.

Le 25 mai, 38 et 38°2. Nous examinons de nouveau le malade, dont les crachats semblent plus fétides encore que le premier jour. La matité dorso-axillaire paraît aussi plus étendue, de sorte que nous nous préoccupons de l'état de la plèvre. S'agirait-il d'une de ces collections pleurales qui, s'ouvrant dans les bronches, causent si souvent des erreurs de diagnostic?

Le souffle tubaire est toujours perçu dans une région limitée : il n'y a ni gargouillement, ni souffle amphorique, ni bruit de succussion hippocratique. Pour compléter l'examen, nous pratiquons en arrière, dans la région où le souffle est perçu et en pleine matité, sur deux points différents, des ponctions exploratrices à l'aide d'une longue aiguille adaptée à la seringue de Pravaz. La première ponction ne fournit rien. La seconde donne du sang pur. Donc l'aiguille n'a pas pénétré dans une collection séreuse ou purulente; elle a été enfoncée dans le parenchyme pulmonaire. Bien que la blessure du poumon n'ait pas provoqué d'hémoptysie, nous n'osons renouveler une exploration dangereuse. D'ailleurs, l'intervention chirurgicale s'impose.

Nous prions M. Blum, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, de venir voir le malade. Nous lui montrons les crachats qui, laissés au repos pendant quelques heures dans un verre à expériences, se séparent nettement en trois couches : une inférieure, épaisse, brunâtre; une moyenne, séreuse, un peu trouble; une supérieure constituée par du muco-pus verdâtre. L'examen sur lamelles ne décèle aucun bacille de Koch; par contre, les microbes pyogènes communs (streptocoques et staphylocoques) existent en abondance dans ces crachats.

M. Blum est d'accord avec nous sur la localisation du foyer gangreneux à la base droite. Il admet le malade dans son service et, le 26 mai, à dix heures du matin, après un nouvel examen du malade (percussion et auscultation), il pratiqua en notre présence, au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit, une incision courbe à concavité supérieure de 10 centimètres de longueur environ. Ayant incisé tous les muscles de la paroi, il arrive sur le gril costal. Le lambeau supérieur, disséqué et relevé avec un écarteur, met à nu les huitième et neuvième côtes : le chirurgien résèque chacune de ces côtes sur une étendue de plus de 5 centimètres et enlève un volet costal de forme quadrilatère. Il arrive ainsi sur la plèvre pariétale, complètement adhérente à la plèvre viscérale. Il sectionne longitudinalement les deux feuillets pleuraux au thermo-cautère. Nous apercevons le poumon dont la couleur est gris noirâtre.

Après section du tissu pulmonaire au thermo-cautère, M. Blum pénètre, à une profondeur de 2 centimètres environ, dans une cavité qu'il explore facilement avec l'index, qui semble très spacieuse, et dont s'écoule une grande quantité de pus fétide.

Le malade n'ayant pas été complètement anesthésié, on le fait asseoir; il tousse et rejette du pus fétide, mais pas de sang. Le pus qui s'écoule de la plaie tient en suspension des fragments de tissu pulmonaire nécrosé. On fait un lavage de la cavité à l'eau chloralée; puis, on draine au moyen de deux longues mèches de gaze iodoformée.

M. Blum termine l'opération par une suture des deux extrémités de la plaie musculo-cutanée, suivie d'un pansement iodoformé. Température du soir, 39 degrés.

27 mai. Pendant la nuit, il s'est écoulé dans le pansement une grande quantité de pus. Le malade se plaint d'une insomnie complète. Il est abattu et oppressé. Le pouls est bon, la langue un peu sèche. Température 38°2.

L'expectoration a changé de caractère : elle est peu abondante, muco-fibrineuse, grisâtre, non purulente; la fétidité des crachats et de l'haleine a presque totalement disparu.

On fait le pansement : les bords de la plaie sont un peu rouges. Un lavage à l'eau chloralée entraîne une certaine quantité de pus et de fragments de tissu pulmonaire nécrosé. Température du soir, 39°2.

28 mai, 40 degrés. Le malade, toujours en proie à l'insomnie, est plus abattu que la veille. Il se plaint toujours de gêne de la respiration et d'oppression. Cependant, la langue est humide. L'expectoration a les mêmes caractères que la veille.

Lavage à l'eau chloralée de la cavité pulmonaire et pansement. Température du soir, 37°8.

29 mai, 39°1. Le malade a, vers cinq heures, un grand frisson suivi de douleurs profuses, avec refroidissement des extrémités et oppression extrême. Soir, 40 degrés.

30 mai. Température, 38°8. Les phénomènes généraux et locaux sont les mêmes que les jours précédents. Pas de fétidité des crachats et de l'haleine.

Lavages à l'eau chloralée et pansement.

Dans l'après-midi, le malade a un accès de fièvre absolument semblable à celui de la veille. Température du soir, 39°4.

31 mai, 1er et 2 juin. L'état général va s'aggravant de jour en jour. La température oscille constamment entre 39 et 40 degrés; le pouls est rapide, faible. La langue est sèche. L'insomnie est absolue. La prostration est très marquée : le malade répond à peine aux questions qu'on lui pose. L'oppression est extrême.

La plaie de poumon suppure; la plaie de la paroi est enflammée et la paroi elle-même est rouge à une certaine distance de la plaie. Tous les jours, on fait un lavage à l'eau chloralée et on renouvelle le pansement.

3 juin (neuvième jour). Le malade tombe dans le collapsus; il est couvert de sueurs visqueuses; ses extrémités se refroidissent; le pouls n'est plus perceptible; 38°8.

Mort à une heure de l'après-midi.

L'autopsie est pratiquée le 4 juin, dans l'après-midi.

Après avoir fait l'incision longitudinale classique, on constate l'existence, dans la cavité abdominale, d'une petite quantité de liquide ascitique citrin, non purulent, prédominant surtout entre le foie et le diaphragme, où il est retenu par quelques adhérences entre ces deux organes. Le foie est très abaissé : son bord supérieur est au niveau du rebord costal.

Lorsqu'on a enlevé le plastron sterno-costal, on aperçoit du côté gauche du thorax un poumon qui paraît normal, alors qu'à droite la cavité pleurale est remplie d'un liquide louche qui refoule le cœur vers la gauche et le diaphragme vers la cavité abdominale. Le pus étant évacué, on trouve dans le fond de la cavité pleurale le poumon accolé à la paroi postérieure du thorax et complètement adhérent à cette paroi.

En somme, il existe une pleurésie purulente enkystée, à la fois antérieure et diaphragmatique; les deux feuillets de la plèvre, au contact du liquide, sont épaissis et tapissés de néo-membranes purulentes. En arrière, au contraire, il y a symphyse pleurale complète et, en décollant le poumon, on découvre l'orifice déterminé par le thermocautère : cet orifice n'a aucune communication possible avec la collection purulente, qui en est séparée par toute l'épaisseur du poumon.

Une section longitudinale pratiquée sur la face postérieure du poumon, et passant par l'orifice précité, découvre la cavité sur laquelle on est tombé pendant l'opération. Cette

cavité, longue de 6 à 8 centimètres, large de 3 à 4 centimètres, a des parois lisses; d'ailleurs, on n'y découvre aucun orifice de communication avec la plèvre. Elle est complètement vide.

Il n'existe dans le poumon qu'une seule petite cavité close, indépendante de celle-là, sous la plèvre. Dans toute sa hauteur, le poumon droit est atélectasié; on n'y voit pas trace d'autres lésions, pas trace notamment de tuberculose.

Le poumon gauche est emphysémateux et œdématié : il ne présente pas d'autres lésions.

A l'ouverture du péricarde, on constate l'existence de quelques adhérences lâches entre les deux feuillets de la séreuse; en outre, il y a une centaine de grammes de sérosité louche.

Le cœur pèse 375 grammes; on n'y remarque que des lésions orificielles; à peine quelques granulations athéromateuses sur les sigmoïdes aortiques. Les coronaires, non athéromateuses, sont perméables. L'aorte présente quelques rares plaques d'athérome.

Le foie, que nous avons vu très abaissé, est en outre hypertrophié : son poids est de 2250 grammes. Sur une coupe, il est mou, d'aspect graisseux, très congestionné. La vésicule et les canaux biliaires paraissent sains.

La rate, qui pèse 165 grammes, ne présente rien d'anormal.

Les deux reins, congestionnés, pèsent : le gauche, 200 grammes; le droit, 220 grammes. Il se décortique mal.

Le pancréas paraît normal.

L'estomac est très distendu, n'est pas altéré. L'œsophage a sa muqueuse intacte; pas trace de perforation, récente ou ancienne. L'intestin ne présente rien de particulier. L'appendice est sain.

Les centres nerveux ne présentent aucune lésion apparente.

Le pus de la plèvre et celui du péricarde contiennent des streptocoques et des staphylocoques; les staphylocoques prédominent dans les cultures.

On remarquera que, dans ce fait, il a été facile de préciser la localisation du foyer gangreneux; que, d'autre part, l'empyème enkysté s'était développé à distance, loin de ce foyer : voilà pourquoi il a échappé à nos recherches.

---

## SUR LES RAPPORTS DE L'HYPERCHLORHYDRIE ET DE L'HYPERSÉCRÉTION CHLORHYDROPEPTIQUE CONTINUE AVEC LA MOTRICITÉ ET LA STASE STOMACALES

Par MM. Albert Mathieu et A. Laboulais.

*Conclusions.* — 1° L'influence pathogénique de la stase stomacale sur l'hypersécrétion permanente est désormais bien établie.

2° La *forme grave* du syndrome de Reichmann est, le plus souvent, liée à l'existence d'un ulcère de l'estomac.

3° Ce n'est pas uniquement par la sténose mécanique du pylore que l'ulcère simple peut amener l'hypersécrétion permanente; on peut invoquer aussi la viciation de la motricité du muscle gastrique, due à la destruction d'une étendue plus ou moins grande des parois stomacales et aux adhérences contractées avec les organes voisins et l'action réflexe partant de l'ulcère pour se réfléchir sur le système glandulaire de la muqueuse gastrique.

4° La *forme bénigne* du syndrome de Reichmann peut reconnaître la même pathogénie. Cependant, on constate moins souvent avec elle les signes de probabilité de l'ulcus qu'avec la forme grave.

5° Dans la forme bénigne, l'hypersécrétion semble l'emporter sur la stase, quels que soient, du reste, leurs rapports de priorité.

6° L'hyperchlorhydrie, cause habituelle de l'ulcère simple, joue un rôle important dans la pathogénie des phénomènes douloureux qui font partie du syndrome de Reichmann, ce qui fait qu'on doit, en tout cas, lui reconnaître une part très grande dans la genèse de l'ensemble dyspeptique.

7° Si la thérapeutique doit viser avant tout à faire disparaître les causes de stase, elle doit aussi chercher à diminuer l'hyperexcitabilité sécrétoire de la muqueuse et à atténuer les conséquences douloureuses ou autres de l'hyperchlorhydrie.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement des hémorroïdes.

Dans les cas d'hémorroïdes non procidentes :

| | |
|---|---|
| Vaseline | 15 grammes. |
| Chlorhydrate de cocaïne | 0gr20 |
| Antipyrine | 1gr50 |
| Salol | 1 gramme. |
| Cire | Q. S. pour consistance assez solide. |

Appliquer dans l'anus deux à trois fois par jour gros comme une petite noisette.

Quand les hémorroïdes ont de la tendance à sortir, on emploiera la pommade suivante aux mêmes doses :

| | |
|---|---|
| Vaseline | 20 grammes. |
| Chlorhydrate de cocaïne | 15 centigrammes. |
| Tanin | 1 gramme. |
| Extrait de ratanhia | 50 centigrammes. |
| Extrait de belladone | 10 — |
| Cire | Q. S. |

(*Gaz. hebd.*)

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### LECTURES

**Traitement du mal de mer.** — M. Calliano (de Turin) fait une communication sur le traitement du mal de mer par une ceinture de son invention, qui est disposée de telle façon qu'elle exerce une pression sur la région épigastrique, en particulier sur le plexus cœliaque.

**Lésions des cellules de l'écorce cérébrale dans certaines formes de confusion mentale (psychose polynévritique).** — M. Gilbert Ballet a eu l'occasion d'observer et de suivre deux femmes qui ont présenté des habitudes alcooliques avérées, de la tuberculose pulmonaire, un foie très gros et un état psychique qui reproduisait celui de la confusion mentale. Les deux malades ont succombé et il a pu faire l'examen microscopique.

Il a utilisé, pour le durcissement et la coloration de l'écorce, le procédé de Nissl. Sur les coupes pratiquées sur des fragments de l'écorce prélevés au niveau du lobule paracentral, on constate ce qui suit : à un faible grossissement (1/2 Leitz) les grandes cellules pyramidales et surtout les cellules de Betz sont altérées; elles ont perdu leur forme triangulaire, sont arrondies; leurs prolongements sont moins nets. Les cellules altérées ne sont pas éparses sur toute la coupe : elles sont réunies ou groupées en quelques

endroits de la préparation à côté desquels l'écorce présente son aspect normal.

En examinant à un plus fort grossissement (1/7 Leitz) les parties de la couche grise où les cellules se montrent altérées, on constate que ces cellules sont lésées de la façon suivante : sur le point qu'on considère, presque toutes les cellules de Betz sont malades ; c'est à peine si on en tronve une de saine sur dix ou douze. Ces cellules sont tuméfiées, leurs contours sont arrondis. Dans les moins malades les prolongements sont encore très visibles, le noyau n'est que peu déjeté en dehors ; il y a là, à son pourtour, une chromatolyse centrale très nette. La plupart des cellules ont, au contraire, perdu leurs prolongements ; la zone chromatolytique y est très étendue ; on ne voit plus que quelques rares granulations chromatophiles au pourtour de l'élément, juxtaposées quelquefois à de petits amas de pigments. Le noyau tend à faire hernie hors de la cellule dont il refoule et distend la paroi. Dans quelques cellules la chromatolyse est complète, le noyau n'est plus visible.

Sur aucun point on ne constate de dilatations vasculaires, de prolifération des noyaux des parois, ni de diapédèse. Il ressort des recherches auxquelles l'auteur s'est livré que contrairement à ce qui a été vu jusqu'à ce jour, chez des malades présentant la symptomatologie de la confusion mentale ou de la psychose polynévritique, on rencontre des lésions des cellules de l'écorce, assez grossières pour que leur réalité et leur signfication ne puissent être mises en doute lorsqu'on les étudie par la méthode de Nissl.

Quant au poison auquel il faut rapporter ces lésions et les symptômes mentaux par lesquels elles se sont traduites, il est difficile, dans les cas que l'auteur a eus en vue, de le déterminer avec certitude. On pourrait invoquer, dans ces cas, une infection, la bacillose, une auto-intoxication complexe résultant des lésions du foie, une intoxication d'origine externe, l'intoxication alcoolique. Tout autorise à penser que le principal sinon l'unique rôle dans la détermination des lésions doit être attribué à cette dernière.

### FIN DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE

M. GRANCHER répond à ses contradicteurs que la commission pense que l'acide phénique ayant fait ses preuves, il n'y a pas lieu de le changer pour une autre substance, mais en laissant le médecin libre d'employer tout autre antiseptique qu'il voudra.

Pour les crachoirs, le type dont il a parlé semble répondre aux divers *desiderata*.

La tuberculine, que recommande M. Landouzy, ne saurait être recommandée d'une façon au moins ordinaire. C'est un procédé qui peut être dangereux si on emploie des doses un peu trop élevées.

Quant à la question du terrain, M. Kelsch y accorde une importance considérable. Ce n'est certes pas M. Grancher qui contredira cette opinion, mais avant d'agir sur le terrain, il faut empêcher les germes de pouvoir attaquer l'organisme.

Agir sur ce terrain organique constitue une méthode difficile à réaliser, qui nécessiterait des dépenses considérables. Or, dit M. Grancher, comme il ne faut pas trop demander, nous devrons nous contenter de chercher à obtenir l'organisation de la lutte contre l'autre élément, l'agent infectieux. Avec quelques millions on peut organiser une défense effective contre le bacille. Contentons-nous, pour le moment, de tâcher d'obtenir l'organisation de cette lutte.

M. Kelsch a affirmé que dans l'armée toutes les précautions étaient prises contre la tuberculose. Les crachats seraient recueillis dans les crachoirs, les soldats immédiatement renvoyés dans leurs foyers dès que la tuberculose devient ouverte, les lavages des planchers pratiqués avec le linge humide.

Or, pour répondre à ces affirmations, M. Grancher résume une série de quarante et une lettres, émanant de médecins des hôpitaux ou d'internes, qui citent une série de faits. Il ressort de ces observations que, dans les casernes observées par ces médecins, les balayages étaient faits à sec, soulevant des flots de poussière qui se déposent sur les pains placés sur les planches, dans le café que prennent les hommes. Les crachoirs ne servent qu'exceptionnellement à recevoir les crachats ; les soldats même atteints de tuberculose avérée, comme il y en a souvent dans les régiments, crachent autour des lits, là où ils se trouvent, et souillent les planchers.

Dans nombre de circonstances, on a maintenu au corps des individus toussant et crachant, et nettement tuberculeux, ils n'ont pu être réformés que difficilement. Pendant des semaines et des mois ils ont vécu avec les autres soldats.

M. Grancher termine ainsi son rapport :

« La majorité de la Commission a décidé de diviser les conclusions, qu'elle soumet à votre vote, en deux paragraphes: le premier visant la destruction du bacille tuberculeux, et le second l'accroissemant des forces de l'organisme. Mais elle insiste pour que tous nos efforts tendent d'abord à la réalisation de la première partie de ce programme, celle qui est immédiatement réalisable par l'hygiène de la caserne et l'éloignement des tuberculeux. »

L'ensemble des conclusions du rapport de M. Grancher est adopté à l'unanimité. Sur la proposition de M. Roux, l'Académie adopte un vœu tendant à la diffusion la plus grande possible du rapport de M. Grancher. Enfin, M. Monod, directeur de l'hygiène au ministère de l'Intérieur, assure l'Académie qu'il contribuera par tous les moyens en son pouvoir à la diffusion du rapport de M. Grancher, qu'il adressera aux préfets, aux maires, et, si possible, aux inspecteurs d'Académie qui les feront parvenir aux instituteurs. C'est par eux surtout, qu'il est important d'obtenir la diffusion de ce rapport.

L'Académie se forme en comité secret.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

### Premiers soins à donner en cas d'accidents subits (1), par M. le professeur ESMARCH.

Ce petit traité de chirurgie populaire n'est pas destiné à remplacer le médecin, mais il est destiné à mettre en état d'être réellement utile jusqu'à l'arrivée de celui-ci pour n'avoir pas à déplorer des dommages irréparables ou même la mort d'un être humain.

Les différents chapitres traitent des premiers soins à donner aux personnes ayant des blessures, plaies, fractures, luxations, brûlures, aux noyés, empoisonnés, asphyxiés, transport des blessés et des soins à donner aux malades.

Ce petit ouvrage, rempli de gravures destinées à faciliter la compréhension du texte, est parvenu en Allemagne à sa douzième édition et a été tiré jusqu'ici à 45,000 exemplaires.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 6 AU 9 JUILLET 1898)

### Examens de doctorat.

**MERCREDI 6 JUILLET**, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Déjerine, Poirier et Walther ; — (2e partie) : MM. Bouchard, Retterer et Chassevant.

(1) In-8o. Prix : 1 fr. 50. — Bruxelles, A. Manceaux, 3, rue des Minimes.

3e (oral, 1re partie) : MM. Segond, Jalaguier et Bonnaire ; — M. Humbert, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Terrier, Rémy et Lejars ; — (2e série) : MM. Delens, Delbet et Broca ; — M. Sébileau, suppléant.

**JEUDI 7 JUILLET**, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Polaillon, Rémy et Bar ; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Roger et Letulle ; — M. Brun, suppléant.

**VENDREDI 8 JUILLET**, à neuf heures et demie du matin. — 5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

A une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Segond, Retterer et Ricard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Marchand, Humbert et Poirier ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Delens, Tuffier et Sébileau ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Netter et Thoinot ; — M. Jalaguier, suppléant.

5e (2e partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Potain, Landouzy et Gaucher ; — (2e série) : MM. Grancher, Letulle et Widal ; — M. Lejars, suppléant.

**SAMEDI 9 JUILLET**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Blanchard, Gley et André.

3e (2e partie) : MM. Hutinel, Letulle et Achard ; — M. Bouilly, suppléant.

5e (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Debove, Ballet et Roger ; — (2e série) : MM. Cornil, Raymond et Gilbert ; — M. Peyrot, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Netter et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Hallopeau et Marfan ; — M. Quénu, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique d'accouchements*, rue d'Assas : MM. Budin, Maygrier et Bar.

### Thèses de doctorat.

**MERCREDI 6 JUILLET**, à une heure. — M. GIL. Contribution à l'étude de l'insuffisance tricuspide organique ; — M. ALLAIS. Contribution à l'étude de la thrombose cardiaque (MM. Potain, président; Joffroy, Gilles de La Tourette et Widal). — M. BESSONNET. Essai sur les hallucinations conscientes (MM. Joffroy, président; Potain, Gilles de La Tourette et Widal). — M. DUPOUY. De la périgastrite adhésive dans l'ulcère de l'estomac (MM. Hayem, président; Pinard, Letulle et Varnier). — M. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie ; — M. BARRAULT. Syphilis paternelle. Essai de prophylaxie *ab ovo* de l'hérédo-syphilis (MM. Pinard, président; Hayem, Letulle et Varnier). — M. ARNAL. De l'intervention chirurgicale dans la rupture traumatique des kystes de l'ovaire ; — M. DERAME. De l'ankylose temporo-maxillaire et de son traitement chirurgical ; — M. LECHAT. Étude sur l'hôpital du Mans ; — M. POINEAU. Considération sur un cas de tumeur à myéloplaxes des os du tarse (MM. Tillaux, président; Marchand, Kirmisson et Tuffier).

**JEUDI 7 JUILLET**, à une heure. — M. DANOS. Pathogénie des abcès de l'encéphale ; — M. TISSOT. Des teintures pour les cheveux et de leurs dangers. Étude historique, clinique et médico-légale ; — M. AMOEDO. L'art dentaire en médecine légale (MM. Brouardel, président; Hutinel, Gilbert et Poirier). — M. LEFOURNIER. De la mort subite dans la pneumonie (MM. Hutinel, président; Brouardel, Gilbert et Poirier). — M. LENOIR. Perforations utérines dans les opérations vaginales (MM. Guyon, président; Debove, Nélaton et Thoinot). — M. HOISNARD. Contribution à l'étude de la neuro-fibromatose généralisée ; — M. BOUGON. Des signes du début de la tuberculose pulmonaire chronique, en particulier des altérations de la transsonnance pulmonaire (MM. Debove, président; Guyon, Nélaton et Thoinot). — M. MAYARD. Les sucres comme diurétiques (MM. Cornil, président; Berger, Schwartz et Achard). — M. CABON. Contribution à l'étude des hygromas à grains riziformes ; — M. MASSIEZ. De la valeur de la colpotomie dans les suppurations pelviennes (MM. Berger, président; Cornil, Schwartz et Achard). — M. SMOLIANOFF. Nature et traitement des pleurésies séro-fibrineuses primitives (MM. Grancher, président; Dieulafoy, Ménétrier et Charrin). — M. BOBO. Rupture spontanée à l'aorte et de ses anévrysmes dans le péricarde ; — M. MOUTIER. De la succorrhée urémique (MM. Dieulafoy, président; Grancher, Ménétrier et Charrin). — M. ASTIÉ. Contribution à l'étude de la névrite amyotrophique des tuberculeux (MM. Raymond, président; Budin, Maygrier et Hallopeau). — M. LARIGAUDRY. De l'expression abdomino-vaginale ; — M. BOUCHACOURT. De l'endoscopie par les rayons de Rœntgen (MM. Budin, président; Raymond, Maygrier et Hallopeau).

### CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 juin 1898, M. Léon Bourgeois, député, est nommé ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en remplacement de M. Alfred Rambaud, dont la démission est acceptée.

— L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 17 octobre, à midi précis.

Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er septembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

— Le concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine, vacantes en 1899 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, s'ouvrira le mardi 18 octobre 1898, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er septembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Achard, agrégé, est nommé chef du laboratoire de pathologie externe.

M. le docteur Gaillard est nommé chef-adjoint dudit laboratoire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le professeur Follet est nommé assesseur du doyen de ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Rispal, agrégé, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie du laboratoire des cliniques de ladite Faculté.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Geny est chargé du cours de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

— CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Bains de mer de la Méditerranée. Billets d'aller et retour valables 33 jours. — Billets individuels et billets collectifs (de famille).* — Il est délivré, du 1er juin au 15 septembre de chaque année, des billets d'aller et retour de bains de mer, de 1re, 2e et 3e classe, à prix réduits, pour les stations balnéaires suivantes : Agay, Aigues-Mortes, Antibes, Bandol, Beaulieu, Cannes, Golfe-Juan-Vallauris, Hyères, La Ciotat, La Seyne-Tamaris-sur-Mer, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Montpellier, Nice, Ollioules-Sanary, Saint-Raphaël, Toulon et Villefranche-sur-Mer.

Ces billets sont émis dans toutes les gares du réseau P.-L.-M. et doivent comporter un parcours minimum de 300 kilomètres aller et retour.

Prix : le prix des billets est calculé d'après la distance totale, aller et retour, résultant de l'itinéraire choisi et d'après un barême faisant ressortir des réductions importantes pour les billets individuels ; ces réductions peuvent s'élever à 50 p. 100 pour les billets de famille.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE



N° 75. — SAMEDI 2 JUILLET 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 2 JUILLET 1898. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### Des végétations conjonctivales à recrudescence printanière.

Par M. le docteur Albert TERSON, chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu de Paris.

I

Nous entendons par cette dénomination l'affection oculaire si spéciale que l'on a jusqu'ici désignée sous les noms d'hypertrophie périkératique (Desmarres), d'épaississement gélatiniforme du limbe (de Graefe), de « phlyctœna pallida » (Hirschberg), de catarrhe printanier (Sœmisch). Nous examinerons plus loin dans quelle mesure, les noms de lymphome et de papillome lui sont applicables. Le nom de végétations à recrudescence printanière ou de conjonctivite végétante printanière nous semble caractériser d'une manière précise l'aspect clinique et l'évolution de la maladie. Le terme de catarrhe printanier, si longtemps employé, doit être, plus que tous les autres, absolument rejeté, comme prêtant à confusion avec d'autres conjonctivites sécrétantes, tandis qu'il s'agit essentiellement, ici, d'une conjonctivite *végétante* dont la végétation a des caractères particuliers.

L'affection que nous allons décrire a été pendant longtemps inconnue : de toutes les variétés de conjonctivite, à l'exception peut-être de la conjonctive dite d'origine animale, c'est la seule qui ait été différenciée dans ces dernières années. Les autres formes de conjonctivites, sécrétantes ou végétantes, sont connues depuis les temps les plus anciens : la seule partie de leur étude qui ait acquis un peu plus de précision, est leur étiologie bactérienne ; mais au contraire, pour la conjonctivite printanière, nous nous trouvons en présence d'une entité morbide, qui s'est lentement dégagée d'autres auxquelles elle ressemble, c'est-à-dire la conjonctivite pustuleuse, soi-disant phlycténulaire, et la conjonctivite granuleuse. La conjonctivite printanière mérite d'être mise à part, au point de vue de la nature, de l'anatomie pathologique, des symptômes et de la thérapeutique ; le médecin, qui apprendra à la reconnaître, s'évitera des surprises désagréables au point de vue du pronostic : car il s'agit d'une affection des plus importantes à connaître et à reconnaître ; elle est fréquemment confondue avec la conjonctivite granuleuse, pour sa forme tarsienne, aussi bien qu'avec la conjonctivite pustuleuse, pour sa forme péricornéenne. Or, il est démontré aujourd'hui, que la conjonctivite végétante printanière ne guérit pas régulièrement par les moyens qui viennent à bout des granulations et des pustules. Aussi bien comme diagnostic que comme pronostic et traitement, toute confusion serait donc d'autant plus regrettable qu'il s'agit d'une maladie d'une ténacité quelquefois désespérante, et où le pronostic favorable (que l'on pourrait porter en espérant un heureux résultat d'une intervention très énergique, radicale) est souvent déçu.

II

APERÇU HISTORIQUE. — C'est Arlt, qui paraît avoir décrit le premier, en 1846 (1), les masses bourgeonnantes d'aspect si spécial qui infiltrent la région du limbe : elles diffèrent, en effet, tellement des productions d'une autre nature qui siègent dans cette région qu'elles devaient être les premières mises à part, tandis que les végétations du tarse ont passé bien plus longtemps inaperçues et confondues avec des granulations. Arlt parle, en effet, de trois cas d'infiltration du limbe avec masses *gris jaunâtre*. Il est bien évident que cette couleur caractéristique est le point culminant et fondamental de la description de la maladie et que c'est à elle qu'Arlt a eu affaire ; il la considérait comme une simple variété de conjonctivite lymphatique. Mais, comme par tous les auteurs qui vont suivre jusqu'à Sœmisch, Brockhaus et Horner, la *périodicité* de la maladie et sa localisation sur la *conjonctive palpébrale* sont restées à peu près complètement méconnues. De Græfe a rapporté cependant des cas de cette maladie ; mais c'est surtout Desmarres père qui, sous le nom d'*hypertrophie périkératique de la conjonctive*, a eu évidemment en vue des cas de conjonctivite printanière et, probablement, sans connaître la description d'Arlt. Il affirme que la maladie peut exister chez des enfants très jeunes, *quelquefois presque congénitalement*, et déclare que la maladie doit être distinguée de la kératite vasculaire. L'anneau périkératique est ordinairement *pâle*, avec

(1) Des indications bibliographiques étendues sont rejetées à la fin de ce travail.

quelques petits vaisseaux ; chez quelques sujets, il a constaté une véritable disposition aux ophtalmies (il est très probable qu'il s'agit des recrudescences catarrhales de la maladie, mais la description n'est pas suffisamment précise pour l'affirmer) : le cercle conjonctival s'injecte et encadre la cornée d'un anneau épais et vascularisé, mais les vaisseaux *s'arrêtent brusquement* à l'endroit où la cornée commence à être transparente. Il se forme sur le cercle kératique de petites *tumeurs blanchâtres*, qu'on *pourrait prendre pour des pustules*. Il n'a jamais vu coexister les pustules avec cette maladie. Les divers auteurs qui ont encore décrit des cas isolés de la maladie n'ont guère compris son caractère général. C'est Sœmisch qui a donné une bonne description des exacerbations printanières, puis Brockhaus, dans la thèse qu'il a faite (1872) sous l'inspiration de ce maître. Camuset (*Gaz. des hôp.*, 1874), dans un aricle intitulé : « Sur une affection particulière de la conjonctive bulbaire, » rapporte un cas qui paraît être une conjonctivite printanière péri-cornéenne *confluente*. Il s'agissait d'un campagnard de seize ans, non scrofuleux, saisi dès l'âge de cinq ans d'une conjonctivite hyperplasique blanc *jaunâtre*, formant un bourrelet envahissant concentriquement, mais irrégulièrement, la cornée, de façon à en laisser persister sur chaque œil à peine la superficie pupillaire. Cette affection, sur l'examen histologique de laquelle nous reviendrons, résista à toutes les thérapeutiques. L'auteur a donné un dessin de l'aspect du bourrelet péricornéen.

C'est à Reymond et à Horner que sont dues les premières constatations sur l'état de la conjonctive tarsale. Michel, dans son Traité, envisagea la maladie comme une sorte de lymphome.

L'étude histologique s'est continuée par les travaux de Uhthoff, et surtout par la remarquable thèse de Knus (1889), faite sous les auspices de Haab. Il faut mentionner, depuis, les recherches anatomo-pathologiques de Tailor, Schöbl, Raabe, Burchardt, Villard et Schlub. Nous en rapporterons plus loin une personnelle.

En France, un certain nombre de cliniciens, parmi lesquels nous devons citer Darier, se sont attachés à envisager le catarrhe printanier comme une affection spéciale. Cependant, l'opinion de Arlt, qui considérait la maladie comme une variété de la conjonctivite lymphatique, a été également soutenue.

Le Manuel de Fuchs contient une très complète description de la maladie comprise comme affection *sui generis*. Nous en avons donné nous-même, en complétant la description des auteurs par l'étude d'une dizaine de cas personnels, un tableau, la classant comme une forme absolument à part, dans les *conjonctivites végétantes*, et qui doit être isolée comme la conjonctivite folliculaire et la conjonctivite granuleuse. Comme la végétation, sa couleur, sa consistance, sa forme et son siège sont la base de la description, nous avons proposé le nom de *végétations conjonctivales à recrudescence printanière*. Le nom de conjonctivite printanière est déjà moins mauvais que celui de *catarrhe printanier*, qui n'exprimait que l'élément accessoire, et non l'élément principal : mais il prête à de grandes confusions, puisqu'on sait la fréquence au printemps de la conjonctivite catarrhale aiguë ou subaiguë, maladie courante et qui n'a aucun rapport avec les végétations conjonctivales en question.

Mentionnons encore les travaux de Lenoble (1895), de Darier et de Gardette (1897). Couétoux, A. Trousseau et Tétau dans sa thèse (1892) ont insisté sur la coexistence d'affections nasales.

III

Étiologie. — L'affection se développe généralement chez des sujets jeunes : c'est le plus souvent vers quinze à vingt ans, que la maladie apparaît ; à trois exceptions près, c'est à cet âge-là que nous l'avons observée chez nos malades ; un autre de nos cas concernait un jeune homme de quinze ans ; un second, une dame de vingt-six ans ; un dernier, un enfant de quelques mois, où la maladie revêtait la forme d'un bourrelet périkératique supérieur. Rappelons que Desmarres père a observé plusieurs fois la maladie à cet âge et qu'il se demandait si quelquefois elle n'était pas congénitale. Fuchs l'a vue aussi chez un enfant. La maladie est plus fréquente dans le *sexe masculin* : nous ne l'avons observée qu'une fois chez la femme, alors que nous avons vu tous les autres cas chez l'homme ou chez les petits garçons. Cette fréquence chez les mâles est affirmée du reste par la plupart des auteurs. Néanmoins, il serait inexact de dire, comme on l'a fait, que la maladie ne se développe que chez les garçons, et Knus ne la trouve que 85 fois p. 100 chez eux.

Les influences locales ont une réelle importance : certains sujets guérissent, en quittant leur séjour habituel ; ils peuvent rechuter en y revenant (Knus, Samelsohn).

Les professions sont variables ; bien des petits sujets n'en ont pas encore : fréquemment il s'agit de cultivateurs, de maraîchers, de sujets habitant constamment la campagne, des habitations neuves et humides. Lenoble cite les pêcheurs comme y étant sujets, et un cas où la maladie se développa lorsque le jeune homme qui en fut atteint s'occupa de pêche. On en trouve assez souvent dans la région des lacs, en Suisse notamment.

L'hérédité n'a aucun rôle net. La contagion n'est pas encore prouvée : on n'a pas vu jusqu'ici ces coexistences si fréquentes de nombreux catarrhes, de conjonctivites folliculaires, granuleuses et autres, dans certaines familles ou dans certains milieux, qui ont fait penser à une contagion épidémique. Ceci n'est pas démontré pour les végétations printanières. Nous n'avons rien observé de semblable chez nos malades. Cependant le docteur Gardette croit l'avoir contractée en soignant les malades et Knus cite des cas où les deux frères et où le père et le fils étaient atteints.

L'affection se développe généralement sur des yeux sains antérieurement : Lenoble cite des cas où les malades ont eu auparavant du trachome ou des conjonctivites catarrhales et il se demande s'il n'y a pas eu là une porte d'entrée qui a permis à la conjonctivite printanière de se greffer sur l'œil.

Sous le rapport de l'âge et du sexe, les chiffres de Knus tirés de la clinique de Haab sont fort instructifs. Sur 64 cas, 3 cas avant 5 ans ; 7, de 6 à 10 ans ; 17, de 11 à 15 ans ; 19, de 16 à 20 ans ; 10, de 21 à 25 ans ; 3, de 26 à 30 ans ; mais on en trouve encore, avec une progression fort diminuée, 2, de 41 à 45 ans. Ce serait donc une erreur de croire qu'il n'y a que des sujets très jeunes qui soient atteints : de même il est possible qu'un certain nombre de ces sujets eussent leur maladie depuis assez longtemps, la maladie disparaissant peu à peu, seule ou sous l'influence du traitement, par une marche cyclique, au moins dans la majorité des cas.

La maladie n'est pas une maladie oculaire fréquente : les cliniques les plus courues en voient deux ou trois par année. Knus en notait 2 p. 1000 affections oculaires à Zurich. Les études commencées sur la géographie médicale des affections oculaires nous apprendront ultérieurement quelles sont les régions atteintes et celles indemnes, et quel rôle l'altitude ou, au contraire, les régions basses et humides peuvent jouer dans l'éclosion ou la guérison de la maladie. Jusqu'ici, on l'a observée à peu près en tous pays, surtout dans l'Europe centrale, dans les deux continents et même chez les nègres. Elle serait fréquente à Constantinople. Nous en avons observé un cas à Toulouse, et une série de cas à Paris, dont un chez un sujet du Midi.

C'est indiscutablement au début de la saison chaude qu'apparaissent ou que réapparaissent les troubles qui accompagnent les végétations et surtout la gêne et le catarrhe; mais les végétations ne disparaissent pas toujours complètement en hiver, si elles ont un volume assez considérable. On peut en voir, Knus en cite et nous en avons vu venir consulter en plein hiver. Mais, tandis que Knus en trouve 2 en janvier, il en note 12 en mai, et 17 en juillet, seulement 6 en août, et le nombre décline ensuite rapidement. Nul doute que *la fin du printemps* ne soit l'époque d'élection des recrudescences.

Nous avons vu plusieurs fois des végétations adénoïdes du naso-pharynx exister chez nos malades.

Les sujets ne présentent pas toujours de diathèse appréciable; de Wecker remarque même que la maladie se développe chez des sujets bien portants et non scrofuleux. Cependant, exceptionnellement, on trouvera le lymphatisme comme Desmarres en avait vu des cas. Lenoble, nous-même et d'autres observateurs en ont noté aussi des cas chez des lymphatiques et des adénoïdiens. Mais en somme on peut dire que l'état général ne présente rien de fixe comme diathèse, et qu'en somme, c'est plus souvent chez des sujets *non* scrofuleux que la maladie apparaît, tandis que l'on connaît la régularité de la conjonctivite pustuleuse vraie chez les scrofuleux et les lymphatiques. Mais il n'y a pas d'*antagonisme* absolu entre la conjonctivite printanière et la scrofule.

Des verrues sur d'autres points du corps n'ont pas été mentionnées jusqu'ici, mais on devra les rechercher, vu qu'on les a plusieurs fois observées en coexistence avec le papillome conjonctival [S. Fuchs, Sims (1)].

Michel (de Wurtzbourg) aurait observé, chez ses malades, une *polyadénite* généralisée : les ganglions lymphatiques, même le préauriculaire, et aussi les glandes, seraient gonflées et dures. Pour lui, le système lymphatique du sujet tout entier serait atteint, et il aurait même quelquefois rencontré, comme facteur étiologique, la syphilis héréditaire. Nous avons recherché cette polyadénite chez plusieurs de nos malades sans la rencontrer, mais nous l'avons cependant trouvée une fois nettement.

## IV

Symptomatologie. — Si on voit les malades *au début*, la maladie est généralement annoncée, *à la fin* du printemps, par des sensations pénibles, et surtout des *démangeaisons* extrêmement désagréables. Un catarrhe plus ou moins intense, un peu de larmoiement, une photophobie variable, souvent très marquée à la lumière artificielle (Lenoble), se déclarent. Examinée à ce moment, la conjonctive présente une teinte générale roussâtre, pâle, quelquefois lardacée, de teinte allant du rose saumon au blanc de lait. Tantôt on trouve à la fois sur la conjonctive tarsienne et autour de la cornée des végétations caractéristiques, mais d'autres fois, si on voit les malades à la première atteinte, la conjonctive semble infiltrée de partout, sans être très vascularisée, et seule la *teinte de l'infiltration générale est typique*, permettant de reconnaître le mal *même avant le développement des végétations*. Le traitement n'entraîne qu'une amélioration passagère : les jours humides et frais, le malade fait beaucoup moins d'attention à son mal, tandis que les jours chauds amènent une exacerbation des signes objectifs. L'automne et l'hiver surviennent et le malade se croit guéri, car la maladie est « hibernante » : il ne souffre plus, mais sa conjonctive conserve un aspect spécial. Au printemps et en été, la récidive est la règle, et des végétations se forment sur le tarse et le limbe, ou exclusivement sur un de ces territoires : certains sujets n'ont jamais qu'une de ces deux localisations.

Chez nos malades, nous avons trouvé plusieurs fois des ganglions sous-maxillaires, mais isolés, et une fois seulement la polyadénite spéciale, signalée par Michel : pas plus que de Wecker, nous ne pouvons donc la considérer comme caractéristique. Quand il y a, ce qui arrive quelquefois, des végétations adénoïdes, le malade présente le facies adénoïdien ; mais en somme, il n'y a rien dans les autres cas qui mérite d'être remarqué et différencié. Nous n'avons jamais rencontré chez eux le masque de la syphilis héréditaire.

Quoi qu'il en soit, on peut observer trois types de la maladie.

Dans le premier, il existe des végétations tarsales.

Dans le deuxième type, la cornée présente, surtout dans le tiers supérieur du limbe, de petites végétations de même couleur et de même forme que celles de la région tarsienne ; leur base est cependant quelquefois plus large encore ; elles surplombent la cornée, de la manière la plus nette ; à côté de la végétation, la cornée est absolument saine ; en particulier, aucun vaisseau, aucune trame conjonctive supplémentaire ne descend de la néoplasie sur le reste de la cornée. La néoplasie pourra grossir, envahir la cornée, mais la ligne de démarcation sera toujours aussi nette. Ce type est le type complet.

Dans le troisième type, il y a une ou plusieurs énormes végétations autour du limbe, quelquefois sur la cornée même, et le tarse est *intact*, absolument sain.

Nous avons vu tous ces types et nous en avons suivi longtemps quelques-uns. Ce qui nous a frappé, c'est une sorte de *compensation* fréquente entre l'état tarsal et l'état péricornéen, à tel point que, lorsque la lésion est au maximum sur un point, elle peut ne pas exister sur le point opposé.

Ce qui frappe en plus de la couleur, c'est l'extrême dureté de ces végétations : elles *craquent* et glissent sous les mors de la pince, comme des grains de tissu fibreux et absolument dense : leur base d'implantation est encore plus résistante.

Cependant, les localisations péricornéennes ne sont pas toujours les mêmes, elles peuvent entourer en entier la cornée, l'enchâsser même au point de ne laisser libre qu'une

(1) Lagrange et Mazet. Papillome conjonctival, *Ann. d'ocul.*, 1898.

zone pupillaire (Camuset), ou même envahir toute la cornée (Fuchs).

D'autres fois nous avons vu la maladie, fruste, ne cercler par places que le cadran *inférieur* du limbe. Les végétations sont souvent très volumineuses, d'autres fois c'est une infiltration générale, régulière, arciforme, la véritable hypertrophie diffuse périkératique, s'avançant en nappe, et parsemée de petits points, de nodules blanchâtres sur lesquels Desmarres insiste déjà. Il est très rare que la cornée présente des nébulosités ou de petits ulcères : il s'agit là d'une infection secondaire fortuite.

La maladie est ordinairement *bilatérale* à un degré inégal : quand il s'agit de volumineuses végétations cornéennes, elles sont souvent symétriques ; dans un de nos cas, il y avait deux végétations au côté interne de la cornée, presque aussi régulièrement disposées que des pinguéculas. Fuchs cite un cas unilatéral où la conjonctive du tarse n'était malade que sur un point qui venait au contact du précédent : il lui paraît probable qu'il y a eu là une infection par contact ; mais bien plus souvent on n'observe aucune parité entre les deux groupes de végétations, dont un peut manquer.

En face de ces cas, en voici d'autres qui s'en rapprochent, mais qui en diffèrent cependant par divers côtés. Nous en avons observé plusieurs cas, les uns en province, d'autres à Paris, traités par des spécialistes différents et par nous-même, et voici comment ils se sont présentés. Nous nous bornerons à décrire le dernier cas que nous avons eu à observer, car il est le *type de ces cas atypiques*. Il s'agit d'un homme ayant dépassé la trentaine, n'habitant pas un pays humide, sans profession, sans aucune tare appréciable, et qui se plaint, depuis près de dix ans, d'avoir sous les paupières d'énormes végétations.

La cornée est saine, la vision parfaite, il n'y a pas le plus léger bourrelet périkératique. La sécrétion est assez abondante, jaunâtre, mais elle est *constante* : le malade l'a été comme hiver, *printemps* comme *automne*. Les végétations sont si énormes que la paupière supérieure est *bosselée* : le cul-de-sac inférieur et les replis semi-lunaires, sont légèrement irrités, mais n'ont *ni l'infiltration ni la teinte saumon* caractéristiques. Les fosses nasales sont saines. Si l'on retourne les paupières supérieures, on trouve des végétations colossales, partant du bord de la paupière, carrelant le tarse [ce qu'on voit encore mieux en instillant une goutte de fluorescéine (Darier) ou du violet de méthyle], allant jusqu'au cul-de-sac supérieur *qui n'a rien*, et ayant leur maximum à la *partie moyenne* du tarse, juste au-devant de la cornée qui, bien que baignant en plein catarrhe, bien que constamment en contact avec ces énormes et *très dures* néoplasies, est absolument parfaite. Ces *végétations n'ont pas la couleur saumon* : elles sont rose-vineux, donc rougeâtres, couleur fraise écrasée. Nous n'avons rien à ajouter à ce tableau, qu'à le mettre en regard avec l'aspect d'autres malades porteurs, seulement autour de la cornée et sur la cornée, de végétations énormes et analogues, en chou-fleur.

Quand il y a eu déjà deux ou trois attaques et que la maladie suit sa marche chronique habituelle, les malades qui consultent se plaignent depuis plusieurs années de gêne sous les paupières : ces dernières ne sont pas toujours déformées ; quelquefois, cependant, on peut observer des végétations assez volumineuses pour les soulever et leur donner de loin l'aspect de certaines paupières doublées de chalézions. Un catarrhe gêne les malades : il est muqueux, *filamenteux*, s'il y a de grosses végétations, il est PURIFORME ; mais il n'y a rien qui rappelle ordinairement une forte conjonctivite catarrhale, avec ses cils « en mèches de fouet » si typiques, rien qui extérieurement rappelle le *faciès de la conjonctivite granuleuse*, avec ses paupières difformes, ses cils déviés et son pannus. Ici presque toujours la cornée apparaît brillante et le malade affirme avoir la vision la plus parfaite.

Nous nous trouvons, la question de grosseur des verrues mise à part, en face de deux affections en bien des points similaires, dont la résistance au traitement est, en somme, identique, et dont les différences histologiques sont difficilement appréciables. Si certains cas paraissent guérir par divers traitements, si d'autres guérissent seuls vers l'âge adulte, par une sorte d'évolution cyclique, on peut voir la maladie se développer de toutes pièces, chez des sujets qui ne sont plus des enfants, et en tous cas, n'avoir aucune tendance à la rétrocession spontanée ou chirurgicale, passé la trentaine. Il ne faut donc pas se faire trop d'illusions ni porter de pronostic basé sur l'âge des sujets.

En tous cas, l'étude de ces cas reste encore à compléter, et malgré les petites différences qui peuvent tenir à des apparences et à une question d'intensité, on doit se demander si les énormes *papillomes* tarsaux ou limbaires ne sont pas des végétations printanières géantes : ce qui semble l'hypothèse la plus justifiée ; mais elle n'est pas admise par tous.

## V

MARCHE ; DURÉE ; TERMINAISON. — La marche de la maladie est essentiellement chronique. Les récidives peuvent se produire pendant plusieurs années, jusqu'à dix et vingt ans de suite. En hiver, et lorsque le malade ne se plaint pas de ses yeux, on est frappé de voir que les végétations et l'infiltration existent encore, quoique moins injectées et un peu affaissées ; cependant, dans les cas légers, la maladie semble guérie, et les végétations péricornéennes disparues ou fondues avec la conjonctive, qui reste un peu infiltrée et épaissie. Les végétations tarsales, plus résistantes, restent à peu près invariables (Fuchs). Il ne se produit *pas d'ulcération* au niveau de ces diverses productions.

Après une période d'années variable, la maladie rétrocède généralement, à l'exception de quelques cas, surtout au niveau du tarse, qui semblent subsister à peu près indéfiniment. La maladie disparaît cependant vers l'âge adulte ou auparavant, sans laisser de trace, dans la majorité des cas. Il y a là une évolution cyclique que l'on doit se rappeler et qui améliore le pronostic.

## VI

PRONOSTIC. — La maladie n'a donc pas de gravité réelle et la vision est rarement troublée : mais par sa périodicité et son intensité, surtout dans les formes tarsales, elle cause de sérieux ennuis au malade, dont elle est la préoccupation constante, et que le traitement ne satisfait pas toujours.

## VII

DIAGNOSTIC. — Au point de vue du *diagnostic*, nous ne saurions assez insister sur les différences profondes avec le trachome vrai, cornéen ou tarso-conjonctival. Quand on

connaît bien les caractères de la végétation, on ne la confond pas : on la voit arrivant jusqu'au bord des paupières, et pavant la face tarsale : la marche, la couleur, l'état de la cornée complèteront le diagnostic. Lorsqu'il existe seulement des végétations péricornéennes, la couleur, plus pâle que celle de l'*épithélioma*, la faible vascularisation, l'âge des sujets, l'interrogatoire, aideront le diagnostic. Il est, à notre avis, dans les cas douteux, absolument justifié de faire l'ablation de la néoplasie et son examen histologique. Cet examen nous a permis une fois de différencier chez un sujet ayant dépassé la trentaine, un papillome limbaire d'un épithélioma conjonctival, dont les caractères histologiques sont bien connus.

Les cas typiques de ces végétations se différencieront de la *conjonctivite pustuleuse* banale avec sa vascularisation, et sa réaction vive, son terrain, son retentissement cornéen et tous ses caractères cliniques, en plus de l'action rapide, presque diagnostique, des topiques et surtout de la pommade au bioxyde jaune de mercure.

L'*episclérite* est rare chez les jeunes sujets, et il est fort exceptionnel qu'elle arrive ou naisse aussi près de la cornée que la végétation.

On ne confondra pas non plus la maladie :

1° Avec les *conjonctivites papillaires*, accompagnées d'un léger catarrhe chronique : ici les papilles sont rougeâtres, au lieu d'être lardacées ; l'aspect général de la muqueuse est velouté, ressemble à un velours rouge. Rien dans l'ensemble de la maladie qui rappelle la conjonctivite printanière, d'autant plus qu'on n'observe pas de végétations péricornéennes.

2° Avec le *papillome franc* de la conjonctive qui ressemble beaucoup à certains cas confluents de conjonctivite printanière. *La question de comparaison des deux maladies, différentes ou analogues sur certains points, demande encore de nouvelles recherches.*

3° Avec le *gérontoxon* et certaines *hypertrophies périkératiques* avec scléroses et *verrucosités* hypertrophiantes du limbe, qui dépendent à peu près toujours d'une *scléro-choroïdite antérieure* manifeste.

La *fièvre des foins*, malgré son irritation conjonctivale, n'entraîne pas de végétations caractéristiques qui puissent prêter à une erreur de diagnostic.

En tous cas, on ne saurait assez redoubler de soin, de prudence et surtout d'attention dans le diagnostic de la conjonctivite printanière. Certains cas sont méconnus, parce que l'observateur ne connaît pas ou n'a jamais vu la maladie ; d'autres sont assimilés au trachome ou aux pustules ; il peut arriver que, par un simple défaut d'attention, des cas peu marqués passent inaperçus et ne sont reconnus qu'après un traitement prolongé. C'est donc une maladie larvée qu'il faut dépister et savoir reconnaître sous divers aspects qui peuvent induire en erreur.

## VIII

Anatomie pathologique. — Il existe déjà un nombre assez grand de travaux sur la nature histologique de l'affection qui nous occupe et les résultats de ces travaux sont, il faut le dire, généralement concordants. Cependant ces travaux ayant été faits sur des débris enlevés pendant la vie dans un but histologique ou thérapeutique, il serait très désirable que le hasard des autopsies mît à la disposition des histologistes des pièces complètes, c'est-à-dire des paupières et des globes oculaires munis de la lésion que l'on pourrait étudier *in situ*, de façon à trouver le siège exact de l'origine profonde des végétations.

Camuset et Legros n'ont examiné qu'un très petit débris de la conjonctive : ils n'y ont trouvé que des cellules épithéliales pavimenteuses, qui leur ont semblé proliférées et en couches plus nombreuses. Ils concluaient alors à une sorte de leucoplasie épithéliale généralisée. Mais il est inutile de faire ressortir que cet examen ne paraît avoir porté que sur des débris insuffisants ou enlevés trop superficiellement.

Reymond insiste sur la structure du tissu néoformé. L'épithélium, légèrement proliféré, ne joue qu'un rôle secondaire : mais l'essence de la maladie est une prolifération du tissu propre de la conjonctive, avec accroissement du nombre des cellules allongées et étoilées, et aussi des cellules embryonnaires et rondes.

Les travaux de Horner et de Vetsch font remarquer l'*extrême* épaississement de l'épithélium sur les morceaux pris au niveau du limbe, qui donnent un aspect papillomateux et même cancroïdal à la lésion. Les couches épithéliales, multipliées, constituent la partie principale de la lésion : le tissu sous-jacent est infiltré de cellules rondes et hypertrophié : les vaisseaux sont nombreux et grossis surtout au moment des recrudescences. En somme, c'est, pour Horner, une prolifération chronique de l'épithélium avec hypertrophie concomitante du tissu sous-conjonctival.

Uhthoff constata les mêmes altérations, et nota de plus une membrane sous-épithéliale épaisse, bien nette, et homogène. Comme lésion du tissu propre, par places et surtout où l'épithélium était le plus altéré, peu d'altérations, mais en d'autres places, processus hyperplastique avec riche infiltration cellulaire du stroma conjonctival ; les vaisseaux n'étaient pas très abondants.

Knus a étudié soigneusement quatre cas à la fois palpébraux et limbaires, alors que les précédentes préparations ont été surtout faites sur des végétations du limbe. Le limbe présentait une prolifération épithéliale *colossale*, papillomateuse et cancroïdale. Le tissu présentait par places une légère infiltration cellulaire, et une trame conjonctive.

Les végétations palpébrales composées de tissu conjonctif dense ne présentaient pas un épithélium aussi épaissi. Knus remarque du reste, entre les divers cas qu'il a examinés de notables différences : dans les uns, les vaisseaux sont beaucoup plus abondants que dans les autres ; la prolifération épithéliale et aussi l'infiltration profonde ont une intensité très variable suivant les sujets.

Tailor a examiné les productions limbaires chez un même sujet, à diverses périodes, en exacerbation et à froid. Il lui parut que le processus épithélial était le processus primaire et que l'infiltration et l'hyperplasie du stroma étaient de moindre importance.

Schöbl, Haab, Raabe, arrivent à des constatations analogues. Burchardt insista sur l'extrême épaississement du stroma, qui était véritablement fibreux dans certaines végétations. Schlub, dans sa thèse inspirée par Mellinger et qui contient un excellent travail d'ensemble sur l'histologie de la conjonctivite printanière, a même noté des végétations limbaires qui donnaient l'impression du fibrome.

Villard insiste sur la diffusion leucocytaire généralisée, complètement différente de celle du trachome et sur le « *tissu fibreux* qui forme la majeure partie » du tissu des végétations tarsales printanières.

Nous n'avons examiné qu'un seul cas de volumineuses végétations péricornéennes. La masse est essentiellement constituée par du tissu conjonctif véritablement dense et fibreux : il y a une légère prolifération de ses cellules autour des vaisseaux, peu nombreux du reste, et dans les couches superficielles. Aucune infiltration lymphatique et aucun aspect adénoïde du tissu. L'épithélium, fortement coloré, est plus épais, comme nombre de couches, qu'à l'état normal, mais, si l'on fait abstraction des points où il est coupé obliquement (ce qui peut simuler un grand nombre de couches supplémentaires), il n'a pas l'apparence cancroïdale signalée dans quelques cas, il est vrai, par divers auteurs. Dans notre cas, qui se rapproche surtout de ceux de Schlub, le stroma fibreux constitue la *grande masse* de la néoplasie, et la prolifération épithéliale ne joue qu'un rôle secondaire, et nullement prépondérant.

Il est permis de penser que les proportions de l'élément fibreux et cicatriciel, et celles de l'élément cellulaire et inflammatoire ont fait légèrement varier les résultats des examens histologiques, suivant qu'on examinait des cas récents, des cas anciens, des cas en période d'irritation, enfin, des cas récidivants, mais ayant été déjà traités chirurgicalement. On voit cependant qu'il y a une grande concordance entre les constatations.

En somme, de profondes différences existent entre la maladie, et :

1° La conjonctivite folliculaire et le trachome, dont la nature histologique ne rappelle en rien les végétations dures et fibreuses de la conjonctivite printanière : dans cette dernière, nous ne trouvons jamais les amas lymphoïdes et surtout les noyaux caséeux du trachome vrai ; le pannus trachomateux vrai n'existe pas non plus dans la conjonctivite printanière.

2° La conjonctivite pustuleuse dite phlycténulaire, où l'épithélium ne présente pas les altérations de la conjonctivite printanière et où la conjonctive palpébrale est indemne. Quelle différence aussi entre les processus ulcératifs et inflammatoires cornéens qui accompagnent si souvent la conjonctivite pustuleuse !

3° Les végétations adénoïdes bien développées.

Elles sont composées de tissu lymphoïde et diffèrent complètement de la maladie qui nous occupe. C'est en somme avec le papillome que la lésion, tarsale ou limbaire, a le plus de rapports.

## IX

Bactériologie clinique. — Sans qu'il y ait des faits de contagion certaine, il semble bien qu'il s'agit d'une affection microbienne. Bien des auteurs ont cherché le microbe en cause, en particulier Fuchs et Knus. Personne ne l'a rencontré. Nous l'avons nous-même recherché sans succès dans les végétations péricornéennes. De nouvelles recherches sont donc nécessaires, ainsi que des inoculations conjonctivales systématiques : mais il est possible qu'elles restent longtemps infructueuses. Si l'infection externe paraît la plus probable, il faut se demander, néanmoins, s'il n'y a pas, comme cela peut être possible dans la conjonctivite granuleuse, une endoinfection se manifestant par les productions néoformées au niveau de l'œil. Ce mécanisme n'infirme pas le précédent ; la tuberculose peut bien s'inoculer localement et d'autre part se manifester dans les ganglions ou dans l'iris par le mécanisme de l'infection interne. En tous cas, il y a là toute une série de recherches à faire, qui peuvent un jour aboutir à des trouvailles importantes.

## X

Pathogénie et nature de la maladie. — On est évidemment aussi mal fixé que possible sur la cause vraie de la maladie, sa cause reste inconnue, comme l'affirme Fuchs. Indépendamment de son étiologie microbienne possible, dans quelle catégorie faut-il ranger la maladie ? Il s'agit, semble-t-il, d'une affection *sui generis* (Fuchs). On doit se demander quelles sont les relations qui peuvent exister d'une part entre cette maladie et le papillome de la conjonctive : les cas, où les papillomes sont très abondants sous la paupière supérieure, sans que jamais, en plusieurs années, le limbe soit pris, sont-ils de la conjonctivite printanière, ou n'y a-t-il là que du papillome pur et simple, véritables verrues sous-palpébrales, où les recherches microbiennes pourront donner, comme celles qui ont été faites sur les verrues en général, d'intéressants résultats ? Ce qui est certain, c'est que l'aspect de ces cas ressemble et a été par beaucoup identifié à la forme palpébrale de la conjonctivite printanière, et que son traitement chirurgical est sujet aux mêmes déboires. L'avenir apprendra dans quelle mesure ces cas restent distincts les uns des autres. Quant à l'hypothèse de Michel, qu'il s'agirait d'un lymphome, les examens histologiques et l'examen général des malades ne paraissent pas la justifier complètement. Chez les sujets porteurs de végétations adénoïdes naso-pharyngiennes, on pouvait aussi se demander si le catarrhe printanier n'était pas formé de véritables végétations adénoïdes de la conjonctive. Nous avons fait des examens histologiques comparatifs, mais le tissu des végétations adénoïdes est complètement différent de celui qui nous occupe, et, bourré de cellules lymphatiques, il est réellement adénoïde. Dans les végétations du limbe, le tissu est presque fibreux et rappelle souvent les caractères du papillome. Il n'y a nullement l'infiltration si abondante des *pustules* conjonctivales. Du reste la maladie, et l'on doit y insister, se développe essentiellement sur les points conjonctivaux qui, à l'*état normal*, sont pourvus de *papilles*, c'est-à-dire le *tarse* et le *limbe*.

Peut-être n'y a-t-il là qu'une variété de papillome, limbaire et tarsal, ou d'une seule de ces localisations. Les exacerbations printanières peuvent être dues, soit à des conditions hygrométriques, soit à des poussées congestives (jours chauds), soit à des catarrhes *surajoutés*, hypothèse d'autant plus admissible que l'on connaît l'extrême fréquence des conjonctivites sécrétantes à la fin du printemps et au début de l'été.

Pour M. Chibret (1), le catarrhe printanier devrait être, ainsi que la conjonctivite folliculaire, considéré comme un trachome atténué, se basant surtout sur ce que la conjonctivite printanière est plus fréquente dans les pays où le trachome devient rare. Combattue par divers auteurs, cette assertion a contre elle un certain nombre d'arguments déjà exposés plus haut. Pour Samelsohn, la maladie serait plutôt de la nature de la fièvre des foins, mais il faut reconnaître que la vraie fièvre des foins ne paraît pas entraîner de véritables végétations conjonctivales, et ne pas oublier que le soi-disant catarrhe printanier est essentiellement végétant.

(1) Chibret. Soc. franç. d'opht., 1896.

Schiele avait pensé à une sorte d'eczéma chronique du tissu cornéo-conjonctival et considérait que la chaleur solaire pouvait l'aggraver. Rien ne semble justifier cette conception.

Knus croit qu'il ne s'agit pas d'une affection parasitaire, bien qu'il ait rapporté des cas où plusieurs personnes étaient atteintes dans la même famille, soumise, il est vrai, aux mêmes conditions d'existence. Il pense que la recrudescence périodique et la gêne oculaire sont occasionnées par l'hyperémie que l'air plus chaud et plus irritant entraîne à certaines époques.

Comme pour le trachome, il est permis de se demander, si ce ne sont point les microbes banals de la conjonctive qui sont en cause et si la maladie n'est différente que par *la réaction du terrain*, variable avec chaque malade, donnant sa physionomie spéciale à chaque entité morbide : on sait, en effet, combien le trachome se développe plus facilement sur un terrain lymphatique. Autant d'hypothèses qui contiennent une part de vrai, et qu'il y a lieu de se poser aussi bien pour le trachome que pour les végétations printanières, qui en somme paraissent en différer profondément.

## XI

Traitement. — Presque tous les auteurs s'accordent à considérer la maladie comme des plus rebelles et certains répondent, comme un maître étranger que nous visitions récemment, que *rien* ne leur a réussi contre les végétations à recrudescence printanière.

La maladie guérit quelquefois à la longue, en tous cas, on ne compte pas les récidives, même avec les traitements chirurgicaux les plus énergiques et les plus destructeurs.

On a employé successivement ou conjointement un traitement local, médicamenteux ou chirurgical, et un traitement *général*.

Pour passer rapidement sur ce dernier, disons que c'est l'arsenic qui a été le plus employé (Horner, de Wecker) ; nous avons vu que fréquemment les sujets atteints ne sont pas des scrofuleux ; il n'y a donc pas lieu, dans la majorité des cas, d'appliquer un traitement général antiscrofuleux, qui serait indiqué dans le cas contraire (aliments gras, sardines au beurre, exercices violents, iodoforme à l'intérieur, etc.). On sait de plus que la maladie n'est pas rare au bord de la mer ; on s'en souviendra pour ne pas y envoyer systématiquement les sujets atteints. Le séjour dans un air pur, et *à de hautes altitudes*, mérite d'être au contraire recommandé. Le fer, l'arsenic, les préparations iodo-tanniques pourront être prescrits en plus; et, autant que pour les granulations vraies, le traitement pratiqué dans des *sanatoria* en des lieux élevés, éloignant les malades des conditions d'existence et de milieu qui les prédisposent à la récidive, pourrait avoir une plus grande efficacité.

On devrait aussi appliquer, étant donné la nature de la maladie, le traitement interne qui a donné à certains praticiens de grandes améliorations et qui semble avoir entraîné la disparition de *papillomes cutanés nombreux* chez quelques malades. Rien n'empêche de combiner cette thérapeutique à la thérapeutique locale.

M. Colrat (de Lyon) affirme avoir obtenu, dans le traitement des verrues en général, de fréquents succès par la magnésie à l'intérieur. On donnera donc de 20 centigrammes à 1 gramme par jour de magnésie en deux fois, avant les repas. On a également recommandé la teinture de thuya occidentalis (L gouttes par jour).

Rien n'empêche de combiner ce traitement au traitement local. Il n'y a en tous cas rien à y perdre.

Le traitement *local* repose sur une foule de moyens, souvent impuissants. D'abord, il faut établir une distinction entre le pronostic thérapeutique de la forme tarsale et celui de la forme péricornéenne.

La forme péricornéenne, dans la majorité des cas, est plus facilement curable que la forme tarsale. Les pommades antiseptiques y sont souvent d'une plus réelle utilité. Sans avoir en aucune manière l'action rapide, presque diagnostique, qu'elle a sur les pustules vraies, la pommade au bioxyde jaune à 1/15 une ou deux fois par jour, avec massage de quatre à cinq minutes, la lanoline hydrargyrique, Darier et nous l'avons vérifié, ont fréquemment une influence heureuse. C'est donc par ces pommades, en les alternant, si l'on veut, avec des insufflations de calomel (de Wecker) que l'on commencera. Cette médication sera la plus recommandable dans les cas moyens. Les irritants et les caustiques, le nitrate d'argent entre autres, n'ont pas d'effet utile, bien au contraire. Le crayon d'alun, les collyres à l'alun à 1 p. 100, le sulfate de zinc à 1/200, le sulfate de cuivre en glycérolé à 1/20, contribuent quelquefois à diminuer la sécrétion anormale et la gêne que les malades éprouvent aux périodes d'exacerbation.

On essaiera de même, sur le conseil de Van Millingen et Fuchs, un collyre acétique à 1/20.

Despagnet dit s'être bien trouvé de la créoline à 1/40, et Trousseau du pétrole brut, en badigeonnages deux fois par jour.

Les lotions avec les nombreux antiseptiques, usités en thérapeutique oculaire (sublimé, bi-iodure, acide borique, etc.), employés de diverses manières, peuvent être indiquées, mais leur action est absolument insuffisante en général. L'ichtyol, fort utile dans bien d'autres cas, et recommandé par certains, nous a paru irriter les malades.

Dans le cas de végétations volumineuses, et bien localisées, quelquefois aussi grosses qu'un pois, il ne faudra pas hésiter à pratiquer l'ablation, comme une tumeur du limbe, avec cautérisation ignée de l'emplacement, après enlèvement du tissu morbide; mais, après une guérison en apparence totale, pendant plusieurs mois ou un an, la récidive survient souvent.

Des injections sous-conjonctivales (sublimé, chlorure de zinc, bi-iodure, etc.) pourront être tentées dans l'infiltration diffuse, pour modifier le terrain profond; mais, s'il n'y a pas d'amélioration nette et rapide, on fera mieux de s'en tenir aux pommades hydrargyriques. Quelques pointes de feu péricornéennes sur le bourrelet infiltré pourront être également pratiquées dans un but sclérogène.

Certains auteurs recommandent (Nimier et Despagnet) les douches de vapeur avec le pulvérisateur oculaire et croient pouvoir ainsi lutter heureusement contre la tendance aux récidives.

En tous cas, l'examen des fosses nasales sera pratiqué par un rhinologiste. Toute rhinite, toute végétation anormale, toute obstruction nasale sera rigoureusement et continuellement traitée, puisque certains affirment que ce traitement a une action utile pour le présent et l'avenir de ces malades.

Telles sont les bases du traitement hygiénique et du trai-

tement local, médical et chirurgical, dans la forme conjonctivale péricornéenne. Il y aura intérêt à varier la thérapeutique, car l'effet des remèdes les plus vantés varie ici singulièrement avec les sujets atteints. A condition de n'employer aucun traitement dangereux, on améliorera cependant les malades, au lieu de s'en tenir à un nihilisme thérapeutique, tout en diminuant la thérapeutique dans les intervalles où le malade ne s'aperçoit plus de son mal. Il est convenable de le prévenir d'avance de la marche de la maladie, et de lui permettre d'attendre ainsi avec plus de confiance et de patience le moment où la maladie rétrocédera et disparaîtra même pour ne plus revenir.

On diminuera aussi les démangeaisons par la cocaïne (pommade à 1/50), à condition de ne pas en abuser pour ne pas porter atteinte à l'intégrité de l'épithélium cornéen et ouvrir la porte à des infections secondaires, et on préservera les malades de la photophobie par les verres fumés. Certains malades sont même désagréablement impressionnés par la lumière artificielle. Lenoble cite un cas où le malade craignait davantage la lumière d'une lampe à huile que celle du soleil, et un autre cas où le malade s'abritait avec un grand soin de la lumière pendant son dîner.

La forme tarsale est d'une ténacité beaucoup plus grande, d'une fixité plus marquée, et elle résiste, lorsqu'elle est *très marquée* et *confluente*, à tous les moyens et à l'ensemble de la thérapeutique signalée ci-dessus. Sans doute, dans les cas légers, les mêmes remèdes, aidés de *scarifications*, de frottages avec un linge, un mouchoir, ou le doigt et de la poudre d'acide borique, seront utiles pour diminuer ou limiter le développement des végétations. Les scarifications, l'électrolyse (de Wecker) seront donc le traitement le plus recommandable dans la majorité des cas, et à moins d'un trop grand volume des végétations, il vaudra mieux s'en tenir là, ou intervenir en plein tarse. Les pointes de feu, le brossage, le curetage pourraient exacerber les végétations; tout comme pour un papillome, il vaut mieux ne pas l'irriter; les excisions superficielles peuvent, au contraire, quelquefois faire apparaître une nouvelle poussée de végétations, plus épaisse, plus large, tout comme un arbre qu'on émonde.

Le traitement par les acides en solution forte, comme pour les verrues, demande à être encore essayé de nouveau, mais il risque de provoquer des cicatrices vicieuses; on sait, en effet, la susceptibilité si spéciale de la conjonctive pour les brûlures avec les acides forts et sa tendance consécutive au symblépharon.

Il faudrait ici déraciner chaque végétation : il s'agit d'une végétation fibreuse née en plein *tarse*; c'est le terrain qu'il faut défoncer, sans cela la guérison n'est qu'apparente. Nous avons traité un cas d'énormes végétations si volumineuses qu'elles bosselaient la paupière. L'ablation, la cautérisation ignée, firent place nette et la guérison *totale*, avec conjonctive absolument lisse, persista plusieurs mois. Cela n'empêcha pas le malade d'avoir, l'année suivante, une poussée de végétations peut-être plus volumineuses, plus dures encore qu'avant l'intervention.

Aussi, les moyens les plus destructeurs, et l'excision au rasoir (Darier) en plein tarse, peuvent-ils être tentés, fût-ce à titre de soulagement passager; mais dans bien des cas, les scarifications et les topiques devront les remplacer ou les suivre de nouveau.

Quand on sera bien pénétré de l'idée que la maladie est peut-être plus encore dans le tarse que dans la conjonctive, on sera fixé sur la quasi-nécessité des récidives; et, d'autre part, on aura forcément l'idée d'intervenir sur le terrain même du mal, sur le tarse, et Darier y a justement insisté. Nous nous étions aussi demandé à plusieurs reprises dans quelle mesure des excisions profondes du tarse, bien entendu dans les cas extrêmes, pouvaient être justifiées, lorsque nous avons eu connaissance d'un récent travail de notre excellent confrère et ami le docteur Mitvalsky (de Prague), sur un cas d'inflammation tarso-conjonctivale chronique, intermédiaire, d'après lui, entre la conjonctivite printanière et diverses conjonctivites chroniques, mais surtout intense dans le tarse et la conjonctive de la paupière inférieure. Mitvalsky procéda à l'extirpation du tarse hyperplasié et de sa conjonctive, puis il sutura la muqueuse sectionnée au bord palpébral. Cette intervention énergique guérit le malade. Il faut reconnaître que c'est peut-être dans les interventions tarsiennes que se trouvera la guérison des cas extrêmes, et se rappeler que, maintenant que la clinique des végétations printanières est à peu près établie, il reste bien des recherches à faire sur la nature, la bactériologie et surtout la thérapeutique de cette singulière maladie.

BIBLIOGRAPHIE

ARLT. *Prag. Vierteljahrsschrift*, n° 4, 1846 et *Handbuch*, 1851. — DESMARRES. *Traité des maladies des yeux*, t. II. — V. GRÆFE. *Vorträge*, 1854 et 1855; *Klin. Vorträge*, Bd I, par Hirschberg, 1871, p. 47. — BROCKHAUS. *Ueber Frühjahrskatarrh der conjunctiv.*, Diss. inaug., Bonn 1872. — CAMUSET. Sur une affection particulière de la conjonctive, *Gaz. des hôp.*, 1874. — REYMOND. Contribuzione allo studio delle congiuntiviti. *Annali di ottalmol.*, IV, 1875. — SŒMISCH. *Handbuch der gesammten Augenheilkunde* (Græfe et Sœmisch), IV, 1876. — HORNER. *Handbuch der Kinderkrankeiten von C. Gerhardt.*, V, 1889. — VETSCH. *Über Frühjahrskatarrh der conjunctiva*, Diss. inaug., Zurich 1879. — BURNETT. *Arch. für Augenh.*, 1882.— UHTHOFF. Beiträge zur path. Anat. der Augen, *Arch. f. Opht.*, 1883. — MICHEL. *Handbuch der Augenheilkunde.* — ARMAIGNAC. *Mémoires d'ophtalmologie.* — EMMERT. *Frühjahrskat. Centralbl. f. prakt. Augenheilk*, 1888. — KNUS. *Klinisches und Anatomisches über Frühjahr. der Conjunct.*, Diss. inaug., Zurich 1889. — SCHÖBL. *Centralbl. für Augenheilk*, 1890. — TAILOR. Ricerche anatomiche sul catarro primaverile, *Ann. di ottalmol.*, 1891. — ZIEGLER (und Haab), *Lehrbuch der pathol. anat.*, 1892. — RAABE. *Beiträge zur pathologischen anat. der aüsseren Augenerkrankungen*, Diss. inaug., Marburg 1893. — BURCHARDT. *Zur Lehre von der Grenztumoren von conjunctiva und cornea*, Diss. inaug., Basel 1894. — WECKER, PANAS, GALEZOWSKI, MEYER. *Traités des maladies des yeux.* — FUCHS. *Manuel d'ophtalmologie*, éd. franç. — NIMIER et DESPAGNET, TRUC et VALUDE. *Traités élémentaires d'ophtalmologie.* — TÉTAU. Th. de Paris, 1892. — A. TROUSSEAU, COUÉTOUX, *Ann. d'ocul.*, 1891. — GRADLE. *Americ. Journ.*, 1886; *Arch. of ophtalm.*, 1896. — A. TERSON. Maladies de l'œil, *Traité de chirurgie* (Le Dentu-Delbet), t. V, 1895. — DARIER. Soc. d'opht. de Paris, 1889, et Congr. d'opht. de Paris, 1897. — LANDOLT et GYGAX. *Thérap. oculaire*, 1895. — LENOBLE. Th. de Paris, 1895. — GARDETTE. Th. de Paris, 1897. — SCHLUB. *Fibrombildung am Limbus der cornea bei Frühjahrskatarrh*, Diss. inaug., Basel 1897. — MITVALSKY. Sur une inflammation tarso-conjonctivale chronique avec remarques sur des états connexes, *Ann d'ocul.*, et Congr. de Moscou, 1897.

## REVUE DE LA PRESSE

**Contribution à l'étude de la chirurgie pulmonaire.** — Sous le nom de pneumopexie, Carl Bayer (de Prague) a eu récemment l'idée de pratiquer une série de points de suture entre la plèvre viscérale et le périoste costal pour rendre au poumon la possibilité de respirer lorsque la déchirure de la plèvre, au cours d'une opération, l'en avait empêché.

Le malade chez lequel il fut amené à mettre en pratique cette méthode était un enfant de treize ans, atteint de sarcome de la paroi thoracique. Au cours d'une première intervention, une double déchirure de la plèvre fut le résultat des efforts faits pour détruire les adhérences existant entre cette membrane et la tumeur; l'enfant tomba dans le collapsus et on fut obligé d'interrompre l'opération après avoir effectué le tamponnement de la plaie.

Trois jours après, l'état de l'enfant s'étant amélioré, Bayer chercha à parfaire l'opération; en cherchant à dégager les parties profondes de la tumeur, qui s'étendaient au voisinage de la colonne vertébrale, une nouvelle déchirure se produisit. Le poumon se rétracta profondément et le collapsus s'ensuivit.

C'est alors que Bayer eut l'idée de saisir le lobe supérieur du poumon avec une pince, de le faire passer à travers la large brèche pleurale et de suturer son bord inférieur au moyen de trois points de suture, distants l'un de l'autre de 3 centimètres environ, au périoste de la sixième côte qui formait la limite supérieure de la déchirure pleurale. Le malade revint à lui presque immédiatement et la moitié supérieure du poumon s'enfla dès lors régulièrement; la moitié inférieure seule resta atélectasiée.

Les suites furent très heureuses. Une forte dyspnée se manifesta les premiers jours, puis la respiration du malade se régularisa.

Bien que Bayer ne nous dise pas si son malade se rétablit complètement, cette expérience est très intéressante; elle nous montre la facilité avec laquelle on peut rendre au poumon sa fonction respiratoire au cours d'une opération, à la condition qu'il soit intact et que la plèvre seule ait été touchée.

Ce procédé semble appelé à remplacer l'insufflation pulmonaire, proposée par Tuffier et Hallion à la Société de biologie (21 novembre 1896), comme remède à ces pneumothorax d'une nature particulière, car il a l'avantage de permettre au poumon de reprendre son mode de fonctionnement habituel; l'insufflation pulmonaire nous paraît, au contraire, purement palliative. (*Centralbl. f. chir.*, n° 2, 1897.)

**Remarques sur les déchirures traumatiques de la vessie.** — Après avoir exposé le résultat de ses recherches sur la résistance et l'élasticité de la vessie, Stubenrauch dresse la liste des observations de rupture de la vessie constatée à l'autopsie ou sur le vivant, lors d'une opération, et arrive aux conclusions suivantes :

Une force d'une certaine intensité et un certain degré de réplétion de la vessie sont également nécessaires pour amener la rupture de la vessie.

Le point d'appui de la force est très variable ; une chute sur le fondement peut provoquer une rupture de la vessie.

La paroi postéro-supérieure de la vessie est celle qui cède de préférence (70 fois sur 154 cas de la statistique de Stubenrauch) et cette moindre résistance semble due à l'existence d'interstices entre les faisceaux des fibres musculaires longitudinales de la paroi postérieure et supérieure de la vessie. (*Centralbl. f. chir.*, n° 8, p. 227, 1897.)

**Traitement des rétrécissements serrés du rectum.** — A l'une des dernières réunions de la Société des chirurgiens de Berlin, Sonnenburg fit l'exposé d'une nouvelle méthode de traitement des rétrécissements du rectum. La rectotomie externe qu'il propose aurait l'avantage sur l'interne de supprimer les dangers de blessure du péritoine.

L'auteur procède comme pour l'extirpation du cancer du rectum; il met son malade sur le côté, fait l'incision et résèque une portion de sacrum suffisante pour permettre d'atteindre les limites supérieures du rétrécissement.

L'ouverture du péritoine n'est pas à craindre, puisqu'un processus inflammatoire ancien l'a, ainsi que le fascia, soudé au rectum sur une hauteur égale à celle du rétrécissement.

Après libération de l'intestin malade, on le fend de dehors en dedans, en ménageant le sphincter; puis on nettoie la plaie, on gratte les végétations et on tamponne.

Les matières et le pus trouvent issue par la plaie laissée ouverte pendant les premières semaines; puis la plaie se cicatrise lentement et le patient retrouve l'usage normal de son rectum.

Sonnenburg a opéré, par cette voie, un malade, il y a six ans, et la guérison est persistante.

Israël et Körte ont pratiqué la même opération, avec cette différence qu'ils n'ont pas épargné le sphincter. (*Centralbl. f. chir.*, n° 10, 1897.)

**Intervention chirurgicale dans les perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.** — Price (de Philadelphie) rapporte l'observation de trois cas de perforation intestinale survenus au cours de la fièvre typhoïde. Dans les trois cas, Price est intervenu avec succès.

La femme qui fait le sujet de la première observation était âgée de trente ans et avait franchi le troisième septenaire de la fièvre typhoïde quand se manifestèrent les symptômes de perforation. L'ouverture du ventre permit de reconnaître la présence d'une péritonite avec exsudat, localisée à la région iléo-cæcale, et de deux perforations siégeant à 6 pouces l'une de l'autre, la première au voisinage de la valvule iléo-cæcale, la seconde, large de 1 pouce et demi, située plus haut dans l'intestin grêle. Après avoir réséqué l'épiploon et l'appendice malades, Price sutura les deux perforations et draina au moyen d'un tube de verre.

Le second cas concerne une femme de vingt-six ans, malade depuis quinze jours, présentant les signes d'une péritonite généralisée avec pouls très fréquent et haute température, quand il fut question de l'opérer. A l'ouverture du ventre, après avoir débarrassé la région iléo-cæcale de l'exsudat qui la recouvre, on tombe sur une large perforation de l'intestin grêle, au voisinage de laquelle on trouve un amas circonscrit de matières épanchées. Suture de la plaie, irrigation, drainage au moyen d'un tube de verre et de gaze.

La troisième femme, âgée de vingt-huit ans, est opérée dans le collapsus, trois semaines après le début de sa fièvre. Laparotomie, rupture des adhérences, suture de plusieurs fistules intestinales. Price aurait trouvé une péritonite généralisée avec exsudat louche et épanchement du contenu de l'intestin; guérison.

A une époque où, tout en admettant l'opportunité de l'intervention en pareil cas, le doute existe encore sur les résultats (observations publiées de Lejars, Monod, Routier), il serait particulièrement intéressant de connaître le total des malades de cette catégorie, opérés par Price, avec ou sans succès. Le compte rendu que nous avons sous les yeux ne parle pas d'insuccès. (*Centralbl. f. chir.*, n° 11, 1897.)

**Traitement des scolioses.** — Le traitement de la scoliose a pour but, suivant Hoffa, de mobiliser les vertèbres et de les maintenir dans une position inverse à celle que le processus pathologique leur avait fait prendre.

La gymnastique et le redressement par moulage sont les moyens qu'il emploie pour obtenir ce résultat. A l'aide

d'une série d'appareils ayant tous pour but d'étirer les muscles et les ligaments rétractés qui occupent la concavité de la scoliose, on effectue une première mobilisation passive des vertèbres, puis le malade exécute une série d'exercices actifs de correction méthodiquement gradués; il arrive ainsi peu à peu à surcorriger sa scoliose, on l'immobilise ainsi en hypercorrection dans un plâtre qui lui prend les épaules, le tronc en entier, les cuisses jusqu'aux genoux.

Quand on retire le plâtre, au bout de deux ou trois mois, les enfants conservent encore pendant huit ou dix jours une attitude en surcorrection, Hoffa en profite pour leur faire façonner un corset du modèle Hessing.

Ce traitement développe une attitude parfaite que la gymnastique et le massage rendent définitive en fortifiant la musculature du rachis.

Il va sans dire qu'un pareil traitement ne peut avoir de résultat que chez des sujets dont les vertèbres sont encore mobilisables. (*Centralbl. f. chir.*, n° 18, 1897.)

P. VIOLLET.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin 1898. — Présidence de M. BERGER.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES SUPPURATIONS PELVIENNES

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne peut admettre qu'on fixe d'avance le point où l'on ouvrira une suppuration, quelle qu'elle soit. Primitivement, au début de sa carrière, M. Championnière ouvrait systématiquement les abcès qui se trouvaient contre l'utérus par l'incision de la fosse iliaque. Bien qu'il en eût obtenu quelques résultats satisfaisants, il reconnaît que ce n'est pas là une voie de choix. Aussi l'a-t-il depuis longtemps abandonnée. L'école de Lyon, en particulier M. Laroyenne, a préconisé l'ouverture ou plutôt la ponction du cul-de-sac latéral. Gallard employait également cette méthode. Les résultats que M. Lucas-Championnière a observés à Lyon lui ont paru fort mauvais. MM. Laroyenne et Gallard pénétraient n'importe où, ouvraient n'importe quoi. En ce qui concerne les suppurations annexielles, M. Lucas-Championnière estime que toutes les interventions limitées constituent une mauvaise pratique et il y a complètement renoncé. Il a fait un grand nombre d'ablations d'annexes suppurées et il en a acquis cette notion qu'en cette matière, il y a tout avantage à ce que l'intervention soit très large. Chaque fois que cela lui a été possible, il a enlevé toutes les poches suppurées en totalité par la voie abdominale, sans faire de drainage, et il s'en est bien trouvé. Il s'applique à détruire et à enlever toutes les poches en laissant l'utérus et il a eu plusieurs fois la satisfaction de voir, par la suite, les malades ainsi opérées devenir enceintes. Est-on toujours maître d'agir ainsi? Evidemment non, et il y a des cas où l'intervention par le vagin, où l'hystérectomie vaginale s'imposent. On a surtout préconisé cette dernière opération comme représentant le drainage modèle; mais il faut bien savoir que, dans beaucoup de ces cas, la guérison peut être obtenue avec la conservation de l'utérus. En résumé la voie abdominale est une excellente voie pour aborder la cure radicale des suppurations annexielles et M. Championnière se plaît à reconnaître que M. Segond, lui-même, le grand promoteur de l'hystérectomie vaginale, s'est rallié à cette opinion. Il faut donc, chaque fois que cela est possible, intervenir par la voie abdominale pour le traitement chirurgical des suppurations pelviennes.

M. REYNIER fait observer que cette discussion porte, en somme, sur la valeur thérapeutique de l'opération de Récamier. M. Monod a cru devoir la remettre en honneur. Elle ne valait pas cela. L'opération de Récamier n'est qu'une opération d'attente. Elle a pour elle de n'être pas dangereuse, mais elle est souvent inefficace. A la statistique de M. Monod, M. Reynier oppose la sienne qui démontre que cette opération donne des résultats incomplets.

On n'est jamais sûr d'obtenir une guérison définitive, et le plus souvent il faut pratiquer ensuite l'hystérectomie vaginale. M. Reynier cite un cas dans lequel l'incision vaginale n'ayant pas donné de résultats, il a été amené à faire l'hystérectomie vaginale, puis consécutivement la laparotomie. Cette dernière intervention gagne de plus en plus de terrain.

Au point de vue du manuel opératoire de l'incision vaginale, voici comment procède M. Reynier : il attire l'utérus, incise le cul-de-sac fortement dans toute sa longueur, va, avec le doigt, à la recherche de la poche suppurée, l'ouvre avec des ciseaux en les écartant de façon à agrandir l'ouverture et établir un drainage. Cette opération peut encore être recommandée, mais seulement comme opération d'attente.

M. MICHAUX a fait trente fois l'incision du cul-de-sac postérieur. Cette opération, selon lui, est indiquée dans deux catégories de faits :

1° Chez des femmes jeunes, atteintes généralement d'infection gonococcique. Dans ces cas, cette opération est pratiquée dans un but de conservation.

2° Dans des cas de suppurations anciennes, avec état général très grave. C'est alors une opération d'attente ou d'urgence.

M. Michaux, dans cette opération, pousse aussi loin que possible le décollement en restant toujours accolé à la face postérieure de l'utérus. Il draine ensuite avec la gaze iodoformée. Douze fois sur trente cas, il a dû intervenir de nouveau et faire consécutivement l'hystérectomie vaginale.

### PRÉSENTATIONS

**Ablation de cancer du rectum.** — M. QUÉNU présente un malade qu'il a opéré d'un cancer du rectum par son procédé.

**Carcinome du sein.** — M. GUINARD présente une malade atteinte d'un carcinome du sein ulcéré, qu'il traite par des pansements rares au carbure de calcium. Ce pansement a supprimé l'odeur et les hémorragies.

### ÉLECTION

M. DELBET est élu membre titulaire.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Michaux, père de notre distingué confrère M. Paul Michaux, chirurgien de l'hôpital Broussais.

Les obsèques auront lieu aujourd'hui samedi 2 juillet, à midi très précis, en l'église Saint-Sulpice.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 juin 1898, M. Moissan, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, est nommé vice-président de la Commission supérieure des Congrès de l'Exposition universelle de 1900.

— Par décision ministérielle, en date du 29 juin 1898, M. Cange, médecin aide-major de deuxième classe, attaché au laboratoire de bactériologie de l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour occuper l'emploi de son grade au 21e régiment d'infanterie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 76. — MARDI 5 JUILLET 1898. 71e ANNÉE. MARDI 5 JUILLET 1898. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 4 juillet 1898.

### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Un homme d'environ vingt-six ans est apporté à l'hôpital. C'est un journalier ; il est fatigué, abattu ; il a de la fièvre, la température oscille entre 39 et 40 degrés. Sur le ventre sont disséminées des taches nombreuses, parmi lesquelles, très certainement, des **taches rosées lenticulaires** ; la rate, d'abord peu perceptible à la percussion, apparaît bientôt énorme ; la diarrhée est jaunâtre, mais peu abondante ; le diagnostic le plus probable est celui de fièvre typhoïde. Cependant le séro-diagnostic, fait trois fois, se montre trois fois négatif. La technique est donc mauvaise ou l'expérience mal faite? Point. Sur un autre malade atteint de fièvre typhoïde, on pratique le même examen ; la séro-réaction est des plus nettes. On prie d'autres expérimentateurs de tenter la même recherche, elle échoue à nouveau. Est-ce donc une granulie? Des hématémèses surviennent et, après quinze jours de séjour à l'hôpital, le malade succombe. L'autopsie accentue l'incertitude, et c'est cette incertitude qui fait l'intérêt de cette observation, c'est sur cette incertitude que MM. Le Gendre et Leroy, qui la présentent, demandent à être fixés. Or donc, à l'autopsie pas de trace de tuberculisation en aucun point. La granulie doit être rejetée, mais les lésions ne sont pas nettement celles de la dothiénenthérie.

Les organes sont pâles ; à la base du poumon droit existent trois petits infarctus, les poumons sont d'ailleurs exsangues, œdémateux. L'examen du tube digestif fournit les détails suivants :

Des ulcérations criblent l'estomac et l'intestin, mais elles n'ont pas l'aspect ni le siège de celles de la fièvre typhoïde. Elles commencent au cardia pour finir au rectum ; elles oscillent entre les dimensions d'une lentille et celles d'une pièce de 20 centimes ; elles ont une apparence chancriforme ; elles sont bourbillonnantes, noirâtres. Quelques-unes siègent bien au niveau des plaques de Peyer, mais pas toutes ; il en est de nombreuses dans l'estomac. Il convient de faire remarquer, et les auteurs ne manquent pas d'insister sur ce point, que pendant la vie on sentait nettement sous la paroi abdominale de petites nodosités roulant sous le doigt, lesquelles ne purent pas être retrouvées à l'autopsie. Comment cataloguer cette observation? Est-ce une fièvre typhoïde anormale avec absence de séro-diagnostic? Est-ce un cas de charbon intestinal?

M. Netter pense qu'à l'heure actuelle et en l'absence des résultats microbiologiques qui ne seront donnés que plus tard, il est bien difficile de se prononcer. En tout cas, l'absence du séro-diagnostic ne doit pas, de prime abord, faire renoncer à l'hypothèse de la fièvre typhoïde, car on peut très bien ne voir apparaître la réaction que très tardivement, à une époque très éloignée du début de la maladie.

M. Chauffard pense de même, mais fait remarquer qu'il doit s'agir plutôt ici d'un cas de mycose intestinale, et appuie son opinion fort vraisemblable sur deux faits : sur l'absence d'adénopathie mésentérique, si constante dans la fièvre typhoïde, et sur le siège des ulcérations qui, au cas de dothiénentérie, évoluent en quelque sorte de bas en haut, qui atteignent leur plus grand nombre à la partie inférieure de l'intestin pour être très rares vers la région gastrique, alors que le contraire se voit sur les pièces présentées actuellement par MM. Le Gendre et Leroy.

MM. Edgard Hirtz et Jacquet présentent le moulage de la main d'un malade atteint d'**onychomycose trichophytique**. Les lésions unguéales existent, curieuses, rares, aux deux mains et aux deux pieds. Les ongles sont épaissis, striés longitudinalement ; leur bord libre est inégalement usé. L'épaississement de l'ongle est dû à l'augmentation et à l'altération des couches profondes, qui apparaissent filamenteuses, friables, comparables à des brins d'amiante, mais d'un ton mat et non brillant. Cet homme est en outre saturnin, hystérique et neurasthénique.

---

### DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE
#### POUR INVERSION UTÉRINE

Par M. le docteur L. LONGUET,
Ancien interne des hôpitaux.

I

**Historique.** — L'hystérectomie vaginale pour *inversion utérine* est sœur de l'hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin. L'une et l'autre ont vu le jour dans les temps les plus reculés ; l'origine de la première demeure enveloppée de ténèbres impénétrables. Afin de retracer l'histoire avec

une suffisante clarté, nous établirons deux périodes : celle de l'antiquité où fourmillent les faits curieux mais inutilisables ; celle de la renaissance, où se précisent les indications et où l'on commence à décrire la technique. L'avènement de l'antisepsie établit entre les deux phases une barrière naturelle.

Première période. — *L'hystérectomie pour inversion utérine dans l'antiquité.* — Nos pères ont abusé étrangement de l'extirpation de l'utérus inversé. L'abondance des faits antiques n'est qu'une fausse richesse ; et tous réunis ne valent pas, pour ce travail, les cas rares, mais mieux étudiés, que nous avons pu rassembler dans ces derniers temps. Cette pénurie, disons-le par avance, est toute à notre honneur, car elle indique que la question se pose sur son vrai terrain, que les indications se formulent nettes et précises, et qu'en somme, malgré la technique perfectionnée, dont nous disposons à l'heure présente, personne n'est tenté de pratiquer l'hystérectomie, lorsqu'une manœuvre plus simple comme la réduction est possible sans danger.

« Si la matrice inversée est devenue noire, on doit l'enlever en totalité, » disait Moschion (1) au IIe siècle de notre ère. Paul d'Égine (2) au ve siècle, mettait moins de réserve encore. L'utérus retourné vient-il à se gangréner ; « il faut l'enlever sans s'arrêter à la crainte d'un formidable danger ». Et ces recommandations téméraires étaient basées sur la connaissance de cas qui ne sont pas parvenus jusqu'à nous. Il faut arriver au XVIe siècle pour relever une observation digne de foi. Selon Denucé, qui a fait une revision approfondie de tous ces antiques documents, la première hystérectomie qui nous soit parvenue avec détails circonstanciés, appartient à A. Paré (3). L'utérus, dans ce cas, était inversé par un polype sphacélé ; l'organe fut enlevé, « le jour des roys » en 1575 ; la malade se rétablit mais succomba éventuellement à la suite d'une pleurésie, trois mois plus tard. A l'autopsie, on ne retrouva plus la matrice, mais en son lieu, une callosité dure « que nature avait machiné durant les trois mois pour tascher de refaire ce qui estoit perdu ». Depuis A. Paré, les faits se succèdent heureux ou malheureux. Ainsi près de cent ans plus tard, Arnould (1) 1768, Ruysch (2), Deleurye, perdent tous trois leur malade, à la suite de tentatives de ce genre, par hémorragie dans le cas de Ruysch. Au contraire, Vater (1707), Districh (1745), Ancelin (1764) [ce dernier dans un cas d'utérus inversé et carcinomateux], Wrisberg (1792), malgré une abondante perte de sang, guérirent leur opérée. Et l'histoire nous offre encore plusieurs exemples similaires, rapportés par S. Van der Viel (1687), Bohenner (1679), Dailliez (1803), Baster (1810), dont quelques-uns sont consignés dans la thèse d'agrégation de Pozzi (1875), mais qu'il nous semble parfaitement inutile d'exhumer, parce qu'ils appartiennent à des empiriques, des rebouteurs, des ignorants et en grande partie à des sages-femmes. En ce siècle, il n'est plus guère question d'hystérectomie pour inversion jusqu'à l'antisepsie. C'est sur le cancer de l'utérus que se porte tout l'enthousiasme des opérateurs jusqu'en 1830. Puis l'hystérectomie est jetée dans un profond mépris d'où elle ne sort que vers 1875.

Deuxième période. — *L'hystérectomie pour inversion utérine depuis la renaissance.* — Si on laisse de côté les ablations partielles dont il n'est pas question dans cette étude, le nombre d'hystérectomies totales pratiquées dans ces dernières années paraît bien minime. Sans doute, les auteurs ne sont pas sans y penser : « Peut-être, écrit de Sinety dans le *Dictionnaire Dechambre*, pourra-t-on dans l'avenir appliquer aux cas d'inversion utérine quelques-unes des améliorations apportées à l'hystérectomie vaginale. Comme moyen extrême on recourra à l'ablation de l'utérus. » Dès 1885, notre maître Terrier, à propos d'un cas de Defontaine, traité par la ligature élastique, exprimait à la Société de chirurgie le desideratum d'une technique sanglante et disait : « L'ablation totale pourrait être indiquée, avec ligature des ligaments larges. » M. Pozzi, dans son Traité de gynécologie, l'admet aussi, mais n'en mentionne aucun cas. Doyen, dans sa récente Thérapeutique chirurgicale envisage la réduction, mais non l'hystérectomie vraie. Nous avons parcouru, sans résultat, plusieurs traités de gynécologie étrangers. D'autre part, nous ne pouvons consentir à considérer comme hystérectomie, l'ablation utérine par sphacèle au-dessous d'une ligature élastique. Le procédé le plus perfectionné, dans cet ordre de traitement, est celui de M. Périer (1880). Sans mettre en doute les résultats qu'on a pu en obtenir, il n'en est pas moins vrai, qu'en l'état actuel de la chirurgie, la supériorité appartient à l'ablation par l'instrument tranchant comme plus sûre, mieux réglée, plus rapide dans sa guérison, infiniment plus précise et donnant toutes les garanties vis-à-vis des organes abdo-

---

(1) Moschion. « Si, comme cela arrive souvent, la matrice renversée se trouve altérée de telle sorte qu'elle noircisse, il faut se servir des mêmes moyens que nous avons l'habitude d'employer pour détruire les cancers, même le fer pour exciser la partie altérée devenue noire et sphacélée. Si la matrice entière est ainsi devenue noire, on doit l'enlever dans sa totalité. Il ne faut ni s'étonner, ni considérer comme hors de croyance qu'on puisse proposer de l'enlever, puisque c'est après qu'elle a été peu à peu altérée et frappée de mort par la maladie que nous cherchons à l'extirper. Il nous paraît juste d'agir ainsi, puisque, au dire de nos anciens, plusieurs femmes ont pu vivre fort longtemps après cette opération. » (Denucé. *Traité de l'inversion utérine*, 1883.)

(2) Paul d'Égine. « Si, par la durée du temps, la matrice renversée vient à se gangréner, ce qui arrive quelquefois, il faut l'enlever, sans s'arrêter à la crainte d'un formidable danger, car on a vu et raconté que la matrice entière a pu être enlevée et la vie conservée. »

(3) A. Paré. « Je fus donc appelé le sixième jour de janvier dernier, et M. Jacques Guillemeau, chirurgien juré à Paris, ensemble M. Antoine du Vieux, maistre barbier chirurgien, demeurant aux faubourgs Sainct Germain des Prés, voisin de la dite malade. Et après avoir tout bien considéré aduisasmes pour le meilleur qu'il fallait extirper ce qui paroissoit, attendu la couleur noire, puanteur, et autres signes de substance pourrie. Si commençâmes à tirer peu à peu par deux divers jours, sans douleurs, un corps qui fut jugé de MM. Alexis Gaudin, médecin ordinaire du roy et premier de la royne, P. Le Fèvre, aussi médecin ordinaire du roy et de madame la princesse de la Roche-sur-Yon, de Violaines, docteur de l'Université de Paris, et nous chirurgien, estre le corps de la matrice, a raison que fut trouvé l'un des vésicules et d'une grosse membrane, restant d'une môle qui s'estoit aposthumée, crevée et vuidée, comme dit est. Après l'extirpation de ceste partie, la malade se trouva mieux. Il y avait neuf jours devant l'extirpation qu'elle n'avait esté à ses affaires et quatre jours qu'elle n'avoit uriné : ce qu'elle fit depuis réglement, se trouvant fort bien par l'espace de trois mois, au bout desquels luy survint une pleurésie, avec une grande fièvre continue dont elle mourut. Estant adverti qu'elle estoit décédée, désireux de sçavoir ce que nature avait basti au lieu de sa matrice, en fis l'ouverture : où n'ay trouvé la matrice ains en son lieu une callosité dure, que nature avait machiné durant les trois mois de si peu qui en restoit, pour tascher à refaire ce qui estoit perdu. » (In Malgaigne. *Œuvres complètes d'Ambroise Paré*, 1840, t. II, p. 745.)

(1) Arnould. In Manquest de Lamotte, *Traité d'accouchements*, Paris 1715, p. 186.

(2) Ruyschii F. *Observationum anatomico-chirurgicanum Centuria*, Obs. XXVI, p. 26, 1721. Amstelodami.

minaux toujours susceptibles de descendre et d'adhérer au fond de la cupule d'inversion. De telle sorte qu'en dernière analyse, nous voici réduits à un nombre de faits extrêmement restreint, que voici :

C'est vraisemblablement Péan qui fit, le premier, l'hystérectomie vaginale pour inversion utérine (1). Se trouvant en face d'un utérus complètement retourné par un fibrome, ce chirurgien commença par enlever le corps fibreux, par morcellement, puis après avoir suturé la plaie d'hystérotomie, il tenta sans y parvenir de réduire l'utérus et de le refouler dans sa situation normale. Il prit alors la décision d'exciser tout l'organe irréductible, ce qui fut fait facilement, et la malade guérit. Existe-t-il d'autres cas analogues appartenant au même chirurgien? Dans sa vaste pratique, Péan paraît avoir traité plusieurs inversions par l'hystérectomie, si nous nous en rapportons à cette phrase de Secheyron : « Nous sommes mal fixés sur la valeur de l'ablation partielle ou totale de l'utérus par excision. Cependant Péan a pratiqué plusieurs fois cette opération toujours avec succès. » De ces faits, nous n'avons trouvé nulle part la relation détaillée.

Baldy (2) [1891] rapporte, sans plus de détail, le cas d'un utérus inversé, pour lequel différentes interventions, même la laparotomie, n'avaient abouti qu'à des récidives; en dernière analyse on fut amené par nécessité, à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

En 1894, Legueu présenta à la Société anatomique un utérus en inversion irréductible, qu'il avait enlevé chez une malade, après avoir tenté en vain la réduction.

L'année d'après, Duret (1895), dans la thèse de son élève Brasseur (3) et au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Genève, nous fait connaître deux observations d'un remarquable intérêt. C'est à la section médiane de Quénu, qu'il eut recours avec le plus grand succès, ce qui permit d'exécuter l'opération selon une technique des plus séduisantes. Enfin, Verchère (4) nous signalait, il y a quelque temps, certaines particularités concernant le manuel opératoire dans l'hystérectomie pour inversion.

## II

Indications et contre-indications. — Qu'il soit bien spécifié tout d'abord que l'hystérectomie vaginale ne convient qu'à un nombre probablement très restreint d'inversions utérines, et qu'elle n'est applicable qu'à certains cas particuliers. Il est vraisemblable qu'ici comme pour le prolapsus, elle restera l'*opération d'exception*. Loin de nous, la pensée d'en vouloir dangereusement généraliser l'emploi. Et en effet, il y a mieux à faire que d'exciser un utérus retourné. N'est-il pas plus rationnel, et plus satisfaisant pour l'esprit, de désinvaginer tout simplement l'organe qui s'est inversé en doigt de gant? Donc l'hystérectomie vaginale nous apparaît comme n'héritant guère que des contre-indications de la réduction. C'est la raison, sans doute, pour laquelle nous en relevons si peu d'exemples dans les statistiques des chirurgiens les plus expérimentés dans la pratique vaginale.

En second lieu, il nous faut démontrer la légitimité de l'opération dont nous plaidons la cause. Or, il n'est pas douteux, qu'il s'agisse là d'une opération bénigne, d'une facile exécution et dont nous ne connaissons, comme suite immédiate, aucun cas de mort, et comme suite éloignée que des guérisons complètes. Péan, Legueu, Duret ont parfaitement et rapidement guéri leurs malades. Par contre, des objections peuvent s'élever bien graves à l'adresse des traitements anciens, et je n'en prendrai comme attestation que l'une des conclusions du mémoire de Duret : « Les méthodes anciennes, nous dit-il, sont insuffisantes et exposent aux accidents septiques. Leurs résultats statiques sont déplorables. La ligature élastique, selon le procédé de Périer, peut être utilisée en cas d'inexpérience des méthodes modernes; mais elle constitue un mode d'intervention long, douloureux, qui nécessite des soins journaliers et dont les résultats sont incomplets, et trop souvent incertains (8,5 p. 100 de mortalité). » Entre les deux méthodes, la ligature ou l'hystérectomie totale, il nous semble qu'à l'heure présente, il n'est pas permis à un chirurgien d'hésiter. Et si les gynécologistes, dont nous avons parcouru les traités, se bornent à faire une simple mention de l'hystérectomie vaginale, ils nous paraissent, lorsque nous tentons de saisir leur pensée « de derrière la tête », parfaitement disposés à admettre l'ablation totale par le vagin, selon les techniques actuelles, et à y recourir le cas échéant.

La question d'hystérectomie se pose rarement dans l'*inversion puerpérale toute récente*. En pareil cas, l'utérus encore tendre se prête à la réduction qui est le vrai traitement de choix, si on la facilite, au besoin, par l'hémisection antérieure de l'anneau cervical, comme le figure Doyen, hémisection qui a ici la valeur d'un débridement. En revanche, la mollesse du parenchyme utérin, la friabilité de l'organe en subinvolution sont des circonstances plutôt défavorables pour l'hystérectomie. Que si, cependant, l'utérus est profondément infecté, s'il est le siège « de douleurs », de leucorrhée fétide ou gangreneuse, « produisant l'empoisonnement septique de l'hecticité » (Duret), l'exérèse totale de ce sac septique nous semble l'opération de choix.

Mais c'est plus souvent pour *inversion chronique* que le chirurgien est consulté. Si la réduction est possible, l'organe étant relativement sain, c'est par elle que l'on doit commencer. Malheureusement, il est souvent difficile de dire par avance si la réduction est possible ou non, car pour être fixé, il peut être nécessaire de pratiquer certaines manœuvres sous le chloroforme ou même d'associer pour ainsi dire une véritable hystérotomie afin de réduire. La malade et sa famille étant prévenus de la nécessité possible d'en venir à l'ablation totale, nous pensons que le temps opératoire *préliminaire* de toute hystérectomie pour inversion, doit consister dans l'hémi, puis la *bisection médiane de l'anneau cervical*, véritable collier de l'invagination. Alors sera tentée une dernière fois la réduction. C'est le moyen d'éviter un sacrifice inutile et l'on décidera en toute connaissance de cause, si l'organe peut ou non être redressé. Y a-t-il irréductibilité évidente, procédez sur-le-champ à l'hystérectomie vaginale, et accomplissez les temps opératoires ultérieurs, l'indication se tire ici dès que l'*irréductibilité* a été bien et nettement constatée.

Sont nettement justiciables de l'hystérectomie vaginale les inversions, récentes ou chroniques, compliquées de fibrome, de cancer, de métrite gangreneuse, de pyométrite, de lésions annexielles graves. Ici, pas d'hésitation, puisque l'affection concomitante est à elle seule une indication suffisante.

(1) Péan. In Secheyron, *Traité d'hystérectomie*, p. 645.
(2) Baldy. *Med. and Surg. Rep.*, 25 juillet 1891.
(3) Brasseur. *Hystérectomie vaginale dans l'inversion puerpérale récente*, Th. de Paris, 1895.
(4) Verchère. Congr. de gyn. de Bordeaux, avril 1895.

De même que l'irréductibilité, l'*incoercibilité* est de nature à motiver l'exérèse dans certains cas. A quoi bon tenter de réduire un utérus qui, par son hypertrophie considérable, a perdu droit de domicile? Si la hernie du corps de l'utérus récidive constamment à travers l'anneau cervical, devenu insuffisant à le contenir, comme dans le cas de Baldy, dans celui de Muray et d'autres, ne vaut-il pas mieux supprimer tout l'organe qui, trop volumineux, est une cause incessante de gêne, de pesanteur, de douleurs ou de troubles sympathiques, plutôt que de l'enfermer de force derrière un col artificiellement rétréci?

La notion d'*âge* mérite, ici comme pour le prolapsus, une haute considération. Chez les femmes qui approchent de la ménopause, ou chez qui toute probabilité de conception peut être écartée, il est sans doute préférable d'enlever un organe moyennement infecté, plutôt que de tenter de le désinvaginer, et de le rentrer avec ses lésions, toutes choses égales d'ailleurs.

Les troubles du voisinage, la rétention d'urine, les tractions ou compressions urétérales, les compressions du rectum sont des motifs pour l'intervention en général, mais ne suffisent pas à imposer l'hystérectomie. Il en est de même des lésions viscérales à distance, et des tares organiques qui peuvent contre-indiquer toute opération, mais ne visent pas spécialement l'extirpation totale. Il n'est pas jusqu'aux conditions sociales, comme le besoin de se livrer à une vie active, à de rudes travaux, qui ne soient dignes d'entrer en ligne de compte dans la détermination à prendre.

Fermons ici, momentanément, ce chapitre fort important d'indication thérapeutique que nous n'avons fait qu'esquisser. C'est en effet aux faits de l'avenir, beaucoup plutôt qu'aux raisonnements, de nous faire connaître certaines indications que nous entrevoyons à peine aujourd'hui, et qui peut-être élargiront le champ de l'hystérectomie vaginale pour inversion.

## III

Technique. — Les différents procédés d'hystérectomie vaginale se rangent, à notre sens, en deux grandes classes, nettement distinctes ici, comme pour le prolapsus, comme pour les suppurations pelviennes, etc.

A. *Les hystérectomies avec hémostase préventive, associées le plus souvent au morcellement.* (Extirpation tri ou multifragmentaire de l'utérus.)

B. *Les hystérectomies sans hémostase préventive et sans morcellement.* (Extirpation mono ou bifragmentaire.)

Ici, comme pour le prolapsus utérin, l'hémostase par ligature, à l'exclusion des pinces, est le procédé de choix, si l'utérus est complètement sorti hors de la vulve. Toutefois, les pinces peuvent être seules applicables en cas d'utérus incomplètement inversé, lorsque l'étage supérieur des ligaments larges a conservé son siège élevé. Quant à la question d'hémostase par angiothripsie, nous la réservons pour l'instant.

A. Les hystérectomies avec hémostase préventive, associées le plus souvent au morcellement. — *Extirpation tri ou multifragmentaire de l'utérus.* — La technique générale de Péan a été réglementée ainsi dans l'inversion, par Secheyron (1).

(1) Secheyron. *Traité d'hystérectomie*, p. 640, Paris 1889.

L'utérus est abaissé au maximum, afin de rendre l'inversion extra-vaginale.

*Hémostase préventive du corps utérin*, par deux pinces longues de 6 centimètres, une de chaque côté.

*Incision circulaire autour du col*, à la limite des muqueuses vaginale et utérine. Le fait est facile s'il reste un anneau de col non inversé. Au contraire, dans l'inversion concomitante du col, celui-ci disparaît complètement, et il faut, en dernière analyse, se retrancher sur la différence assez peu marquée de la couleur et de la consistance des deux muqueuses, utérine et vaginale, pour reconnaître la ligne où doit porter l'incision circulaire du col.

*Décollement* en avant et en arrière de l'utérus. Perforation du cul-de-sac utéro-vésical et recto-vésical. Maintenir un cathéter dans la vessie pendant ce temps du décollement. Le cul-de-sac péritonéal ouvert, il devient possible de se rendre compte de la présence d'anses intestinales adhérentes.

*Hémostase préventive et définitive des ligaments larges*, par pincement. De grandes pinces seront placées sur les parties latérales du col de l'utérus; puis section au ras des pinces, en commençant par un côté; énucléation de l'utérus, et pincement, puis section du ligament large de l'autre côté; enfin excision de l'utérus.

Ajoutons que dans l'observation de Péan, compliquée de fibrome, l'auteur enleva la tumeur par *morcellement*, toujours après hémostase préventive.

B. Hystérectomies sans hémostase préventive et sans morcellement. — *Extirpation mono ou bifragmentaire.* — Nous avons eu l'occasion d'insister ailleurs sur la supériorité de cette technique en exposant temps par temps l'opération telle que la pratique notre maître Quénu. La *section médiane* et l'*absence d'hémostase préventive* en sont les deux particularités fondamentales. Or, l'une et l'autre trouvent ici une excellente application, et nous en trouvons une preuve dans les deux observations très remarquables de Duret. Voici la description de l'opération, telle que nous la comprenons dans les principaux types d'inversion utérine.

a. *Inversion utérine du premier degré.* — Dans ces cas que caractérise une simple dépression cupuliforme du fond de l'organe, l'opération ne subit, de ce chef, aucune modification importante qui la différencie d'une hystérectomie ordinaire. La technique générale de M. Quénu étant applicable en tous points, nous nous bornerons à renvoyer à ce que nous avons écrit sur l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne (1).

b. *Inversion utérine du deuxième degré ou inversion incomplète.* — Ici le fond de l'utérus descend plus ou moins dans le vagin, mais l'anneau cervical reste en place. Les particularités principales de l'opération portent sur le troisième temps de la section médiane, qui nous arrêtera tout spécialement.

*Premier temps : Incision du col.*

*Deuxième temps : Libération du col sur ses faces antérieure et postérieure.* — Ce qu'il y a de très curieux, c'est qu'en pareil cas, la libération de la vessie se fait sans aucune difficulté. En effet, Duret insiste sur ce point que, lorsque l'utérus s'inverse, la vessie ne le suit pas dans la descente. Il en était ainsi dans les deux cas de Duret, ainsi aussi dans celui de

(1) Longuet. Technique de l'hystérectomie vaginale pour salpingite, leçon recueillie de M. Quénu, *Presse méd.*, 1895.

Legueu; si bien que le décollement s'est commencé seul. Quant à l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux, elle peut être difficile, car l'absence du corps utérin les rapproche l'un de l'autre, et comme dans le pédicule s'engage assez souvent l'intestin, il faut redoubler de précautions pour ne pas blesser ce viscère. Aussi, la manœuvre suivante, recommandée par Verchère, est-elle rationnelle. On commencera par inciser le cul-de-sac postérieur, et par cette boutonnière le doigt sera introduit, pour venir faire saillir le cul-de-sac antérieur, qui sera à son tour incisé sur l'extrémité du doigt. En même temps, ce doigt récline les organes herniés, ou au moins prévient de leur présence dans l'infundibulum.

*Troisième temps : L'hystérotomie médiane.* — Elle se subdivise elle-même en quelques temps secondaires, dont on comprendra facilement la raison d'être.

α. Inciser sur la ligne médiane la seule lèvre antérieure du col.

β. Inciser ensuite sur la ligne médiane la seule lèvre postérieure de l'anneau du col.

L'anneau constricteur se trouvant ainsi libéré, procéder à des tentatives de réduction.

Si l'on réussit, et si l'organe peu altéré est justiciable de la conservation, après réduction, s'en tenir là. Il suffira de suturer les deux sections cervicales et tout est terminé. Si, au contraire, l'irréductibilité est manifeste, malgré les incisions libératrices du collier cervical, procédez sur-le-champ à l'achèvement de la section médiane, puis de l'hystérectomie.

γ. Reprise de la section médiane sur la paroi antérieure du col, et sa continuation prudente et progressive sur la seule paroi antérieure du corps, en suivant celui-ci dans son inflexion. Dès qu'on a atteint la tête de l'invagination, il est nécessaire de faire précéder la section d'un décollement progressif avec le doigt de tout ce qui adhère à la face péritonéale de l'utérus, dans sa partie inversée.

δ. Arrivé au fond de l'organe retourné, mêmes manœuvres de section progressive et prudente, précédée de décollement, sur la paroi postérieure, en suivant ses inflexions en S, jusqu'à la rencontre de l'incision médiane qui a été amorcée sur le col, en arrière.

*Quatrième temps : Hémostase des ligaments larges de haut en bas. Excision bifagmentaire de l'utérus.* — Pendant ce temps, les viscères prolabés sont maintenus réduits par des tampons montés. L'hémostase avec des fils est ici le procédé de choix; ceux-ci seront placés de haut en bas, c'est-à-dire du bord supérieur vers la base du ligament large. Ces fils sont placés en dehors des annexes, si leurs lésions motivent la suppression; en dedans s'il y a possibilité de les conserver. La section médiane qui, au temps précédent, a eu le grand avantage d'ouvrir de suite un large accès sur les organes prolabés, organes qu'il faut avant tout bien voir, comme dans toute hernie avec ouverture du sac, conserve encore une haute valeur pendant ce quatrième temps opératoire de l'hémostase, vu la facilité qu'elle donne pour la pose des fils. Par suite de la séparation complète de l'utérus en deux valves, il est aisé de prendre dans chaque main le pédicule utéro-ligamentaire correspondant, puis d'y placer et d'y lier avec précision les fils destinés à assurer l'hémostase définitive.

L'hémostase terminée, l'utérus est abattu, avec ou sans les annexes, en deux fragments, par quelques coups de ciseaux en dedans des fils.

*Cinquième temps spécial à l'inversion.* — Il comprend les manœuvres suivantes :

α. *La fermeture de l'infundibulum* se réalise par un surjet en bourse. De même que dans toute hernie, il est nécessaire de fermer le sac à son collet, et le plus haut possible.

β. *La confection d'une sangle aux dépens des ligaments larges.* — Il est indiqué, en effet, de consolider le plan péritonéal par des tissus de soutien, de même que l'on ferme la paroi abdominale derrière le péritoine dans les hernies. Or, ici comme pour le prolapsus, l'emploi des ligatures permet la suture l'un à l'autre des deux ligaments larges, soit au niveau de leur face cruentée, soit au-dessus, selon qu'ils descendent plus ou moins bas. C'est exactement la manœuvre décrite par Quénu pour l'hystérectomie appliquée au prolapsus utérin. Cette sangle ligamentaire est elle-même doublée par le dôme vaginal, dont on applique la tranche cruentée contre la tranche des moignons des ligaments larges.

γ. *Colpopérinéorraphie.* — S'il y a prolapsus vaginal concomitant.

C. *Inversion utérine du troisième degré. Inversion complète.* — Le col lui-même est retourné et se continue sans transition avec le vagin, le plus souvent en prolapsus. Au point de vue opératoire, le fait le plus curieux, c'est que l'inversion de l'utérus amène une inversion des temps du procédé Quénu. C'est ainsi que le premier temps (incision du col) fait place ici d'emblée au troisième temps (section médiane). En effet, dans une hernie, on commence de suite par inciser tous les différents plans qui la recouvrent, jusqu'au sac compris. Il en va absolument de même dans l'inversion complète, et l'on peut commencer immédiatement par inciser le sac utérin pour en explorer en détail puis en réduire le contenu viscéral. Toutefois, il est possible de répéter ici, sans l'intervertir, la série normale des temps, comme l'a fait Duret, ce qui est moins facile, plus incertain et plus long.

*Premier temps : L'abaissement et l'hystérotomie médiane.* — L'utérus est abaissé au maximum, par deux pinces situées à droite et à gauche de la ligne médiane, dans le voisinage du fond. Ce fond de l'utérus, pôle culminant de la tumeur, est incisé prudemment dans toute son épaisseur, suivant une petite boutonnière médiane antéro-postérieure, qui mène de suite dans l'infundibulum péritonéal. Par cette boutonnière, l'index est introduit comme conducteur et protecteur, puis suivi d'une des branches des ciseaux. A partir de ce point culminant, menez deux sections, toutes deux ascendantes, l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure, en les prolongeant jusqu'à la cavité la plus élevée du col. Ce qu'il y a de plus important, c'est de protéger ou de décoller, s'ils adhèrent, les viscères prolabés à l'aide du doigt qui est introduit à cet effet, et qui prépare la voie aux ciseaux. Lorsque la totalité de l'utérus est sectionnée, chacune de ses moitiés s'écarte de sa congénère, et ouvre un large accès sur le contenu de la hernie. Alors, on procède à l'inspection et à l'exploration manuelle des organes prolabés, ligaments ronds, ovaires, ligaments larges qui sont descendus dans la chambre péritonéale inférieure; vessie, intestin, appendice, épiploon, arrêtés dans la chambre supérieure. Tous ces viscères sont dégagés de leurs adhérences pathologiques, réintégrés dans l'abdomen où les maintiennent provisoirement des tampons montés, ou excisés derrière une ligature (appendice enflammé, épiploon adhérent).

De cet exposé résulte que le but de l'incision médiane est ici différent de ce qu'il est dans les autres cas; en effet,

tandis qu'ailleurs cette manœuvre a pour but principal l'abaissement, dans l'inversion, elle sert moins à l'abaissement qu'à la découverte immédiate, dès le début de l'opération, des viscères qu'il s'agit de préserver et de réduire. En outre, elle facilite singulièrement les temps ultérieurs (incision du col, placement des ligatures, etc.). Si, par exception, la zone médiane est très vasculaire, les pinces à abaissement, placées sur les tranches de section, suffisent à obturer en l'aplatissant la lumière des vaisseaux béants.

*Deuxième temps : L'incision circulaire du vagin.* — Les auteurs ont signalé la difficulté qu'il y a à réaliser ce temps opératoire dans l'inversion complète, parce que le col se continue sans démarcation avec le vagin, que le changement de coloration n'existe plus, que les changements de consistance ne sont pas très saisissables en explorant la seule face externe du pédicule, de l'infundibulum. La section médiane faite en commençant rend, au contraire, ce temps beaucoup plus facile, en ce sens que le pédicule devient visible et palpable non seulement par sa face externe, mais par sa face interne, et qu'ainsi l'on a toute chance de trouver la ligne de repère, sinon sur la face périphérique, au moins sur la face axiale. Cette ligne trouvée, chaque moitié indépendante du pédicule est incisée, soit de la périphérie vers le centre, soit du centre vers la périphérie, en suivant un demi-cercle ; la section est faite à fond en avant et en arrière ; au contraire, latéralement, elle doit être superficielle parce que là se trouve la base du ligament large et la zone de l'utérine. C'est au fond de cette incision superficielle que sera placée bientôt l'anse du fil destiné à lier l'utérine.

*Troisième temps : Libération du col, en avant et en arrière, sa séparation du tissu paramétrique par voie de décollement.* — Ce temps est presque nul dans l'inversion complète, car nous savons qu'en se pédiculisant, l'utérus, renversé en doigt de gant, laisse en place la base de la vessie et le rectum. Il suffit donc de récliner un peu, avec les doigts, les tissus de chaque côté, pour obtenir une libération satisfaisante.

*Quatrième temps : Hémostase définitive. Excision bifragmentaire de l'utérus.* — La technique reste la même que dans l'inversion incomplète. Le placement des fils de haut en bas est un peu compliqué par suite de l'enroulement en cordon du ligament large dans l'infundibulum. Il faudra donc s'il est possible, aplatir les ligaments suivant leur disposition normale, afin d'y faire une hémostase régulière.

*Cinquième temps :* Fermeture de l'infundibulum péritonéal par un surjet en bourse. Confection d'une sangle ligamentaire. Colpopérinéorraphie, s'il y a lieu. Le pansement consiste en l'introduction de tampons munis de fil, les uns en dedans des moignons ligamentaires (tampons axiaux), les autres excentriques, entre ces moignons et la paroi vaginale.

## V

**Résultats.** — Les résultats, jusqu'ici, sont des plus encourageants. Les malades de Péan, celle de Baldy, celle de Legueu, la première, puis la seconde malade de Duret ont guéri parfaitement. L'opération a été simple, facile, parfaitement supportée par les opérées, sans réaction, et il nous paraît certain que de tous les procédés d'exérèse, l'hystérectomie vaginale est le meilleur.

Est-il encore besoin de revenir sur le parallèle avec les ablations par gangrène ? ce serait superflu. Aux faits ultérieurs de venir réaliser les promesses que dès maintenant nous sommes en droit d'attendre de l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine.

En deux mots, je résume mes convictions :

I. L'hystérectomie vaginale totale est le procédé de choix pour les inversions utérines reconnues manifestement irréductibles ou compliquées.

II. Les résultats nous autorisent dès maintenant à la considérer ici comme l'opération de l'avenir.

III. La technique générale de Quénu : section médiane et ablation bifragmentaire de l'utérus sans hémostase préventive, trouve dans l'inversion une de ses plus précieuses applications.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 11 ET DU 12 JUILLET 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 11 JUILLET 1898**, à une heure. — 5e (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Hayem, Letulle et Widal ; — (2e série) : MM. Déjerine, Gaucher et Gilles de La Tourette ; — M. Walther, suppléant.

**MARDI 12 JUILLET**, à une heure. — 5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Jaccoud, Ballet et Gilbert ; — (2e série) : MM. Grancher, Ménétrier et Achard ; — M. Nélaton, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Hutinel, Roger et Marfan.

3e (définitif, officiat), *Hôtel-Dieu* : MM. Dieulafoy, Campenon et Bar ; — M. Schwartz, suppléant.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Mme Péan, d'accord avec la famille de son regretté mari et pour satisfaire aux intentions de ce dernier, vient de faire don au musée de l'hôpital Saint-Louis de la collection des moulages du docteur Péan. Cette collection est composée de 614 pièces, d'autant plus précieuses qu'elles sont uniques, les moulages ayant été détruits au fur et à mesure des livraisons.

— Par décret, en date du 2 juillet 1898, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin principal.* — MM. les médecins de première classe Arami et Hervé.

*Au grade de médecin de première classe.* — MM. les médecins de deuxième classe Bonnefoy et Legendre.

— Par décision présidentielle, en date du 30 juin 1898, M. le médecin principal Baril a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'infirmités graves et incurables contractées en service commandé, à compter du 1er juillet 1898.

— Une prolongation de congé de convalescence de trois mois, à solde entière, à compter du 16 juin 1898, est accordée à M. le médecin de deuxième classe Pélissier (Marius), provenant du Congo et affecté au cadre de Toulon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dugué de Bernonville (de Cherbourg) ; Ch. Van Everbroeck (de Turnhout) ; Hugot (de Laon) ; Poussié (d'Onzain) ; et Tahier (de Dinard).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés du 8 au 17 juillet inclus, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 19 juillet.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Panas a fait une communication sur le strabisme. Pour l'éminent ophtalmologiste, le strabisme n'est pas ce que l'on pense. Ce n'est pas dans une altération quelconque des muscles ou des nerfs de l'œil qu'il en faut chercher la cause, mais dans une simple incoordination de la convergence des globes oculaires. On pourrait croire, d'après cette donnée, que les chirurgiens ont commis une grosse erreur en s'adressant aux muscles eux-mêmes pour la thérapeutique du strabisme. Il n'en est rien, et si l'explication de la section tendineuse ou musculaire, comme moyen de remédier à la déviation oculaire, est erronée, ses résultats n'en sont pas moins certains. M. Panas a donné l'explication de ces faits, en apparence contradictoires. Ajoutons que le strabisme étant toujours une affection bilatérale, la ténotomie appelée à y remédier doit être également bilatérale.

M. Théophile Anger a donné lecture d'un travail sur le traitement des tumeurs érectiles par les injections interstitielles d'une solution de perchlorure de fer. Depuis trente ans qu'il a recours à ce mode de traitement, il n'a eu qu'à s'en louer. C'est un procédé simple, inoffensif et efficace.

Signalons encore une communication de M. Savoire sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote à hautes doses. M. Savoire serait arrivé à des doses quotidiennes de 15 grammes par jour, sans constater le moindre inconvénient du côté du tube digestif.

L'Académie a élu M. Peyrot membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Péan, par 63 suffrages sur 70 votants. Toutes nos félicitations à notre sympathique collègue.

Il y a eu comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Gariel sur les titres des candidats à la place vacante d'associé national.

Les candidats sont classés ainsi qu'il suit :

En première ligne, M. Schlagdenhaufen (de Nancy);

En deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Audouard (de Nantes) et Hœckel (de Marseille).

## LES HERNIES DE L'APPENDICE VERMIFORME

Par le docteur AD. RIVET,
Chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Nantes.

L'histoire de la hernie de l'appendice vermiforme est de date récente. Dans les traités classiques, l'étude n'en est pas encore esquissée. Une recherche patiente de tous les faits publiés nous a démontré cependant qu'elle était connue depuis plus d'un siècle et moins rare qu'on ne le croit, puisque nous avons pu en réunir 108 observations.

Le premier, vers 1750, Morgagni rencontre l'appendice dans une hernie. En 1806, il en est fait mention par Scarpa. A la même époque, Tritscher en signale 5 cas. Puis, successivement Merling (1826), Javanelli (1836), Malgaigne, Guersant, Cabaret (1841), Beaumetz (1859) en observent de nouveaux.

Klein (1), en 1868, résume tous les faits connus, trouvailles d'autopsie le plus souvent, ou pièces d'anatomie.

Plus tard, Sand (1881), Thiéry (2), Lyot, Le Dentu [1892] (3), etc., apportent de nouvelles observations.

Enfin, en 1893, Brieger (4) publie le premier travail d'ensemble sur cette question. Il montre que ces hernies sont plus communes qu'on ne le pense; il en réunit 28. Concurremment paraissent les relations de Pollosson [1893] (5), Richelot, Nicaise, etc.

En 1894, les thèses de Sauvage (6), Nicolas Alti (7) et la nôtre (8) sont soutenues à quelques jours d'intervalle. N'omettons pas celle de Mérigot de Treigny (9) sur les hernies du gros intestin (1887), qui renferme de nombreux cas de hernies appendiculaires. En 1895, thèse de Bariety (10). En Italie, en 1896, étude de Bajardi (11). En 1897, dernier travail important paru, thèse de Briançon (12).

(1) KLEIN. *Uber die ausserey Bruck der processus vermiformis cocci*, Giessen 1868.
(2) THIÉRY. Appendicocèle, *Bull. de la Soc. anat.*, 1892.
(3) LE DENTU. *Cliniques de 1892.*
(4) V. BRIEGER. Die hernièn des process. vermiformis, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1893.
(5) POLLOSSON. Étranglement herniaire de l'appendice iléo-cæcal, *Lyon méd.*, 1893.
(6) SAUVAGE. Th. de Paris, 1893-1894.
(7) Nicolas ALTI. Th. de Paris, 1893-1894.
(8) RIVET. Th. de Paris, 1893-1894.
(9) MÉRIGOT DE TREIGNY. Th. de Paris, 1887.
(10) BARIETY. Th. de Paris, 1896.
(11) BAJARDI. *Lo Sperim. ser. clinica*, nos 17 et 18.
(12) BRIANÇON. Th. de Paris, 1897.

Cet historique nous révèle que, quoique de date récente, l'étude de la hernie de l'appendice iléo-cæcal a été déjà bien fouillée, et qu'à l'heure actuelle il sera peu facile d'y apporter de sérieuses additions.

Notre statistique ne pourra comprendre nos 108 observations : bien que suffisantes pour affirmer la présence de l'appendice, quelques-unes sont incomplètes sur plusieurs points.

Nous répartissons ainsi le sexe (sur 63) :

| | |
|---|---|
| Hommes | 44 |
| Femmes | 19 |

Variétés (sur 94) :

| | |
|---|---|
| Hernies inguinales | 63 |
| — crurales | 28 |
| — obturatrice (1) | 1 |
| — ombilicale (2) | 1 |

Siège : 2 hernies inguinales du côté gauche (3).
1 hernie crurale du côté gauche (4).

De plus, nous trouvons :

2 hernies inguinales chez les femmes;
61 — hommes;
25 hernies crurales chez les femmes;
3 — hommes.

Age : 1 nouveau-né (5).
1 enfant de deux jours.
1 enfant de dix semaines.
3 enfants au-dessous d'un an (6).
7 enfants de deux à treize ans.

| | Hommes. | Femmes. |
|---|---|---|
| De dix-neuf à trente ans | 5 | 1 |
| De trente à quarante ans | 3 | 2 |
| De quarante à cinquante | 6 | 4 |
| De cinquante à soixante | 10 | 3 |
| De soixante et au-dessus | 5 | 4 |

Ces hernies semblent reconnaître les mêmes causes étiologiques que les autres. Quoique réelles, les véritables hernies de force sont certainement rares. Il est aisé de comprendre que cet organe, de dimensions restreintes, peu rigide, extrêmement mobile, puisse difficilement de lui-même faire hernie. Par contre, les hernies congénitales sont très fréquentes. Dans la statistique précédente, nous trouvons un certain nombre d'enfants en bas âge et beaucoup d'observations sont relatives à des malades portant leur infirmité depuis leur enfance. L'évolution topographique de l'appendice nous donne la clef de cette prédisposition. On sait que, jusqu'à six mois de la vie intra-utérine, il est situé derrière le cæcum, en rapport avec le foie et en contact avec les glandes génitales. Puis, la persistance du canal vagino-péritonéal pendant la vie embryonnaire ou les premiers jours de la vie est une seconde raison de première importance. Quoi de plus facile alors? Des adhérences contractées entre le processus et le testicule ou le cordon favorisent ses pérégrinations dans le trajet inguinal et jusque dans le scrotum.

(1) Nicaise. In Th. Nicolas Alti.
(2) Michaux, hôpital Broussais. In Th. Briançon.
(3) Une observation de Brieger, in Th. Rivet, Nantes 1842.
(4) Romms. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1895, t. XLI.
(5) Merling. Th. d'Heidelberg, 1826.
(6) Hesselbach. Th. de Merling. — Fleichmann. *Id.* — Le Dentu. *Cliniques de 1892.*

L'appendice peut se présenter dans un sac herniaire soit incidemment, en accompagnant un autre viscère hernié, le cæcum le plus souvent, — il n'est là qu'à titre accessoire, — soit avec de l'épiploon seulement, ou isolé, et formant à lui seul toute la hernie.

Dans cette étude, nous avons surtout en vue la hernie appendiculaire pure ou essentielle, l'appendicocèle, suivant le néologisme heureux de Thiéry (1). Il est certain, cependant, que dans bien des hernies cæcales le cæcum n'est descendu que secondairement dans le sac, attiré en quelque sorte par le processus vermiforme primitivement hernié. Mais il est bien difficile de discerner, dans une pareille lésion, qui des deux a été l'agent d'entraînement. Tout au plus pourrait-on se baser sur des adhérences de structure ancienne, fixant l'appendice au cordon.

Pour les hernies acquises, il est d'autres raisons à invoquer. D'après les recherches de Trèves, Tuffier, Jonnesco, faut-il incriminer l'excès de longueur du méso, qui donne une mobilité plus grande à l'organe « éminemment voyageur », comme le nomme M. Farabeuf? ou faut-il, au contraire, penser avec Clado que l'organe, étroitement fixé, puisse s'engager plus facilement? Nous serions assez disposé à croire que le premier cas est le plus fréquent, dans nombre d'observations nous avons trouvé un méso extrêmement développé. Il faut incriminer aussi les proportions exagérées de l'appendice, qui mesure parfois trois à quatre fois plus qu'à l'ordinaire (2), son augmentation de poids, la laxité du cæcum qui lui permet de se déplacer au point d'atteindre l'ombilic et le côté gauche. Enfin, à toutes ces causes, ajoutons-en deux autres de valeur, la surcharge graisseuse et surtout des adhérences soit avec de l'épiploon, soit avec le péritoine, sous l'influence de petites poussées inflammatoires qui, dans ce dernier cas, pourraient avoir eu une origine antérieure extrasacculaire.

Ces hernies suivent la loi commune : elles peuvent être et rester réductibles, ou devenir irréductibles. Leur irréductibilité peut être congénitale, nous nous l'expliquons facilement, puisque l'adhérence est l'essence même de leur genèse; mais elle peut être aussi acquise, soit par adhérences inflammatoires avec de l'épiploon ou avec le sac, comme nous en avons vu un exemple dernièrement dans une cure radicale, où nous assistions M. le professeur Heurtaux. Le malade, âgé de vingt-trois ans, avait eu sa hernie vers trois ans; elle n'était réductible qu'en partie. Nous trouvâmes un appendice seul dans un sac, absolument indépendant de la vaginale, et adhérent au sac par un large méso.

Examinons maintenant les phénomènes d'ordre inflammatoire ou d'étranglement propres à ces hernies. D'abord l'étranglement vrai existe-t-il? Je ne parle pas de la torsion, des coudures et autres accidents qui peuvent atteindre l'appendice prolabé. J'entends parler de l'étranglement au niveau du collet du sac. C'est une question pleine d'obscurité. Presque tous les auteurs nient l'étranglement et ne voient, dans les phénomènes qui le simulent, que ceux d'une appendicite.

Les auteurs qui se sont occupés de ce genre de hernie

(1) Thiéry. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1892.
(2) Thiéry. Loc. cit., appendice de 20 centimètres. — Delorme. In Th. Alti. — Guinard. Loc. cit.

ont souvent englobé dans leur étude les hernies essentielles de l'appendice et, plus fréquemment peut-être, celles où il n'était qu'à titre de complication — je dis complication, car cet organe est plus qu'un accessoire, il est une menace permanente. Il est rationnel de penser que l'appendice qui, *in situ*, est un siège fréquent d'inflammation, à plus forte raison sera-t-il sollicité, et par sa circulation plus ou moins entravée et par la propagation d'une inflammation herniaire commune, à passer à l'état pathologique. — Or que trouve-t-on dans le sac? Le plus souvent, un appendice ulcéré, gangrené, perforé, baignant dans du pus, disparu même complètement. On y constate parfois la présence de corps étrangers ayant donné lieu aux phénomènes d'appendicite, aiguille (1), noyau de cerise (2), épingle (3), os (4), arête de poisson (5), scybales (6), une dent de chat (7) chez un malade qui avait cru manger du lapin. Lorsque nous traiterons des symptômes, on verra que dans ces cas coïncident parfois des signes pouvant confirmer l'idée d'appendicite. Mais à côté de ces faits, qui sont vraiment les plus fréquents, on a pu rencontrer, coïncidant avec des symptômes complets d'étranglement, l'appendice, soit accompagné d'épiploon, soit absolument seul, présentant uniquement des symptômes d'étranglement. On fut obligé de débrider le collet du sac, et l'appendice, mis en liberté, présentait nettement à ce niveau un sillon d'étranglement typique (8), une hypertrophie de son volume par congestion, sans lésion susceptible de la gangrène, et une fois la réduction faite la guérison survenir sans encombre, d'une façon semblable à une vulgaire entérocèle étranglée. Je sais qu'on a admis une hypothèse qui tend à nier l'étranglement de l'appendice, affirmant (9), par la théorie dite du « vase clos », que le calibre du processus étant hermétiquement fermé, il devait s'ensuivre inévitablement une appendicite. Je le répète, l'appendicite herniaire est la lésion de beaucoup la plus fréquente, mais il est indéniable que certains cas ne reconnaissent pas d'autre cause que l'étranglement.

Comme nous le verrons a propos du diagnostic, il est difficile de parler des symptômes propres à cette hernie lorsqu'elle n'offre aucun phénomène inflammatoire. L'étranglement se produit comme dans les autres variétés, coïncidant souvent avec l'irréductibilité; dans plusieurs cas, il eut lieu avec la formation de la hernie (10).

Les symptômes locaux ont peu d'importance, on note toujours de la tension de la tumeur et parfois une extrême sensibilité à la pression.

Les symptômes fonctionnels sont autrement importants et doivent nous arrêter. Trois phénomènes capitaux sont le propre de l'occlusion intestinale : la constipation, l'arrêt des gaz et les vomissements. Suivant qu'ils existent tous ou que l'un d'eux fasse défaut, nous aurons des symptômes d'occlusion complète ou incomplète. Sur quarante-deux cas, bien détaillés, nous notons :

Vingt fois les symptômes complets.

Vingt-deux fois les symptômes incomplets;

Il me semble certain d'après le grand nombre d'observations recueillies, mais qui ne peuvent faire partie de cette statistique, que les phénomènes incomplets d'obstruction sont les plus constants.

Presque toujours on observe des vomissements, bilieux au début, et souvent fécaloïdes à la fin. La constipation est également fréquente, mais l'arrêt des gaz est le signe qui manque le plus souvent.

Le météorisme de l'abdomen est en relation directe avec la totalité des symptômes observés, le mauvais état général et la fièvre, avec la durée des phénomènes inflammatoires et l'étendue des lésions.

Il est encore une chose remarquable, c'est souvent la durée des phénomènes inflammatoires. Certains malades ont pour ainsi dire une sorte d'étranglement chronique, l'intervention n'étant forcée que parfois cinq, six et même neuf jours après le début (1).

En présence d'une hernie, peut-on par quelques signes particuliers affirmer, ou simplement supposer l'existence de l'appendice? Je crois le diagnostic bien difficile sinon impossible, peut-être pourrait-on compter avec le petit volume d'une hernie datant depuis longtemps déjà, avec l'absence de gargouillement dans la réduction. Soit que la hernie est irréductible ou seulement en partie, on croit plutôt avoir affaire à une épiplocèle; dans un fait que nous avons rapporté, on sentait bien, à la palpation, un corps allongé qui ne rentrait pas, mais l'esprit n'étant pas attiré vers l'appendice, on n'avait pas analysé les sensations.

Maintenant lorsqu'il y a étranglement ou appendicite dans le sac, le plus souvent on a songé à une épiplocèle (2). Une fois on pensa à une hernie de l'ovaire (3), à une époque assez lointaine l'appendice adhérent au testicule fut pris pour un varicocèle (4), également on le confondit avec un abcès par congestion (5). Enfin fréquemment on peut croire qu'il n'y a qu'un pincement latéral (6). De toutes ces erreurs, la dernière est en somme la plus facile à faire. En présence des symptômes d'étranglement atténués, ou n'existant pas au complet, dans une hernie peu volumineuse, c'est peut-être à cette lésion que l'on doit penser d'abord. Dans une thèse du docteur Ferrier (7) sur le pincement latéral, j'ai pu lire plusieurs observations, qui semblent bien se rapporter à des hernies appendiculaires. Je pourrais ajouter que certaines de ces hernies avaient de la sonorité, ce qui doit ajouter à la confusion. On peut confondre également avec une épiplocèle, d'autant plus que souvent il y en a même temps de l'épiploon, plus ou moins altéré, et parfois l'étranglement n'a porté que sur lui. On sait que le pincement d'une frange épiploïque, seulement, a pu donner lieu à des signes d'étranglement incomplet. Je ne m'arrête pas au diagnostic avec la lésion de l'ovaire qui

(1) AMYAND. Cité par Trilscher, Tubingue 1806.
(2) *Dublin med. Journ.*, juillet 1841, et in Th. Sauvage.
(3) SCHMID. *Allg. Munsch. Med. Woch.*, V, 17.
(4, 5, 6) Alf. NICHE. Th. de Munich, 1892.
(7) Th. Bariety, Obs. I (personnelle).
(8) Carlo JAVANELLI. *Annali universali di Osmondi*, 1856.— CABARET. *Journ. des conn. méd.-chir*, 1842, p. 54. — MERLING. Loc. cit., 1826. — PECH. *The Lancet*, 1880. (Il y avait ulcération au collet.) — SAND. *Med. Rec.*, 1881. — Un grand nombre d'observations de Briegen, de Jackl (1888), Brunner (1889), Thiéry (*Bull. de la Soc. anat.*, 1893), Newbolt (*Brit. Med. Journ.*, 27 mars 1897, p. 781).
(9) ROUTIER. Soc. de chir., 25 nov. 1896. — A propos d'un cas de Guinard. — DIEULAFOY. — G. DE ROUVILLE.
(10) NEWBOLT. Hernie crurale, *Brit. Med. Journ.*, 27 mars 1897, p. 787.

(1) NEWBOLT. Loc. cit. — Aimé GUINARD. Loc. cit. — BERNARD. Loc. cit. — Etc.
(2) Plusieurs observations de Briegen, Walther, in Th. Sauvage, etc., la plupart.
(3) Une observation de Brieger.
(4) MERLING. Th. de Leipzig, 1826.
(5) CABARET. Loc. cit.
(6) GUINARD. *Gaz. des hôpit.*, 1896.
(7) FERRIER. Th. de Bordeaux, 1884.

a d'autres caractères. La confusion avec un abcès du pli de l'aine peut se faire en cas d'abcès stercoral lié à un étranglement appendiculaire.

Si l'on pouvait reconnaître la présence de l'appendice dans un sac herniaire soit seul, soit accompagnant l'épiploon ou d'autres viscères, nul doute, qu'on en doive tirer un pronostic plus sérieux. Comme je l'ai dit précédemment, l'appendice est dans ces cas plutôt une complication : dangers d'étranglement, et plus souvent danger d'appendicite. Il est rare de voir les lésions inflammatoires intrasacculaires s'étendre au péritoine abdominal, des adhérences se formant vers le collet et l'anneau empêchant toute communication avec l'abdomen, la péritonite est absolument localisée, il est fréquent de voir se produire la perforation de l'appendice, la formation d'un abcès et la fistulisation.

Traitement. — Au cours d'une cure radicale, si l'on tombe sur l'appendice adhérent ou non, je crois que le plus simple est de le réséquer, ainsi que l'a fait mon maître, M. le professeur Heurtaux. Quel procédé doit-on employer? Beaucoup se contentent de faire une ligature et de fermer, par deux ou trois points de suture, les deux lèvres de la section. Le procédé de Mikulicz paraît plus recommandable. Il consiste en une incision circulaire de la séro-musculeuse à environ un demi-centimètre du cæcum, on dissèque une petite manchette d'un demi-centimètre, on sectionne la muqueuse et on termine par la suture séparée des deux tuniques; il peut y avoir avantage, si on dispose d'un long méso, de s'en servir en recouvrant le moignon comme d'un capuchon, ce qui donnera encore plus de sûreté, à l'occlusion complète de la cavité appendiculaire (1). A plus forte raison devra-t-on suivre cette conduite dans le cas d'étranglement, après avoir levé le siège de la constriction et attiré à soi l'appendice dont la flore microbienne a dû exalter sa virulence.

En cas d'appendicite avec sac rempli de pus, il est sage de fixer le moignon au fond de la plaie.

**Bibliographie.** — Tritschler. Tubingue, 1806. — Scarpa. *series herniæ congenitæ*. — Merling. Thèse d'Heidelberg, 1826. — Carlo Javanelli. *Annali universali di Osmondi*, et in *Arch. g. de méd.* 11e série. T. H. 1836. — Malgaigne. *Mémoires sur les étranglements*, 1841. — Guersant fils. *Gaz des hôpit.*, 1841. — Cabaret. *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1842. — G. Beaumetz. *Gaz. des hôp.*, 1859. — Lehmann, in *Arch. gén. de méd.*, 1881. — Klein. *Uber die ausserey Bruck der proc. verm. cocci*, Gussen, 1868. — Pick. *The Lancet*, vol. 1, 1880. — Sand. *Med. rec.*, 1880. — Jackle. *Dissert. Marburg*, 1888. — Jalaguier. Cong. chirurg., 1888. — Rubino. *Sicilia medica*, 1889. — Z. de Hauer. *Prager med. Woch.*, 2 juillet 1891. — Gangolphe. *Lyon méd.*, 1892. — Nové-Josserand. *Lyon méd.*, 3 juillet 1892. — Alf. Niche. Th. de Munich, 1892. — Le Dentu. *Clinique*, 1892. — Pollosson. *Lyon méd.*, 1893. — Delorme, Thiéry, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1893. — Brieger. *Arch. f. kl. chir.*, 1893. — G. Bernard. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894. — Vignard. in Th. Rivet, 1892. — Nasse. *Arch. f. kl. chir.*, L. I. 4. — Romms. *Deutsch Zeitch. f. chir.*, XLI, 1895. — Guinard. *Gaz. des hôpit.*, IV, 1896. — Newbolt. *Brit. med. Journ.*, 27 mars 1897 (Annandal Jaccobson). — Buckel (de Marbourg). *Sem. méd.*, oct. 1897.

Consulter les thèses : Charnon, Th. de Lyon, 1886. — Sauvage. Th. de Lyon, 1893-1894. — Nicolas Alti. Th. de Paris, 1893-1894. — Ad. Rivet. Th. de Paris, 1893-1894. — Bariety. Th. de Paris, 1894-1895. — Briançon, Th. de Paris, 1896-1897. — Bajardi, *Lo sperm. ser. clinica*, 17 et 18, p. 323 et 346.

(1) Vignard. In Th. Rivet.

## TRAITEMENT DU STRABISME

Par M. Panas,
Membre de l'Académie de médecine.

L'auteur rappelle que pendant longtemps le traitement du strabisme n'a consisté qu'en moyens rudimentaires, tels que le port d'une lunette opaque perforée, appelée louchette. Les chirurgiens orthopédistes du milieu du siècle ont comparé le strabisme au pied-bot, et l'appelaient le pied-bot de l'œil; ils le considéraient comme dû à la rétraction du muscle moteur oculaire correspondant, et le traitaient par la section de ce muscle. Mais souvent ils transformaient ainsi un strabisme externe en strabisme interne ou réciproquement.

Les récentes études sur la physiologie des mouvements de l'œil ont conduit à un traitement rationnel du strabisme; on a vu qu'il n'y avait, dans cette affection, ni rétraction, ni paralysie d'aucun muscle oculo-moteur. Du reste, la synergie fonctionnelle des mouvements oculaires n'est pas innée, mais acquise. Chez l'enfant, les yeux se meuvent indépendamment l'un de l'autre; chez l'homme endormi ou chloroformé les yeux divergent; chacun regarde en haut et en dehors; c'est par l'exercice que s'établit cette synergie.

Pour que la fonction synergique des yeux s'établisse régulièrement, plusieurs conditions sont nécessaires; il faut que les muscles soient sains; il faut que le centre coordinateur qui préside à leurs mouvements soit sain; mais ce n'est pas tout, il faut que les yeux soient égaux à tous les points de vue; il faut qu'ils aient la même acuité visuelle; il faut qu'ils aient le même volume; il faut qu'ils soient isométropes, c'est-à-dire à peu près également emmétropes ou à peu près également myopes, ou à peu près également hypermétropes; mais la plus grande cause de strabisme c'est l'astigmatisme inégal d'un œil à l'autre.

L'œil qui louche est toujours celui des deux qui s'éloigne le plus de l'état normal au point de la fonction visuelle. Mais toutefois le strabisme n'est qu'en apparence unilatéral; si on analyse en détail le phénomène, on s'aperçoit que le strabisme est toujours bilatéral; s'il paraît unilatéral, c'est que le malade, ne se servant que de son œil le moins atteint, redresse artificiellement celui-ci, ce qui exagère, du reste, la déviation strabique.

Que résulte-t-il de ces faits au point de vue de la thérapeutique du strabisme? Ceci, qu'à une maladie bilatérale il faut opposer une opération bilatérale. C'est ce que M. Panas a fait chez 230 strabiques. Il a fait la ténotomie des deux muscles droits internes, en y adjoignant l'élongation de ces muscles, qui affaiblit leur contractilité et diminue la prédominance de leur action. Il rejette l'avancement et fait la ténotomie, opération très simple, jamais suivie de complication ni de suite fâcheuse. Jamais il n'a eu, sur 220 cas, d'hypercorrection, ou, s'il s'en produit une petite, elle n'est que temporaire, et se corrige d'elle-même en moins de huit jours. Sur 220 strabismes convergents, il a eu 190 succès immédiats; les insuccès ne tiennent jamais à l'hypercorrection, mais à des corrections incomplètes auxquelles il a remédié, dans 10 cas, par l'avancement des antagonistes, avec 10 succès.

## THÉRAPEUTIQUE

**Poudres contre le coryza** (HAMMET).

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1° Chlorhydrate de cocaïne | } àâ | 0gr25 | |
| Chlorhydrate de morphine | | | |
| Salol | } àâ | 4 | grammes. |
| Café torréfié | | | |
| Acide borique porphyrisé | | 12 | — |

M. S. A.

| | | |
|---|---|---|
| 2° Borate de soude pulvérisé | 10 | grammes. |
| Thymol cristallisé | 1 | — |
| Chlorhydrate de cocaïne | 0gr20 | |

F. S. A.

3° Cette dernière, complètement inédite, donne des résultats remarquables.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Bicarbonate de soude | } àâ | 6 | grammes. |
| Salol | | | |

F. S. A. (*Journ. de méd. de Paris.*)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### LECTURES

**Traitement des tumeurs érectiles par les injections interstitielles de perchlorure de fer.** — M. TH. ANGER emploie, pour le traitement des tumeurs érectiles, les injections de solution diluée de perchlorure de fer, selon la formule suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Solution de perchlorure de fer à 30°. | 25 | grammes. |
| Chlorure de sodium | 15 | — |
| Eau | 60 | — |

Il procède ainsi : pour les petites tumeurs, il emploie la petite seringue de Pravaz ordinaire; il pique la tumeur avec l'aiguille isolée; si une goutte de sang se présente à l'orifice de l'aiguille, il est certain alors d'être dans un lac sanguin de la tumeur. Il injecte alors quelques gouttes de la solution. En quelques mois, la tumeur s'affaisse; si la tumeur, au bout de ce temps, s'accroît de nouveau, il faut faire une nouvelle injection. Il est rare d'avoir besoin d'en faire de plus nombreuses.

Pour les angiomes de plus gros volume, il ne faut pas craindre d'injecter xv, xx, xl gouttes de la solution ci-dessus; on peut aussi employer cette autre solution, qui est plus active :

| | | |
|---|---|---|
| Solution de perchlorure de fer à 30°. | 25 | grammes. |
| Chlorure de zinc | 3 | — |
| Eau | 60 | — |

L'injection doit se faire lentement et sans à-coup; dans les gros angiomes, il est nécessaire de pratiquer une compression périphérique sur les bords de la tumeur; pendant l'injection, la tumeur se gonfle, mais ne devient dure par la coagulation du sang qu'au bout d'un quart d'heure environ; alors on peut lever la compression périphérique. La tumeur grossit d'abord pendant vingt-quatre heures et s'indure, puis la régression commence, mais elle est très lente et dure plusieurs mois.

Jamais il n'y a d'inflammation locale, ni de suppuration, ni d'escharification, quand on ne dépasse pas les doses suffisantes. Par ce moyen qu'il emploie déjà depuis trente ans, M. Th. Anger est venu à bout, en quelques années, d'angiomes très volumineux.

**Essais thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire au moyen de doses élevées de créosote.** — M. SAVOIRE fait sur ce sujet une communication qu'il termine par les conclusions suivantes :

« 1° La toxicité de la créosote est très faible et inférieure à 1 gramme par kilogramme d'animal.

2° L'administration de doses de créosote s'élevant de 8 et 10 grammes et même dans un cas particulier à 15 grammes pendant plusieurs mois n'a provoqué aucun trouble du côté des voies digestives, circulatoires ou urinaires (sauf la coloration noire des urines qui, à notre avis, n'a aucune signification pathologique).

3° Elle a produit, au contraire, une augmentation de l'appétit et de la nutrition se traduisant par une augmentation de poids, des modifications profondes de la toux, des sueurs, de la fièvre, de l'expectoration, la disparition des bacilles dans un grand nombre de cas, une amélioration notable et parfois une guérison qui se maintient depuis une période de temps plus ou moins longue.

4° La créosote n'a aucune action sur le bacille de la tuberculose qui continue à se développer et conserve sa virulence dans les milieux ou dans les bouillons de culture contenant des proportions élevées de créosote (jusqu'à 30 p. 100, d'après nos expériences sur les bouillons de culture).

5° La toxicité des extraits de cultures et de matières tuberculeuses, préalablement soumises à l'action de la créosote et privées de microbes, est considérablement atténuée, ce que nous croyons devoir attribuer à une action chimique de la créosote sur les toxines du bacille de la tuberculose.

6° L'action favorable exercée par la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire nous semble due :

*a.* A une action bactéricide exercée par la créosote sur les espèces microbiennes associées au bacille de Koch (streptocoques, pneumobacilles, etc.);

*b.* A une action stimulante sur la nutrition, d'où résulte une augmentation de la phagocytose à l'égard du bacille de Koch en particulier;

*c.* A une action chimique des phénols constituant la créosote sur les toxines du bacille de Koch, neutralisant leur pouvoir toxique.

7° L'action chimique exercée par la créosote sera d'autant plus marquée que la quantité de créosote administrée sera plus considérable.

8° Les malades auxquels nous réservons le traitement créosoté sont des tuberculenx non cachectiques (premier et deuxième degré), et nous leur administrons la créosote :

*a.* En injections hypodermiques : 10 à 40 centimètres cubes d'une solution huileuse de créosote à 1/15, à base d'huile d'olive et additionnée ou non de balsamiques (myrtol, eucalyptol);

*b.* En inhalations continuelles à la dose de 6 à 10 grammes d'une mixture alcoolique contenant un tiers de créosote;

*c.* Par voie stomacale en dilution dans un liquide huileux le lait, ou en émulsion par doses fractionnées formant un total de 40 gouttes pour débuter et pouvant être portées à 300 gouttes par vingt-quatre heures.

Il faut éviter d'une façon absolue l'administration des capsules, pilules ou cachets créosotés auxquels on doit attribuer les accidents gastriques qu'on impute généralement à la créosote.

Cette substance doit être prise dans une quantité assez considérable de liquide pour n'être pas caustique, et de préférence au milieu des repas pour éviter une irritation mécanique corrosive de la muqueuse digestive. »

**Traitement du strabisme.** — M. PANAS fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 724.)

L'Académie se forme en comité secret.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 11 AU 16 JUILLET 1898)

### Examens de doctorat.

**VENDREDI 15 JUILLET**, à une heure. — 1er (ancien régime et fin d'année, officiat) : MM. Gariel, Blanchard et Chassevant ; — M. Retterer, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Potain, Landouzy et Gaucher ; — (2e série) : MM. Grancher, Netter et Gilles de La Tourette ; — M. Broca, suppléant.

3e (définitif, officiat), *Pitié* : MM. Jalaguier, Varnier et Widal.

5e (2e partie), *Pitié* : MM. Hayem, Déjerine et Thoinot.

**SAMEDI 16 JUILLET**, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Ballet et Achard ; — (2e série) : MM. Cornil, Chantemesse et Roger ; — M. Brun, suppléant.

3e (définitif, officiat) : MM. Campenon, Maygrier et Gilbert.

5e (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Hutinel, Hallopeau et Marfan ; — (2e série) : MM. Joffroy, Netter et Ménétrier ; — M. Schwartz, suppléant.

### Thèses de doctorat.

**LUNDI 11 JUILLET**, à une heure. — M. FOURNIER. Des albuminuries intermittentes ; — M. MAGNAN. Sur un cas particulier d'obstruction intestinale survenant au cours de la pyléphlébite ; — M. MOULON. La métrorragie d'origine paludéenne (MM. Potain, président ; Delens, Segond et Jalaguier). — M. JONES. De la gangrène dans les maladies aiguës ; — M. D'ACHEUX. La phlébite blennorragique ; — M. LABELLE. Dermatose et onyxis professionnels (mal des plongeurs) (MM. Fournier, président ; Tillaux, Humbert et Thiéry). — M. BRUN. Contribution à l'étude du sarcome des nerfs et en particulier du nerf du membre supérieur (MM. Tillaux, président ; Fournier, Humbert et Thiéry). — M. DARDEL. De l'absence de rapports entre le diamètre B. P. et le poids du fœtus pendant la vie intra-utérine ; — M. DUBOIS. Contribution à l'étude des sarcomes de l'ovaire (MM. Pinard, président ; Terrier, Varnier et Hartmann). — M. GUINARD. Des résections cylindriques ou annulaires de l'estomac dans le cancer (MM. Terrier, président ; Pinard, Varnier et Hartmann). — M. PERRAUDEAU. Essai sur l'action thérapeutique du carbonate de lithine et de l'eau lithinée dans la diathèse goutteuse ; — M. DE COMBAREL. Du poumon chez les brightiques (œdème et hémoptysie) ; — Mme BELIANINE. Troubles de la parole dans l'hémiplégie infantile (MM. Landouzy, président ; Tuffier, Chassevant et Broca) ; — M. RABE. Respiration de Cheyne-Stokes par insuffisance cardiaque et ischémie cérébrale ; pronostic et traitement ; — M. ARONDEL. Étude sur les hallucinations des moignons ; — M. PÉCHOUTRE. Lésions médullaires dans le tétanos et mécanisme des contractures ; — M. EDWARDS. Contribution à l'étude de la paralysie spinale aiguë et de sa nature ; — M. ROZIER. Épilepsie sénile (MM. Raymond, président ; Kirmisson, Poirier et Lejars).

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Glantenay et Bouglé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés chefs de clinique : Médecine, MM. Thiercelin et Kahn, titulaires ; Hulot et Apert, adjoints. — Chirurgie, MM. Banzet, Marion, Delbet, titulaires. — Maladies des enfants, MM. Zuber, titulaire ; Hallé, adjoint. — Clinique obstétricale, M. Chavanne, titulaire. — Maladies syphilitiques, M. Fournier, titulaire. — Ophtalmologie, MM. Terrien, titulaire ; Pley, adjoint.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — La Faculté procède aux examens qui déterminent la collation du diplôme de chirurgien dentiste en deux sessions ordinaires, l'une dans le premier, l'autre dans le dernier trimestre de l'année scolaire. La date de chaque session est fixée un mois à l'avance par le doyen.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Marie est chargé de cours de physique biologique et pharmaceutique.

M. le docteur Suis est nommé chargé de cours de zoologie médicale et de micrographie.

M. le docteur Bézy est nommé chargé de cours de clinique des maladies infantiles.

— Le Ve congrès international pour l'étude des eaux potables et minérales, de la climatologie et de la géologie, se tiendra à Liège, du 25 septembre au 3 octobre 1898, sous le haut protectorat du prince héritier de Belgique.

Les administrations municipales de Liège, Spa, Aix-la-Chapelle, etc., préparent des fêtes brillantes à leurs hôtes. La ville d'Ostende fera les honneurs de ses côtes maritimes aux congressistes, et le comité offre gracieusement le voyage à travers la Belgique à tous les membres étrangers, pour cette excursion. On verra les sanatoria de Middelkerke et de Wenduyne en même temps.

Une carte des régions à visiter sera envoyée à tous les adhérents dès que leurs bulletins parviendront au secrétariat. Ils recevront encore, à leur arrivée, un plan détaillé de Liège, avec notice sur toutes les antiquités et curiosités de la ville éburonne.

Outre les excursions principales, le comité organisera, dans le cas où un nombre suffisant de demandes lui parviendraient, des visites en plusieurs localités intéressantes à différents points de vue, notamment aux grottes célèbres de Han-sur-Lesse, au grand barrage de la Gileppe, à Tongres (fontaine dite de Pline), aux sources de Harre, aux Thermes de Chaudfontaine, à Tilff, etc.

Tous les voyages en chemin de fer se feront avec une réduction de 50 p. 100 sur les prix ordinaires.

On sait déjà, par les circulaires antérieures du comité organisateur, que toutes les grandes compagnies françaises, du nord au midi, et le gouvernement italien ont accordé aussi une réduction de 50 p. 100 aux personnes qui se rendront au Congrès et seront munies de cartes spéciales. Le comité attend la réponse des autres gouvernements.

Les rapports préliminaires, dus à des savants belges et étrangers, la liste des communications annoncées, les renseignements divers, les bulletins de souscription, etc., seront envoyés à quiconque en fera la demande au secrétaire général, docteur Jorissenne, boulevard de la Sauvenière, 130, à Liège.

— *Remplacement.* — Un étudiant, pourvu de tous ses examens de médecine, demande à faire un remplacement. — S'adresser à M. Maréchal, 15, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — *Trains de plaisir.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, la Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée organisera pour Paris des trains de plaisir à prix réduits, comportant des voitures de 2e et de 3e classe, permettant de passer plusieurs jours à Paris.

Ces trains partiront et reviendront aux dates ci-après :

| | | |
|---|---|---|
| Nice . . . . . . . . | Départ, 11 juillet ; | retour, départ 16 juillet. |
| Cette . . . . . . . | — 11 — | — — 16 — |
| Avignon . . . . . . | — 12 — | — — 16 — |
| Lyon . . . . . . . . | — 11 — | — — 16 — |
| Genève . . . . . . | — 12 — | — — 16 — |
| Besançon . . . . . | — 11 — | — — 15 — |
| Dijon . . . . . . . | — 11 — | — — 15 — |
| Clermont-Ferrand . | — 12 — | — — 16 — |
| Saint-Étienne . . . | — 12 — | — — 16 — |

Des billets pour ces trains seront délivrés par toutes les gares.

Les voyageurs sont priés de s'adresser aux chefs de gares pour tous les renseignements (prix et conditions).

---

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Des suppurations du pancréas et de leur traitement, par M. Pierre SIKORA, interne des hôpitaux de Paris. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Actes du 12 juillet 1898. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

## REVUE GÉNÉRALE

### Des suppurations du pancréas et de leur traitement.

Par Pierre SIKORA, interne des hôpitaux.

I

**Historique.** — L'histoire des pancréatites suppurées date de notre époque. Leur existence même, admise par Raige-Delorme, Mondières et Bécourt, était mise en doute par Grisolle ; et ce sont seulement les publications récentes qui ont apporté un nouvel appui à l'opinion des premiers auteurs, et ont permis de tracer une étude d'ensemble des suppurations du pancréas.

C'est d'abord Arnozan, qui, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, en fixe les premières limites ; puis Oser, qui, dans l'*Encyclopédie d'Eulenbourg*, consacre à l'affection un intéressant chapitre. Après eux, Réginald Fitz (1) dresse une statistique des cas publiés : il en relève dix de non douteux, et dans deux d'entre eux, il trouve que le diagnostic avait été posé exactement avant la mort.

Depuis le travail de Fitz, M. Mathieu, dans son article du *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard, et M. Quénu, dans celui du *Traité de chirurgie*, ont étudié de nouveau l'affection, en se plaçant chacun à un point de vue différent.

Mais déjà, dès 1887, Senn (2) avait tracé le manuel opératoire qu'on pourrait employer pour évacuer l'abcès du pancréas reconnu.

Plus récemment, M. Nimier (3) en avait également étudié le traitement chirurgical. Et, en 1895, deux observations ont été publiées dans lesquelles la guérison avait été obtenue à la suite d'une laparotomie permettant l'évacuation de la collection : la première était de W. Paul (4), la seconde de Thayer (5).

(1) REGINALD H. FITZ. Acute pancreatitis, *Boston Med. Journ.*, 12 juin 1890.
(2) GENN. *Journ. of the Med. Amer. Assoc.*, 22 janv. 1887.
(3) NIMIER. *Rev. de chir.*, 1893.
(4) W. PAUL. On a case of suppurative pancreatite, *Trans. Clin. Soc. London*, 1895, t. XXVII.
(5) THAYER. Pancréatite aiguë, *Amer. Journ. Med. Philadelph.*, 1895, n° 5, C. X.

Puis, en 1897, Faivre d'Arcier (1) réunit, dans sa thèse, vingt-sept cas de pancréatites suppurées et les analyse. Et enfin, au début de 1898, M. Étienne (2) publie une nouvelle observation, à propos de laquelle il reprend l'étude clinique, anatomo-pathologique et bactériologique de l'affection.

II

**Étiologie et pathogénie.** — Du pus peut se collecter dans le pancréas dans deux conditions différentes : ou bien primitivement, dans un pancréas sain ; ou bien, au contraire, dans un pancréas déjà lésé. Ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent, et l'affection déterminante est alors aiguë ou chronique.

Aiguë, il s'agit d'une pancréatite aiguë, comme dans l'observation de Friedreich (3), où des attaques brusques de douleurs abdominales survenant sans cause, et accompagnées de tension et de tympanisme abdominal, de vomissements bilieux fréquents, de constipation avec fièvre élevée, conduisent le malade à la mort, en quelques jours. On trouve alors un pancréas gros et rempli d'abcès miliaires.

Chronique, la cause peut être : soit un *cancer du pancréas*, comme le rapporte Frison (4) dans son observation, où on retrouve facilement les deux étapes d'évolution : la première correspondant au cancer lui-même, la deuxième rapide, enlevant le malade en peu de temps et traduisant la formation du pus ; soit une *lithiase pancréatique* ou un *kyste du pancréas*.

C'est cette forme secondaire des suppurations du pancréas qui expliquerait la longueur apparente de la maladie, et l'opinion de nombreux auteurs (Drasche, Perle, Sallard, Faivre d'Arcier) sur sa durée. En réalité, si on étudie de plus près les observations de pancréatite suppurée, on peut voir, d'après Etienne, que l'affection a toujours une évolution aiguë, et que son apparente chronicité est due seulement à l'existence d'une autre lésion du pancréas la précédant. Et, à l'appui de cette opinion, on peut citer les observations de Roddick (5), où la mort est survenue au douzième

(1) FAIVRE D'ARCIER. *De la pancréatite suppurée*, Th. de Nancy, 1897.
(2) ÉTIENNE. Des pancréatites suppurées, *Arch. de méd. expérim.*, mars 1898.
(3) FRIEDREICH. Maladies du pancréas, in *Ziemssen Handb. d. sp. path. und und ther.*, 1875, t. VII.
(4) FRISON. Pancréatite suppurée, *Marseille méd.*, 1875, t. XII.
(5) RODDICK. *Canada Med. Journ.*, 1869, t. V.

jour, d'Etienne (1) où elle est arrivée en quatre jours, de Drasche (2) où, malgré la durée totale de la maladie, soixante-cinq jours, les accidents violents ne sont survenus que neuf jours avant la mort, traduisant à ce moment la suppuration.

Les études bactériologiques récentes ont permis de retrouver divers microbes dans le pus de l'abcès. Comment sont-ils arrivés au pancréas, et quelles sont les conditions qui peuvent aider à leur pénétration dans la glande?

Trois modes d'invasion sont possibles, et on peut admettre :

1° L'infection par voie ascendante;
2° L'infection par voie sanguine;
3° L'infection par extension de contiguité au tissu pancréatique d'une lésion d'un organe voisin.

I. Infection par voie ascendante. — Le mode de propagation observé ici est l'analogue de celui qui a déjà été décrit pour les voies urinaires par Albarran, pour le foie par Dupré et d'autres auteurs après lui, pour la parotide par Claisse et Dupré.

Pour ces glandes, comme pour le pancréas, l'orifice du canal excréteur est situé dans une cavité contenant différents microbes à l'état de non-virulence. Malgré cela leurs conduits d'excrétion sont aseptiques dans la plus grande partie de leur trajet, la partie inférieure seule contenant des germes. Pour le pancréas, en particulier, cette asepsie normale des parties supérieures des deux canaux excréteurs a été démontrée par les recherches d'Etienne et de Mayer chez le chien. Si donc l'infection gagne en hauteur et finit par atteindre le tissu glandulaire proprement dit, c'est qu'il se produit des dispositions anormales qui la favorisent.

Ce peut être d'abord la *béance du canal de Wirsung*. Généralement la cause de la béance du conduit (cancer ou pancréatite chronique) gêne aussi la sécrétion du liquide pancréatique et l'écoulement de celui-ci n'étant plus suffisant pour jouer vis-à-vis des canaux son rôle mécanique de protection, l'infection se produit [observation de Musser (3)].

Ce peut être encore un *obstacle au cours des liquides*. Car c'est une règle qu'une cause d'obstruction sise près de l'abouchement d'un conduit excréteur dans une cavité infectée, détermine d'abord une accumulation de liquide au-dessus d'elle, et secondairement une infection. Ici, la nature de l'obstacle peut varier. *Formé aux dépens de la paroi du canal*, il peut être constitué soit par un cancer du canal de Wirsung, analogue à celui du cholédoque; soit par une sorte de bouchon épithélial produit par la desquamation de l'épithélium du conduit, auquel s'ajoute une turgescence de la muqueuse infiltrée et hyper-vascularisée. Ces derniers phénomènes déterminés par la propagation de l'inflammation duodénale au conduit pancréatique excréteur, reproduisent l'inflammation analogue du cholédoque, dont les rapports anatomiques avec le canal de Wirsung sont intimes (observations d'Etienne, de Mass, de Fränkel où la pancréatite succède à des troubles intestinaux). — *Siégeant dans la lumière du canal de Wirsung*, l'obstacle peut être un calcul pancréatique [lithiase pancréatique : observation de Nicolas (1) [de Lyon], où l'obstruction du canal de Wirsung par quinze ou vingt calculs pancréatiques détermine la pancréatite suppurée], ou un calcul biliaire [observation d'Atkinson (2), où l'obstruction du cholédoque et du Wirsung par un calcul arrêté à leur confluent détermine à la fois de l'ictère et de la pancréatite suppurée]. — *Situé enfin en dehors du canal de Wirsung* et le comprimant de dehors en dedans, l'obstacle, comme dans le cas de Percival, peut être simplement constitué par le tissu glandulaire lui-même hypertrophié et sclérosé.

Nous arrivons maintenant à la troisième et dernière condition favorisant l'infection du pancréas par voie ascendante. C'est *l'introduction directe des germes dans les parties supérieures de son canal excréteur*. Ce mode de propagation, décrit par Shea (3), dans une très curieuse observation, consiste dans le transport des coli-bacilles, staphylocoques et autres, par un ascaride lombricoïde, engagé de sept pouces, dans le cas qu'il rapporte, dans l'intérieur du conduit de Wirsung. Et il ne s'agit pas là d'un phénomène post mortem, comme le voulait Fitz, puisque Etienne a montré que des faits semblables pouvaient se passer du côté du cholédoque, et qu'il a publié dans ces conditions une observation de cholécystite suppurée.

II. Infection par voie sanguine. — Deux cas peuvent ici se présenter :

1° *La pancréatite suppurée n'est que la localisation pancréatique d'une pyohémie :* qu'il s'agisse de pyohémies obstétricales (deux cas de Tornelli, cités par Clössen), de pyohémies chirurgicales (un cas de Again où une extirpation du testicule avec ligature du cordon aurait été suivie de pancréatite suppurée), ou enfin de pyohémies médicales (cas de Blancard cité par Clössen, où le pancréas d'un enfant mort de petite vérole contenait des foyers purulents).

2° *La pancréatite suppurée est consécutive à une pyléphlébite :* Moore a publié 3 cas dans lesquels il avait trouvé à la fois une thrombose de la veine porte et une suppuration du pancréas. Bamberger et Drasche rapportèrent après lui des observations analogues. De ces faits, Moore avait conclu que, dans les abcès du pancréas comme dans les abcès du foie, la lésion veineuse était la première en date. Or, l'analogie est ici au moins discutable, puisque dans les cas d'abcès hépatiques l'infection suit le cours du sang, tandis que pour arriver de la veine porte au pancréas elle serait obligée de remonter le courant sanguin. Deux explications sont donc seules possibles à cette coexistence de pyléphlébite et de pancréatite suppurée : ou bien l'abcès du pancréas est primitif et la thrombose secondaire, allant de la veine splénique où elle naît à la veine porte qu'elle envahit; ou bien veine et glande sont frappées en même temps et chacune isolément par l'infection. Comme preuve de la première hypothèse, on peut citer le cas de Bamberger, où l'infection dépassa la veine porte, atteignit le foie, et où l'autopsie montra des abcès de cette glande coexistant avec les abcès pancréatiques. Et comme dernier argument on peut encore faire valoir ce fait que, dans aucun des cas rapportés (sauf peut-être le premier cas de Moore) on n'a

(1) Étienne. Loc. cit.
(2) Drasche. *Ber. P. K. K. Krankenhaust Rud. Stift in Wien*, 1868.
(3) Musser. *Genl, Hosp. Record and M. S. S.*, notes 1888, t. V.

(1) J. Nicolas. Lithiase pancréatique, *Province méd.*, Lyon 1897, t. XI.
(2) Atkinson. Note of a case of acute suppurative pancreatitis, *Journ. of the Americ. med. Assoc.*, 1895.
(3) Shea. Abcès du pancréas, *The Lancet*, 2 nov. 1881.

trouvé de point de départ intestinal à l'infection (dysenterie, appendicite ou autres), au contraire de ce qu'on observe dans les suppurations hépatiques.

III. Infection par extension de contiguité au tissu pancréatique d'une lésion d'un organe voisin. — La cause est alors soit un ulcère de l'estomac dont le pancréas forme le fond (Thierfelder, cité par Arnozan), soit une ulcération duodénale (Drasche, Nicolas, Flitcher).

Telles sont les principales données étiologiques des suppurations du pancréas. Pour les compléter, il faut y ajouter, d'une part, la liste des conditions spéciales favorisant l'infection : c'est en étudier les causes prédisposantes. Il faut y joindre d'autre part, l'étude des germes dont l'arrivée dans le pancréas y détermine les lésions que nous étudierons plus loin, c'est faire l'étude bactériologique des pancréatites suppurées.

Les causes prédisposantes sont peu nombreuses et peu importantes. On a invoqué : les excès de tous genres, le sexe (l'homme serait plus particulièrement atteint : 17 hommes contre 4 femmes, dans la statistique de Fitz), et enfin l'âge : ce serait vers l'âge moyen de la vie que l'affection se développerait de préférence (de trente-cinq à quarante-cinq ans d'après Fitz).

*Bactériologie.* — Plus intéressante sont les connaissances acquises sur la bactériologie des abcès pancréatiques, quoique dans deux cas seulement des recherches sérieuses aient été dirigées de ce côté.

Mass le premier, à la suite de cultures et d'examens microscopiques, a signalé une infection polymicrobienne. Elle était constituée par des bâtonnets indéterminés, un organisme très semblable au staphylocoque doré, et un petit bâtonnet qu'il croit être le coli-bacille.

Après lui, Etienne, dans une observation toute récente, signale la même abondance de microbes dans le pus de l'abcès. Mais ici, le coli-bacille est nettement reconnu, coloré et cultivé. Cet organisme paraît donc avoir dans les suppurations du pancréas, comme dans les autres infections à point de départ intestinal, une importance prédominante.

Les recherches expérimentales faites pour étudier la pathogénie des abcès du pancréas, et, en particulier, celles de Carnot, ont amené à établir des données intéressantes.

En se servant d'une seule culture microbienne, celle du coli-bacille, par exemple, suivant sa virulence, suivant la quantité de culture injectée et le lieu de l'injection, on peut observer des degrés plus ou moins intenses d'inflammation pancréatique : ils se traduisent par des formes anatomo-pathologiques différentes.

L'injection dans le parenchyme est plus active que l'injection dans les canaux pancréatiques et qu'une injection dans le duodénum. Une injection de culture très virulente donne lieu à une pancréatite suraiguë, avec apoplexie et même hémorragie en foyer. Une injection moins virulente dans le parenchyme de la glande peut déterminer un foyer purulent, surajouté quelquefois à des lésions de pancréatite hémorragique. L'introduction d'une culture de virulence atténuée dans le canal de Wirsung, ne détermine qu'une suppuration intra-canaliculaire; celle-ci se produit beaucoup plus facilement lorsqu'on ralentit ou qu'on arrête l'écoulement du suc pancréatique. Dans certains cas, Carnot a pu produire une angio-pancréatite suppurée en introduisant une substance irritante, telle que l'huile de croton, non plus dans le canal de Wirsung, mais simplement dans le duodénum.

La suppuration du pancréas peut être provoquée par beaucoup d'autres substances moins irritantes que les cultures de coli-bacille : aussi avec la tuberculine, la papaïne, l'huile de croton, etc.

Si la pancréatite hémorragique peut être considérée comme une lésion destructive, résultant d'une dégénérescence suraiguë de la glande en présence d'un agent irritant chimique ou microbien et de l'auto-digestion surajoutée, la suppuration représente un acte de défense incomplet.

« Une étape toute particulière de la lutte engagée entre les infections et l'organe est fixée par le type clinique des pancréatites suppurées. Elles indiquent une défense incomplète de la glande, une limitation du processus.

Si l'évolution est aiguë et rapide, les abcès sont multiples et n'ont pas le temps d'évoluer; on a la forme des petits abcès multiples.

Si l'évolution est plus lente, ce qui tient à une virulence moindre de l'infection, les abcès sont moins nombreux, mais ils ont, par contre, eu le temps de grossir ; on a la forme des gros abcès peu nombreux.

Enfin, il arrive fréquemment que l'infection ascendante se fait parce que déjà la glande était malade, parce que, notamment, elle était sclérosée avec une dilatation considérable des canaux. On a dans ce cas des suppurations canaliculaires analogues aux suppurations de la bronchectasie. Nous en avons observé quelques cas. Nous les avons également reproduits expérimentalement (1) ».

Lorsque l'intensité de l'irritation inflammatoire est moins marquée encore, on voit se produire, non plus des pancréatites hémorragiques ou suppurées, mais des lésions scléreuses interstitielles ou péricanaliculaires, qui reproduisent, d'une façon assez complète, la série des pancréatites chroniques avec dilatation des canaux et même la lithiase pancréatique.

On voit aussi que les abcès du pancréas occupent une place intermédiaire entre les pancréatites suraiguës et les pancréatites chroniques.

## III

**Anatomie pathologique.** — Les lésions macroscopiques qu'on observe sur un pancréas atteint de suppuration peuvent se présenter sous différents aspects; et c'est ici le mode d'invasion de la glande, la donnée pathogénique par conséquent, qui détermine la variété anatomique.

S'agit-il, par exemple, d'une pancréatite par infection générale, comme le cas a été observé quelquefois, on observe alors : soit des abcès petits et multiples, c'est la forme pyohémique indiquant une virulence assez considérable des germes infectieux; soit de gros abcès peu nombreux, communiquant souvent ensemble et traduisant une virulence moindre.

Mais le type le plus intéressant de ces lésions est celui qu'on observe lorsqu'au lieu d'être, comme précédemment, une infection générale envahissant le pancréas par voie sanguine, celle-ci se fait par voie ascendante, gagnant la glande en suivant ses canaux excréteurs.

Deux variétés peuvent ici se présenter : 1° si le parenchyme glandulaire était primitivement sain, on trouve la

(1) Carnot. Pathogénie des pancréatites, *Presse méd.*, 11 mai 1898.

variété d'abcès dite péricanaliculaire. Ce sont de petits abcès multiples, branchés sur des ramifications du canal excréteur, communiquant ou non entre eux, et développés en des points où la résistance était insuffisante. Carnot les compare aux nodules abcédés péribronchiques; 2° s'il existait des lésions antérieures de la glande, favorisant la béance de ses canaux (calculs, pancréatite scléreuse), c'est l'abcès intracanaliculaire qu'on observe. La suppuration occupe toute l'étendue du système excréteur; le pus sourd, à la coupe, de tous les orifices; des canaux peuvent se dilater davantage, s'oblitérer et se transformer ainsi en kystes purulents. La lésion est comparable aux suppurations de la bronchectasie.

A ces lésions se joignent, le plus souvent, celles des parties voisines : péritoine, estomac, duodénum, foie, rate, etc., qui sont enflammées, rétractées ou perforées.

L'*étude histologique* n'a été faite que dans les deux cas de Mass et d'Étienne. Dans les petits abcès, Mass a trouvé des leucocytes infiltrés, des nécroses graisseuses et des taches arrondies composées de cellules plates entourées d'une bordure fibreuse et que l'auteur considère comme des coupes de lymphatiques à épithélium desquamé. Étienne et Boin ont décrit l'intensité des lésions dans la profondeur de la glande, à opposer à l'intégrité relative de la périphérie. Ici les cellules sont seulement espacées, dispersées sans ordre apparent. Profondément, au contraire, elles sont altérées de façon plus nette, parfois complètement dégénérées (déformation de la cellule, karyorrhexis, plasmarrhexis et dégénérescence granuleuse du protoplasma). Tout au centre de l'organe, enfin, on voit le tissu conjonctif hypertrophié et les parois vasculaires sclérosées.

IV

**Symptomatologie.** — Tous les auteurs constatent et déplorent le peu de netteté de la symptomatologie de l'affection. Toutefois, des observations publiées jusqu'à présent, on peut tirer un certain nombre de faits cliniques, susceptibles d'être rangés en deux groupes principaux :

1° *Signes tenant à la localisation pancréatique de l'infection.* — La douleur abdominale est un des plus constants et des plus importants. Elle est signalée dans presque toutes les observations. Son principal caractère est sa localisation à la région épigastrique. Elle peut cependant irradier dans l'hypocondre ou la région interscapulaire. Dans la région splénique ou dans la région hépatique, quand à la suppuration du pancréas se joint celle de la rate ou du foie, peut siéger exceptionnellement son maximum (cas de Frison, de Shea et de Bamberger). Comme variations, la douleur peut encore être diffuse, au lieu d'être nettement localisée; elle peut être très violente et paroxystique, ou sourde et continue; enfin, elle peut manquer, mais le cas est rare.

Le syndrome diabétique (glycosurie, polyurie, polydipsie et polyphagie) peut être observé. Il est cependant assez peu fréquent de le trouver au complet : c'est ainsi que, dans les observations de Frison et d'Atkinson, on ne trouve que la glycosurie, la polyurie et la polydipsie, tandis que la polyphagie se joint aux trois phénomènes précédents, dans l'observation de Nicolas. Il est facile de comprendre la rareté relative de ce signe. Les expériences récentes ont montré, en effet, que, pour produire les troubles de nutrition si marqués du diabète maigre, il fallait l'ablation complète du pancréas. Or, dans la plupart des observations publiées, la suppuration n'avait détruit qu'une partie de la glande, et il restait encore vers la périphérie des cellules en assez grand nombre pour assurer une sécrétion suffisante. Et même, il est fort probable que, dans bien des cas de suppuration du pancréas, dans lesquels on peut observer le syndrome diabétique, il se joint le plus souvent à l'abcès une lésion primitive, cancer ou autre, qui entre pour une grande part dans sa production.

La stéarrhée est déterminée, comme le signe précédent, par le fonctionnement insuffisant du pancréas. Le suc pancréatique est nécessaire pour émulsionner les graisses, et celles-ci ne sont absorbables qu'à l'état d'émulsion. Si donc la sécrétion de la glande se tarit, de par sa destruction, les graisses passent dans les selles sans être absorbées. Signalée par Harley dans la pancréatite suppurée, la stéarrhée y est quelquefois d'une constatation difficile, à cause de la diarrhée, qui est un des signes fréquents de l'affection.

L'amaigrissement rapide complète le tableau. C'est un des signes les plus constants. Il est dû à la fois à la destruction du pancréas et à la diarrhée profuse.

Enfin, un signe de grande valeur, quand il existe, est la découverte à la palpation d'une tumeur mate et profonde, occupant la région épigastrique. Manquant quelquefois, ce signe existait dans les cas rapportés par W. Paul, Atkinson, Thayer, Masser, etc.

2° *Signes dus à l'infection elle-même.* — La fièvre existe presque toujours. Elle se traduit par l'hyperthermie et l'accélération du pouls. L'élévation de la température varie : quelquefois assez considérable pour dépasser 40 degrés comme dans les cas de Nicolas, de Friedreich et de Bamberger, celle-ci peut rester à 38°7 ou même 38°5 (observations d'Etienne et de Drasche). Enfin, dans quelques cas, on peut trouver de l'hypothermie : il s'agirait alors probablement d'une infection due au bacterium coli.

Les frissons peuvent se joindre aux signes précédents. Ils ont été signalés quatre fois.

On a signalé de même, dans plusieurs observations, le facies grippé, la sécheresse de la peau (Perle) et l'albuminurie (Mass, Atkinson, Nicolas).

Les troubles digestifs sont fréquents et variés; ce sont : des nausées (signalées quatre fois), des vomissements (signalés neuf fois). Ces derniers peuvent présenter tous les degrés : aqueux, bilieux, incoercibles, assez souvent très violents. C'est encore : le hoquet (dû probablement à la péritonite qu'on a trouvée dans quelques cas), la diarrhée, qui est fréquente et parfois très intense. La constipation est très rare. Dans le cas de Riboli, elle alternait avec la diarrhée.

Enfin, le melæna et l'ictère, qui ont été également signalés, restent, en réalité, en dehors du cadre des pancréatites suppurées et reconnaissent comme vraie cause une ulcération du duodénum ou une infection du foie.

*La marche* de l'affection est rapide, et elle dépasse rarement dix jours, malgré son apparente durée dans quelques cas. Elle peut être modifiée par l'apparition de *complications*.

Locales, ces complications sont représentées par la destruction complète de la glande, et par les deux formes de péritonite localisée ou généralisée. La péritonite localisée paraît la plus fréquente : elle limite alors une collection purulente par des adhérences qui vont : du pancréas à la face postérieure de l'estomac (Klob, Drasche, Frison), du

pancréas à l'estomac et au duodénum (Drasche, Flitcher, Kilgour).

Les complications à distance sont : la phlébite porte, les abcès du foie et la thrombose de la veine splénique.

Enfin, les complications d'ordre général sont des accidents de pyo-septicémie, comme ceux qui ont été signalés dans l'observation d'Etienne.

V

**Diagnostic.** — Le diagnostic de la pancréatite suppurée est des plus malaisés. Il est basé surtout sur la localisation de la douleur, avec quelquefois sensation d'une collection profonde à l'épigastre, et sur l'existence de la fièvre.

« Quand la douleur, dit Etienne, siège dans la région épigastrique sans s'accompagner de phénomènes gastriques accentués, dans l'hypocondre sans accidents hépatiques, ni sans revêtir le type paroxystique de la colique hépatique; quand elle appartient à un complexus très rapide qui empêche de l'attribuer à un cancer du pancréas; quand elle est consécutive à des troubles gastro-intestinaux graves; quand elle s'accompagne d'un amaigrissement très rapide du malade, d'accidents d'ordre infectieux, la fièvre hectique surtout, on peut penser à la suppuration du pancréas. » De plus, l'existence de la glycosurie et de la stéarrhée peuvent encore guider le diagnostic, de même que l'apparition d'une poussée thermique intense au cours d'un cancer du pancréas antérieurement reconnu.

Dans plusieurs observations, le diagnostic exact avait été fait. Dans les cas de W. Paul et de Thayer, on décida même l'intervention chirurgicale, et les bons résultats obtenus ont montré toute l'importance qu'il y aurait à pouvoir reconnaître assez tôt l'affection.

Pour arriver à ce résultat, il faut, en résumé :

1° *Déterminer la localisation pancréatique de l'affection* et éliminer : l'ulcère de l'estomac avec sa douleur en broche, les intoxications aiguës, l'appendicite dont la douleur siège plus bas que celle de la pancréatite et où la tumeur est aussi plus bas placée, les obstructions intestinales, les coliques hépatiques et les affections douloureuses du foie, où on retrouve le plus souvent soit des déformations du viscère, soit de l'ictère, la péritonite enfin qui peut, d'ailleurs, compliquer la pancréatite suppurée.

2° *Il faut diagnostiquer la nature de la lésion pancréatique :* c'est encore l'association de la fièvre (quand elle existe) et de la douleur qui permettra de distinguer la pancréatite suppurée : des hémorragies pancréatiques, de la lithiase pancréatique, des kystes non suppurés du pancréas, et même du cancer du pancréas, dont le diagnostic peut être très malaisé, lorsque les symptômes ordinaires manquent jusqu'à la fin.

VI

**Pronostic.** — Le pronostic de la pancréatite suppurée est grave, puisque de tous les cas publiés jusqu'à présent, deux seulement, ceux de W. Paul et de Thayer, se sont terminés par la guérison. Mais il faut ajouter que, dans ces deux cas, il y avait eu intervention chirurgicale, et qu'il découle de ces faits que le pronostic de l'affection peut être heureusement modifié par le traitement.

VII

**Traitement.** — Le véritable traitement des suppurations du pancréas est le traitement chirurgical.

Dès 1887, Senn avait conseillé d'intervenir dans les suppurations du pancréas, et il avait fixé théoriquement le manuel de l'opération.

Il comprend deux temps principaux dont le premier est la découverte de la glande : pour ce faire, il faut, d'après Senn, commencer par une laparotomie médiane ombilicale, puis refouler en haut l'estomac et aller à la recherche du pancréas. Etant donné les adhérences qui peuvent unir les deux organes, les communications même qui peuvent exister entre les abcès pancréatiques et les cavités stomacale ou duodénale, étant donné aussi l'existence fréquente d'une collection purulente dans l'arrière-cavité des épiploons, il est aisé de concevoir la difficulté de cette manœuvre, et la nécessité qu'il y a de prévenir, par des mesures de précaution, l'infection généralisée du péritoine par ouverture prématurée, dans sa cavité, de l'abcès qu'il s'agit d'évacuer.

La glande mise à nu, il faut, d'après Senn, ne pratiquer l'ablation que si le mal est limité, et s'abstenir, si l'on constate l'existence d'abcès multiples. Dans les cas où l'extirpation de la partie malade est impossible (quand l'abcès siège dans le corps ou la tête de la glande, par exemple), il faudra établir une fistule permettant de drainer la cavité purulente.

Voici le manuel opératoire que propose l'auteur américain pour arriver à ce dernier résultat : faire d'abord la suture du péritoine pariétal aux bords cutanés de la plaie abdominale; on évite ainsi le contact du pus avec les masses musculaires de la paroi; suturer ensuite le péritoine pancréatique à la plaie pariétale ainsi préparée. Cette seconde suture permet d'isoler la voie que suivra le pus, et d'empêcher celui-ci de fuser dans la cavité péritonéale. La laxité du tissu prépancréatique en favorise l'exécution; l'éloignement de la glande de la paroi antérieure de l'abdomen la rend plus difficile; il faudra donc, pour la faire aisément, inciser assez largement la paroi, de façon à pouvoir mieux rapprocher du pancréas les lèvres de la plaie.

C'est seulement après ces deux premières mesures préventives qu'on incisera l'abcès. L'évacuation faite, on lavera la cavité et on drainera avec une mèche de gaze iodoformée. La diète sera nécessaire, pour que la distension de l'estomac ne vienne pas gêner l'établissement de la fistule.

Dans les cas où le pus aurait fusé dans le tissu rétropéritonéal, il serait rationnel de passer un drain en arrière, à travers la région lombaire. On poussera alors une pince dans la paroi postérieure de l'abcès, à travers son incision antérieure, et on pratiquera une contre-ouverture à l'endroit où la pince fera saillie. On peut également se servir de ce procédé, dans les cas simples, pour créer une fistule postérieure, quand il est difficile d'en établir une en avant.

Depuis le travail de Senn, l'opération a été tentée deux fois, et deux fois le succès a couronné l'entreprise. En 1895, W. Paul a retiré, après laparotomie, 600 grammes de liquide purulent, d'une poche pancréatique. Dans le liquide nageaient des fragments de pancréas, et dans le fond de la cavité se trouvaient la tête et la queue du pancréas qu'il détacha avec le doigt. Malgré cette destruction presque

complète de la glande, le malade survécut à l'opération et guérit.

La même année, Thayer fait une laparotomie exploratrice chez un homme de quarante-quatre ans, qu'il croit atteint de pancréatite suppurée. Il trouve, en effet, à l'angle supérieur de la plaie, une large cavité contenant du pus épais, brun, jaunâtre et du tissu graisseux nécrosé. Cette cavité s'ouvrait dans le pancréas. On draine et le pus coule pendant plusieurs jours. Puis l'état général du malade s'améliore, et, opéré le 5 juillet, il peut quitter l'hôpital le 27 septembre.

En résumé, on peut dire que, si, dans bien des cas, la symptomatologie des suppurations du pancréas manque un peu de précision et laisse le diagnostic hésitant, les bons résultats obtenus par l'intervention chirurgicale, dans les cas reconnus, semblent, jusqu'à preuve du contraire, autoriser la laparotomie en cas de doute : elle serait alors le dernier moyen d'investigation.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 12 juillet 1898)

### Thèses de doctorat.

**Mardi 12 juillet**, à une heure. — M. Chartier. Propagation du cancer du sein aux vaisseaux axillaires (indications cliniques et opératoires) (MM. Guyon, président; Budin, Bouilly et Maygrier). — M. Papon. Contribution à l'étude des déchirures incomplètes et récentes du périnée et leur traitement par l'emploi des serre-fines; — M. Templier. De la gastro-entérite des nourrissons (étude critique); — M. Pauly. Contribution à l'étude des phlébites variqueuses chez les femmes enceintes et nouvelles accouchées; — M. Stopin. Essai sur les métrorragies de la ménopause (MM. Budin, président; Guyon, Bouilly et Maygrier). — M. Fontaine. Contribution à l'étude des dangers présentés par l'usage de produits tuberculeux ou d'objets tuberculifères; — M. Kopp. Contribution à l'étude de la morti-natalité parisienne pendant les années 1891-1896 (MM. Proust, président; Joffroy, Hallopeau et Charrin). — M. Legay. Essai sur les rapports de l'organe auditif avec les hallucinations de l'ouïe (MM. Joffroy, président; Proust, Hallopeau et Charrin). — M. Saurel. Du pouls lent en général, et en particulier dans le surmenage et l'anémie (MM. Debove, président; Chantemesse, Gley et Thoinot). — M. d'Avellar. Les théories de l'immunité (revue critique); — M. Rousseau. Contribution à l'étude de l'innervation des muscles du voile du palais (MM. Chantemesse, président; Debove, Gley et Thoinot). — M. Dézon. De la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus; — M. Marato. Du traitement de l'hypospadias, et en particulier de l'hypospadias périnéo-scrotal (MM. Le Dentu, président; Berger, Brun et Poirier). — M. Baron (Paul). Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire; — M. Giacometti. Valeur séméiologique de l'exagération des réflexes dans le mal de Pott (MM. Berger, président; Le Dentu, Brun et Poirier). — M. Gloppe. Les crèches au point de vue de l'hygiène des enfants (MM. Cornil, président; Pouchet, Chassevant et André). — M. Belaubre. Des divers traitements des brûlures et contribution à leur traitement par l'acide pyrogallique; — M. Vassaux. L'acétate de thallium en thérapeutique; — Mme Gaboriau. Essai sur la genèse et l'évolution de la thérapeutique; — M. Richaud. Contribution à l'étude chimique, physiologique et thérapeutique de l'homocréosol (MM. Pouchet, président; Cornil, Chassevant et André). — M. Bratiano. Étude sur l'atrophie musculaire dans l'hémiplégie; — M. Aghavnian. Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hémiplégie organique; — M. Iscovescu. Contribution à l'étude des idées de jalousie dans le délire alcoolique; — M. Fuchs. Tuberculose du myocarde; — M. Durand. De l'arythmie palpitante dans le rétrécissement mitral (MM. Raymond, président; Rémy, Letulle et Weiss).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Thiroloix, Triboulet et Souques.

— MM. les docteurs Arami et Hervé (H.-M.V.), promus médecins principaux, serviront, le premier à Brest, en remplacement de M. Tardif, décédé; le second à Lorient, au lieu et place de M. Baril, retraité.

M. le médecin principal Mercier, du cadre de Cherbourg, passera, sur sa demande, au port de Lorient.

MM. les docteurs Legendre et Bonnefoy, promus médecins de première classe, seront affectés à Lorient.

— Le IXe Congrès des aliénistes et neurologistes français se tiendra à Angers, du 1er au 6 août 1898.

La séance d'ouverture aura lieu dans la salle des Fêtes à l'Hôtel de Ville. Les autres séances auront lieu à l'École de médecine où le secrétariat se trouvera également pendant la durée du Congrès.

Les ordres du jour sont réglés comme suit :

*Lundi 1er août.* — Matin dix heures : séance solennelle d'ouverture à la mairie. — Soir deux heures : École de médecine. Constitution du bureau. Nomination des deux vice-présidents et des secrétaires des séances. Compte rendu financier de 1897. Nomination d'une commission pour le choix des questions à mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1899. — Première question : « Les troubles psychiques post-opératoires. » (Rapporteur, M. Rayneau.) Discussion.

*Mardi 2 août.* — Matin neuf heures : deuxième question : « Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux. » (Rapporteur, M. Coulon.) Discussion. — Soir deux heures : suite de la discussion sur la deuxième question. Communications diverses. — Soir sept heures : banquet par souscription du Congrès.

*Mercredi 3 août.* — Matin neuf heures : troisième question : « Les délires transitoires au point de vue médico-légal. » (Rapporteur, M. Vallon.) Discussion. — Soir 3 heures : Visite de l'Asile départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Dîner offert par l'administration de l'Asile à MM. les congressistes. Représentation théatrale. Feu d'artifice.

*Jeudi 4 août.* — Matin neuf heures : choix du siège du Congrès pour 1899. Élection du président et du secrétaire général. Choix des questions à mettre à l'ordre du jour. Nomination des rapporteurs. Communications diverses. — Soir une heure : Visite de la ville d'Angers et des principaux monuments.

*Vendredi 5 août.* — Matin neuf heures : communications diverses. — Soir une heure : visite aux Ardoisières de Trélazé.

*Samedi 6 août.* — *Excursion à Saumur* : réception par la municipalité; visite de la ville et de l'école de cavalerie; visite de l'abbaye de Fontevrault, aujourd'hui maison centrale; du château de Montsoreau, Candes, embouchure de la Vienne.

*Dimanche 7 août.* — *Excursion en bateau à vapeur.* Visite des bords de la Loire : châteaux de la Baumette et de Châteaubriant, La Pointe, Behuard, La Possonnière, Chalonnes, Champtocé (ruines du vieux château de Barbe-Bleue), Montjean, Ingrandes, Saint-Florent-le-Vieil. Déjeuner à bord. Clôture du Congrès.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 79. — MARDI 12 JUILLET 1898. 71e ANNÉE. MARDI 12 JUILLET 1898. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas jeudi.



Paris, le 11 juillet 1898.

Dans son numéro du 21 juin, la *Gazette des hôpitaux* dénonçait avec raison les abus commis à l'hôpital Dubois par suite de l'admission de malades aisés, souvent même riches, qui s'y font traiter sans pudeur et avec une désinvolture qui frise l'absence de tout sens moral.

On pourrait facilement accumuler les faits, écrire des pages sur ce sujet ; la conclusion est une et simple : l'Assistance publique est indignement exploitée par nombre de malades, étrangers ou non à la ville de Paris, qui grèvent son budget et accroissent ses charges déjà très lourdes, car il faut bien qu'on le reconnaisse, avec les exigences actuelles de la chirurgie, payant ou non le malade *coûte toujours à l'hôpital*.

L'Assistance publique exploitée ! c'est-à-dire les pauvres d'une part, les médecins qui les soignent d'autre part, et enfin tout le corps des praticiens de la ville dont la situation devient, par ces abus, de plus en plus difficile.

En fait, les intérêts de tous sont lésés : ceux des chirurgiens par l'admission des malades qui ont une opération à subir ; ceux des médecins par le simple traitement à l'hôpital. Vouloir réprimer de tels abus, ce serait quelque peu (n'aurait-on pas d'ailleurs raison ?) plaider *pro domo nostra.* Mais il n'en est plus de même, et là je me trouve très à l'aise quand il s'agit de prendre les intérêts de l'Assistance et des praticiens, de ceux que l'on est convenu d'appeler les médecins de quartier.

Aussi pour faire suite à l'article du 21 juin, il y a lieu d'attirer l'attention sur ce qui se passe dans les consultations gratuites des hôpitaux, sujet de légitimes revendications de nos confrères.

Posons d'abord en principe que le droit de l'indigent, du nécessiteux, ou même, pour être large, du malade peu aisé, que le droit à la gratuité des soins est absolu et en aucun cas nous ne pourrions admettre qu'il en fût autrement : élus du concours, praticiens en vue ou médecins plus modestes, tous, je pense, nous nous sacrifions maintes fois à des idées d'humanité qui font partie intégrante de notre valeur professionnelle.

Mais en doit-il être de même quand, poussé par une avarice à peine dissimulée, le malade vient prendre notre temps, épuiser les ressources des pauvres, charger le budget de l'Assistance et du même coup priver le médecin habituel des avantages que peut lui procurer l'exercice de sa profession? La réponse ne saurait être douteuse.

Malheureusement il n'est pas plus douteux que les consultations bien dirigées et régulièrement organisées des hôpitaux deviennent de plus en plus le rendez-vous de malades aisés que l'on s'indigne de trouver en pareil lieu. Interrogés, les uns répondent avec hauteur, ne comprenant pas que leur conduite soit blâmable ; d'autres avouent naïvement qu'ils pourraient prendre les conseils d'un médecin de la ville, rémunérer ses soins, mais qu'ayant la possibilité d'avoir les avis d'un « Maître », et cela gratuitement, ils n'hésitent pas à déchoir de leur dignité et à se présenter au milieu des indigents.

Sans doute beaucoup de ces malades ne pourraient « honorer » le consultant, mais beaucoup pourraient recourir aux soins de praticiens instruits, car très souvent le cas, qui ne nécessite pas l'hospitalisation, est léger et ne sort pas de la compétence de nos confrères.

On peut affirmer que dans les hôpitaux de certains quartiers le nombre de ceux qui viennent ainsi dérober une consultation s'élève au cinquième du nombre total des consultants. Et encore faut-il compter avec la catégorie des malades qui ne reculent pas devant un voyage onéreux, un séjour à Paris dispendieux et qui venus de province, de Philippeville et de plus loin encore (j'en ai des exemples), viennent honteusement mendier une consultation à l'hôpital. Combien encore, traités au dehors, viennent faire contrôler les soins qu'ils reçoivent de leur médecin !

D'ailleurs pourquoi insister? Tous nous savons ce qui se passe, et si nous n'en souffrons pas, plus favorisés par notre situation, nous devons prendre en main les intérêts de la profession pour lui conserver le rang et la considération auxquels elle a droit.

Quant au remède, il est simple : impossibilité pour les malades aisés de se présenter à l'hôpital en n'admettant qu'une exception : celle où le médecin de la ville envoie lui-même le malade. Mais ici nos confrères de la ville, et plusieurs (voir Soc. méd. du IXe arrondissement) le reconnaissent, portent souvent préjudice à leurs intérêts. Trop souvent ils adressent à l'hôpital un malade fortuné pour

obtenir un conseil, se débarrasser de ses obsédantes questions, ou s'éviter de pratiquer une opération même minime. C'est là une faute, car le malade a été conduit par son médecin sur le chemin de l'hôpital ; il le reprend spontanément le lendemain, il ne devient plus possible au chirurgien de le renvoyer, et à la prochaine maladie, par une douce et prévoyante habitude, le malade se présente à nouveau à la consultation gratuite, sans même prendre l'autorisation ou les conseils de l'imprudent confrère qui l'y a adressé une première fois.

Une entente serait nécessaire : loin de nous l'idée de jamais refuser des soins gratuits à un malade même aisé, si nos confrères nous en prient ; mais alors qu'une lettre d'introduction, un passe-port lui ouvre les portes de l'hôpital et que, le gros danger passé, le malade soit renvoyé à son médecin pour le traitement consécutif. Voilà ce qui serait juste, loyal et humain : tout notre temps, notre expérience réservés aux cas graves et aux indigents.

En dehors de ces cas, le chirurgien ou l'assistant de consultation doit-il refuser son concours aux malades fortunés? Le point est délicat, car nous ne sommes pas armés contre le conflit que pourraient susciter les exigences cyniques du malade, fort de son droit quelque abusif et immoral qu'il puisse être.

En fait, c'est à l'Assistance de défendre son bien, et la science de ses chirurgiens ou médecins en fait partie : et puisqu'elle sait faire une enquête pour accorder ou *refuser* un bon de bains ou de médicaments au malade qui a *obtenu* une consultation gratuite, elle doit pouvoir s'assurer que, pour obtenir ce bon, le malade était en droit de le solliciter, c'est-à-dire de demander une consultation gratuite.

Qu'on exige un permis de consulter, une quittance de loyer, ceci est affaire purement administrative : ce que nous devons demander, c'est de pouvoir refuser nos soins quand il y a abus flagrant, mieux même, de n'avoir pas à les refuser, le malade fortuné n'ayant pu franchir la porte de l'hôpital.

Ce serait l'équité, la justice et mieux la morale : sommes-nous près du but? Le vœu récent du Conseil supérieur de l'Assistance publique, le large esprit du nouveau directeur de l'Assistance publique pourraient le faire supposer.

D'ailleurs, pourquoi ne pas obtenir ce que la moindre ville de province, ce que l'étranger regardent comme une règle formelle? Bien plus, dans nombre de pays étrangers, une large pancarte est affichée dans la salle de consultation :

*La consultation est gratuite pour les indigents de la ville,*

et les autres malades « honorent le chirurgien » suivant leurs ressources.

Nous ne demandons pas cela : ce qui est bon en province ne l'est pas à Paris où les indigents sont assez nombreux pour encombrer les services, et tout soin d'assistance rémunéré est un vol fait aux pauvres ; aucun malade ne doit payer à la consultation, sous peine de compromettre gravement les intérêts des médecins au profit de quelques-uns.

Mais en attendant mieux, en attendant que l'Administration prenne sur elle de distinguer les malades qui ont droit ou non à ses soins, espérant qu'il existe encore un peu de sens moral, même chez les gens qui souffrent, nous pourrions demander une réforme qui serait peut-être insuffisante, mais aurait le grand avantage de pouvoir être appliquée dès demain : l'affichage de l'avis précité.

Et pour bien montrer que nous voulons être larges dan son application, que nos sentiments d'humanité ne sont pas au-dessous de la haute moralité qui honore le corps médical, nous proposons l'apposition dans les salles de consultation de l'avis suivant :

*La consultation est réservée aux malades nécessiteux,*

dont les termes atténués ne pourraient blesser personne.

Il affirmera suffisamment à la fois le droit du corps médical et notre désintéressement.

En autorisant cette réforme, M. le directeur de l'Assistance publique justifierait la confiance que le corps médical lui a déjà spontanément accordée.

P. THIÉRY,
Agrégé, chirurgien des hôpitaux.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance courte et peu d'assistants à la Société médicale des hôpitaux, vendredi dernier; on sent l'approche des vacances.

M. Comby rapporte un fait qui montre bien qu'on ne doit se servir de l'**acide phénique** qu'avec une grande réserve chez les enfants, et que mieux vaut avoir recours chez eux à quelque autre antiseptique. Un enfant de cinq ans présentait, à la suite d'une angine simple, une otite moyenne suivie de perforation du tympan et d'otorrhée. On ordonne des injections dans le conduit auditif, six fois par jour, avec une solution d'acide phénique à 1 p. 66 (15 p. 1000), des instillations avec de la glycérine phéniquée à 1 p. 20, et des bains d'oreille dans la solution phéniquée précédente. Ce traitement fut ponctuellement exécuté pendant dix jours. A ce moment, il survint de l'hématurie persistante.

On sait que le streptocoque, agent pathogène de **suppuration**, est aussi l'agent pathogène de l'**érysipèle** ; M. Ménétrier vient de faire sur lui-même une expérience involontaire qui démontre une fois de plus l'origine commune de ces deux ordres d'accidents. Il venait de faire l'opération de l'empyème ; éprouvant une démangeaison à l'entrée du conduit auditif, il se gratta sans remarquer que son doigt était couvert de sang. Le soir même, il éprouvait une légère cuisson ; le lendemain, l'antitragus était tuméfié ; le surlendemain, l'oreille entière présentait une rougeur véritablement érysipélateuse. La poussée érysipélateuse ne s'arrêta que le dixième jour, après avoir envahi une partie de la peau du crâne. La fièvre avait atteint les environs de 39 degrés. Sous l'influence sans doute d'une sortie trop hâtive, une poussée secondaire envahit le front.

Il est à remarquer que l'inoculation faite aux animaux avait indiqué une virulence faible du pus de la plèvre. La marche ultérieure de la pleurésie montra cependant une virulence que l'auto-inoculation accidentelle faite par M. Ménétrier avait du reste démontrée d'une autre façon. Il n'est pas rare, déclare M. Netter, dont on connaît la grande compétence dans cet ordre de questions, que le streptocoque que des inoculations démontrent peu virulent pour les animaux soit, au contraire, très virulent pour l'homme, et réciproquement. Il est donc impossible de conclure des animaux à l'homme : c'est là une donnée qui ne manque pas d'une certaine importance à une époque où l'expérimentation vient souvent au secours de l'observation clinique.

MM. Albert Mathieu et Sikora ont observé un fait d'**œdème névropathique aigu** à la suite d'une intoxication légère par

l'oxyde de carbone. L'intoxication par cet agent donne lieu souvent à des névrites périphériques et à bien d'autres accidents nerveux, et il n'y a rien d'étonnant à ce que, parmi ses conséquences, on puisse relever un œdème aigu tout à fait analogue aux œdèmes hystériques.

---

## UN CAS DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE (1)

Par M. FLORAND, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Il nous a paru intéressant de rapporter à la Société un nouveau cas de méningite cérébro-spinale, que je viens d'observer à Clichy avec mon confrère le docteur Knopf, qui a bien voulu m'en envoyer la relation.

Il s'agit d'une jeune fille de treize ans, sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés.

Ses parents ont remarqué que depuis quelques semaines elle était mal en train, nonchalante, moins disposée que de coutume à se lever de bonne heure et à travailler.

Quinze jours avant le début de la maladie, elle aurait eu mal au nez : rougeur et gonflement de cet organe à sa partie supérieure sans écoulement d'aucune sorte.

Dans la journée du 29 mai, elle se plaint pour la première fois de douleurs de tête avec douleurs d'estomac et demande à se coucher quelques instants.

Dans la nuit du lundi au mardi (du 30 au 31 mai) elle est reprise subitement de céphalalgie violente avec vomissements et ne se lève plus à partir de ce moment.

La céphalalgie a persisté violente pendant toute la durée de la maladie. Les vomissements ont cessé le dimanche suivant (5 juin).

Le docteur Knopf voit la malade pour la première fois le 4 juin.

Il la trouve dans un état de somnolence très accentué. Elle est dans le décubitus dorsal. Elle répond, mais avec peine, aux questions et se plaint surtout de maux de tête et de douleurs d'estomac avec vomissements. État saburral de la langue. Constipation. Pouls fréquent, régulier. Température rectale, 39 degrés. Pas de photophobie. Rien d'anormal du côté des pupilles. Rien de particulier du côté du rhytme respiratoire.

Dès le lendemain 6 juin, on constate une raideur très accentuée de la nuque et du tronc.

Je vois la malade avec mon confrère pour la première fois le 7 juin. Elle est ou dans le décubitus dorsal ou bien couchée sur le côté en chien de fusil, dans un état de demi-somnolence, les yeux un peu entr'ouverts. Elle répond avec beaucoup de peine par un ou deux mots aux questions qui lui sont posées. Sa tête est renversée en arrière, il est impossible de la redresser et toute tentative faite pour y arriver fait crier la malade. Elle se plaint d'ailleurs non seulement de sa tête, mais de son dos qui est très raide et surtout de sa nuque. Elle paraît avoir un peu d'hyperesthésie de la peau; sa langue est blanche, humide; sa déglutition est très difficile, presque impossible ; raie méningitique accentuée ; aucun phénomène de paralysie du côté des membres ; pouls toujours fréquent; pas de respiration de Cheyne-Stokes ; bâillements ; pupilles dilatées égales, semblant ne pas réagir à la lumière.

Au diagnostic de méningite posé par le docteur Knopf, j'ajoute la qualification de cérébro-spinale en me basant sur la raideur douloureuse du cou et de la nuque et l'absence de tous phénomènes dépendant de lésions de la base. Pas de délire. Quelques paroles sans suite pendant la nuit, avec légères hallucinations.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

Le 8 juin, l'état est sensiblement le même. Les parents nous racontent que, dans la soirée d'hier, la malade est restée trois quarts d'heure environ sans pouvoir articuler un son. Elle s'est encore levée seule il y a deux jours pour changer de lit.

Sa somnolence est plus prononcée. On constate une douleur assez vive à la pression de la face interne du genou droit.

Le 9 juin, la somnolence s'est accentuée. On constate pour la première fois une paralysie du côté droit, très marquée surtout au bras.

Le côté gauche exécute, au contraire, tous les mouvements spontanés ou provoqués.

La malade reste dans le décubitus dorsal, et paraît dans cette situation dans la résolution flaccide complète.

Dès que l'on cherche à l'asseoir, sa nuque et son dos deviennent très raides. Sa tête se renverse en arrière et il est impossible de la redresser. La malade accuse des douleurs très vives dans cette région.

Dans cette situation, les jambes qui étaient étendues et flasques alors que la malade était couchée, se fléchissent légèrement sur les genoux et il est tout à fait impossible de les étendre. Il existe une contracture très appréciable, douloureuse et impossible à vaincre (signe de Kernig).

La respiration reste régulière, mais elle est superficielle et haletante. Le pouls est toujours fréquent et régulier. Les yeux sont fermés. Quand on soulève les paupières on remarque un léger nystagmus. Les pupilles sont toujours dilatées et immobiles. La déglutition est tout à fait impossible.

Il n'existe rien d'anormal à l'auscultation du poumon.

Depuis deux jours incontinence d'urine.

Le 10 juin, la malade est dans le coma avec paralysie droite plus marquée.

Il existe un peu de déviation de la tête et des yeux tournés vers le côté gauche.

La respiration est bruyante, stertoreuse, mais toujours régulière. Le pouls reste très fréquent, 130 à 140.

La raideur du cou et celle de la nuque deviennent extrêmement marquées dès que l'on fait asseoir la malade.

Le docteur Netter, qui vient avec nous voir la malade, pratique la ponction lombaire.

Il s'écoule par l'aiguille très rapidement 10 centimètres cubes environ d'un liquide clair mais moins limpide cependant que le liquide céphalo-rachidien normal.

L'aiguille est retirée dès que la quantité voulue du liquide est recueillie. Au bout d'un quart d'heure de repos des éprouvettes, on y aperçoit déjà quelques flocons.

On recueille également du sang de la pulpe du doigt et du mucus nasal.

Après notre visite, le coma va s'accentuant de plus en plus, la respiration devient tout à fait stertoreuse et la malade meurt vers onze heures du soir sans convulsions et sans avoir présenté aucun autre phénomène nouveau digne d'être rapporté.

L'examen bactériologique fait par le docteur Netter, et qui sera ultérieurement communiqué avec plus de détails, a confirmé le diagnostic de méningite cérébro-spinale porté pendant la vie.

En effet, si l'examen immédiat des flocons donne des résultats peu satisfaisants, on a trouvé dans les tubes laissés à l'étuve sans aucune addition des cocci nombreux disposés par paires et formant parfois de petites chaînettes.

Les tubes de bouillon encemencé donnent naissance au bout de trente-six heures à un développement appréciable de méningocoques.

Une souris, inoculée sous la plèvre, a présenté des méningocoques dans le sang.

La culture du sang de la pulpe du doigt donne lieu au

développement des mêmes micro-organismes dans un tube sur trois.

Enfin le mucus nasal ensemencé contient surtout du staphylocoque pyogène blanc et jaune.

Ajoutons que ce cas est le premier observé, à Clichy, par le docteur Knopf, dans sa clientèle. Il soigne dans le voisinage une pneumonie lobaire et plusieurs cas de scarlatine.

## THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

### Hémorragie ombilicale chez le nouveau-né.

Nous extrayons d'un travail de M. Dauchez, paru dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, lesconclusions suivantes :

L'omphalorragie se produit avant ou après la chute du cordon.

Elle peut être la conséquence :

1° D'une ligature insuffisante du cordon;

2° D'un obstacle à la circulation pulmonaire (atélectasie pulmonaire, maillot trop serré, faiblesse congénitale);

3° D'une lésion du foie ou du cœur (malformation du cœur gauche, foie syphilitique);

4° D'une cause générale (septicémie avec ictère, hémophylie, abus des alcalins pendant la grossesse. Dans ce cas, l'omphalorragie s'accompagne d'hémorragies intestinales, ou vésicales, ou rénales, ou vulvaires, parfois de pétéchies, souvent de fièvre).

Dans le premier cas, on se hâtera de jeter une nouvelle ligature pratiquée au fil ciré. Le maillot sera desserré dans le second cas. Une révulsion puissante (flagellation froide, balnéation froide de quelques secondes, frictions vinaigrées, cataplasmes sinapisés sur le dos, suivis d'enveloppements ouatés) déterminera le réflexe respiratoire.

Le pronostic est très souvent fatal dans les troisième et quatrième cas. Néanmoins, on agira localement :

1° En comprimant localement à l'aide du pouce et d'un tampon exprimé de coton hydrophile imbibé de liqueur de Van Swieten, pendant une demi-heure.

2° Le reste de la journée, la compression sera pratiquée à l'aide de coton hydrophile, imbibé de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Antipyrine . . . . . . . . | 1 à 2 grammes. |
| Eau distillée . . . . . . . | 10 — |

3° Les jours suivants, on enduira des rondelles d'ouate, entre lesquelles seront interposées des rondelles d'amadou, ou une pièce de monnaie (le tout fixé par une bande élastique ou une large bande de diachylum), de la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Extrait de sureau. . . . . . . . | 1 gramme. |
| Alun calciné . . . . . . . . . | 50 centigr. |
| Onguent populeum. . . . . . . | 16 grammes. |

4° Enfin, on fera sécher la plaie avec la poudre suivante :

| | |
|---|---|
| Iodoforme déodorisé. . . . . . . | 1 gramme. |
| Quinquina pulvérisé. . . . . | } *ââ* 5 — |
| Benjoin pulvérisé . . . . . | } |
| Carbonate de magnésie. . . . | } |
| Essence d'eucalyptus. . . . . . . | Q. S. |

5° S'il y a urgence et danger pour la vie, on liera la région ombilicale, soit avec une pince hémostatique, soit avec deux épingles d'argent se traversant en croix par transfixion à la base de l'ombilic et rapprochées par un fil passant sous elles.

La cautérisation ignée improvisée suffira parfois, suivie de compresses froides et d'injections d'éther ou d'ergotine.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1898. — Présidence de M. Berger.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR L'INCISION DU CUL-DE-SAC VAGINAL POSTÉRIEUR

M. SCHWARTZ a eu recours à l'incision du cul-de-sac de Douglas pour les abcès pelviens bombant dans le vagin, ou même pour des collections purulentes siégeant assez haut, mais encore abordables par le vagin. Il a eu des guérisons et des insuccès : chez une malade, une hémorragie assez vive se produisit; chez une autre, après l'incision d'une poche, une seconde se développa, et une nouvelle colpotomie, faite par un autre chirurgien, fut suivie de mort dans les vingt-quatre heures. Récemment, enfin, au cours d'une colpotomie, il ouvrit successivement deux poches, puis mit un drain et fit un lavage : le liquide ne ressortit pas. Immédiatement, il pratiqua la laparotomie et trouva son drain libre dans le ventre.

Au point de vue des effets lointains, il mentionnera encore le cas d'une femme colpotomisée il y a sept ans pour une annexite droite suppurée; cette malade a eu, il y a deux ans, un accès de péritonite grave, et il a fallu la réopérer récemment.

En somme, M. Schwartz n'est pas très partisan de la colpotomie, et, à moins de cas exceptionnels de collections suppurées pointant dans le vagin, il préfère encore avoir recours à la laparotomie.

M. BAZY réserve l'incision vaginale aux collections uniques, limitées au cul-de-sac postérieur ou aux lésions récentes aiguës. Dans les autres cas, mieux vaut avoir recours à une intervention plus complète, telle que la laparotomie ou l'hystérectomie. Pour sa part, il reste partisan de la laparotomie qui permet de mieux voir, de mieux se rendre compte des lésions. Il base cette pratique sur les examens minutieux anatomo-pathologiques qu'il a faits depuis plusieurs années.

### COMMUNICATIONS

**Traitement de l'appendicite.** — M. POIRIER pense que la question de l'intervention, dans les cas de péritonite purulente généralisée, consécutive à l'appendicite, n'est pas complètement élucidée, et c'est la seule raison pour laquelle il rapporte le cas suivant : au sixième jour d'une appendicite compliquée de péritonite généralisée, malgré l'absence de toute espérance, et sur la demande de la famille, il a opéré. La péritonite était suppurée et généralisée, l'appendice gangrené. Après résection de celui-ci, il a lavé et drainé la cavité péritonéale. Le malade, qu'il croyait voir succomber dans la journée, survivait encore le lendemain; il lui injecta 1500 grammes de sérum. Le mieux alla s'accentuant, et, le septième jour, la guérison était assurée, lorsque, au cours d'un pansement, une hémorragie se fit, ayant pour point de départ la veine circonflexe iliaque, et emporta le malade dans la journée, avant que l'on ait pu le prévenir.

A ce propos, M. Poirier donne encore les règles de sa pratique en matière d'appendicite : 1° il est d'avis qu'il faut toujours et de suite opérer l'appendicite; 2° il estime que l'appendice doit toujours être cherché et enlevé; 3° enfin, il recommande, pour l'atteindre, d'aller à la recherche de cet organe en pratiquant le décollement sous-péritonéal dans la fosse iliaque, comme pour la ligature de l'iliaque externe. Par ce mode de recherche *a posteriori*, on peut palper toute la région entre la main sous-péritonéale et la main abdominale, et sentir ainsi l'appendice. La collection trouvée, si elle existe, on l'ouvre d'arrière en avant.

M. RECLUS pense que la recherche de l'appendice doit

autant que possible être faite, mais il ne faut pas s'y acharner; depuis 1890, il l'a laissé dans les deux tiers des cas et n'a pas eu de récidive. En somme, les récidives sont des exceptions et ne doivent pas autoriser à faire de trop grands délabrements.

Quant à la question de l'opportunité de l'intervention, il diffère avec M. Poirier, en ce sens qu'il estime qu'il est préférable, dans la très grande majorité des cas, d'attendre la cessation des accidents aigus pour intervenir à froid : c'est le meilleur moyen de ne pas inoculer le péritoine.

M. BRUN, sans vouloir entrer dans la discussion générale du meilleur mode de traitement de l'appendicite, trouve, dans la communication de M. Poirier, quelques points auxquels il désire répondre.

Pour ce qui est, tout d'abord, de la recherche de l'appendice dans les abcès péri-appendiculaires, il croit qu'il faut la pratiquer le plus souvent possible, sa résection mettant seule à l'abri d'une récidive. M. Reclus a dit que, sur les nombreux malades qu'il avait opérés par simple ouverture du foyer, aucun n'avait eu de crise nouvelle. M. Brun peut, en revanche, citer, dans sa pratique personnelle, trois exemples d'enfants qui, opérés dans ces mêmes conditions, ont dû plus tard subir l'appendicectomie : deux pour fistule persistante, un pour réapparition de plusieurs crises inquiétantes. Il croit donc la recherche de l'appendice utile et la pratique toujours lorsqu'il est appelé à intervenir dans les premiers jours qui suivent la formation de l'abcès. Il n'a, à la suite de cette pratique, jamais observé d'accidents et n'a, en particulier, jamais vu se produire l'inoculation péritonéale redoutée de plusieurs de ses collègues. Il est des cas, toutefois, où il limite son intervention à la seule ouverture du foyer purulent, c'est lorsqu'il se trouve tardivement en présence d'appendicites à forme lente, à marche insidieuse, où il est exposé à rencontrer de petits foyers multiples isolés, limités par des anses intestinales altérées et ramollies. Il s'abstient, dans ces cas, de toute recherche appendiculaire, craignant alors moins l'infection péritonéale généralisée, que les ruptures intestinales et les fistules pyo-stercorales consécutives.

Pour ce qui est de savoir si toute appendicite diagnostiquée doit être immédiatement opérée, M. Brun ne partage nullement l'opinion formulée par M. Poirier. Là encore, tout dépend de l'âge de l'appendicite. Si le chirurgien est appelé au début, dans les quatre ou cinq premiers jours, toujours il doit commencer par instituer le traitement médical (repos absolu, diète, glace sur le ventre, morphine), et, dans la très grande majorité des cas, les accidents s'amendent et l'on peut pratiquer plus tard la résection à froid. Le traitement médical est si souvent efficace que, depuis qu'il est pratiqué de bonne heure, le nombre des appendicites que M. Brun a été obligé d'opérer d'urgence, a considérablement diminué. Les enfants, envoyés plus tôt par les médecins de la ville, ont presque toujours leur crise aiguë jugulée et subissent, trois semaines ou un mois après, la résection appendiculaire qui, jusqu'à présent, s'est toujours montrée entre ses mains sans danger. Il croit, toutefois, qu'il ne convient pas de prolonger outre mesure l'épreuve du traitement médical, et, lorsque, après vingt-quatre ou quarante-huit heures de ce traitement, il ne survient aucune modification dans la température, il faut intervenir sans hésiter.

Il est, enfin, une catégorie où l'opération, aussi prompte que possible, s'impose, c'est lorsqu'on se trouve en présence d'une appendicite avec phénomènes septicémiques. Dans ces cas, qu'on arrive assez aisément à distinguer à la rapidité et à la faiblesse du pouls, au facies spécial, au peu de réaction douloureuse du côté du ventre, on n'obtiendra de guérison qu'à la condition d'opérer à une période aussi rapprochée que possible du début des accidents. Dans des cas en apparence désespérés, M. Brun a obtenu quatre guérisons qui ne sont dues qu'à la promptitude de son intervention.

### PRÉSENTATIONS

**Extirpation du ganglion de Gasser.** — M. GÉRARD-MARCHANT montre un malade auquel il a extirpé le ganglion de Gasser pour une névralgie rebelle des téguments, par le procédé de M. Quénu. Le résultat thérapeutique obtenu est parfait et le malade n'est nullement défiguré.

**Suture artérielle.** — M. GÉRARD-MARCHANT montre un malade auquel il a pratiqué, pour un anévrysme artérioso-veineux du pli du coude, d'origine récente et consécutif à une plaie, la suture de l'humérale. La guérison est complète.

M. RICARD fait remarquer que le pouls radial est singulièrement affaibli, du côté opéré, et que rien ne prouve que la suture faite par M. Marchant n'ait pas amené l'oblitération de l'artère, comme l'eût fait une ligature, car les faibles pulsations perçues peuvent être attribuées à la circulation collatérale.

M. POIRIER fait remarquer que la fémorale ne bat plus au-dessous du pli du coude.

**Extirpation des deux sympathiques cervicaux pour goitre exophtalmique.** — M. SCHWARTZ montre une malade à laquelle il a pratiqué successivement l'extirpation du sympathique cervical gauche, puis droit.

L'opération a été laborieuse, les ganglions nerveux étant dans une atmosphère celluleuse indurée.

Le résultat thérapeutique est encore imparfait, mais l'amélioration est indiscutable.

M. GÉRARD-MARCHANT ajoute qu'il en est à sa onzième opération de ce genre, et que l'amélioration est la règle après un temps plus ou moins long.

La séance est levée.

---

## HOPITAUX DE PARIS

### Les concours de l'Externat et de l'Internat. — Conditions d'admission. — Fonctionnement des jurys.

I. *Externat.*

Tout étudiant qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans une des Facultés françaises de l'État, peut se présenter au concours pour les places d'élève externe.

Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions; 2° son acte de naissance; 3° un certificat de revaccination dûment légalisé et portant une date récente; 4° un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Pour les places d'élève, les étrangers peuvent concourir et obtenir leurs nominations en satisfaisant aux conditions exigées.

Les élèves externes sont nommés pour trois ans. Ceux qui ont accompli leur temps d'externat et qui n'ont pas été reçus internes peuvent se présenter de nouveau pour concourir. Ne pourront plus, toutefois, prendre part au concours, les élèves externes qui auront été déjà admis à accomplir une deuxième période d'exercice.

Les candidats qui désirent prendre part au concours devront se présenter au secrétariat général de l'Administration pour obtenir leur inscription en déposant leurs pièces. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne sera point accueillie.

Le jury des concours pour les places d'élèves externes en médecine se compose de dix membres, dont quatre médecins, 3 chirurgiens et un accoucheur.

La désignation de ces huit membres aura lieu comme il suit :

Les quatre médecins seront tirés au sort parmi les médecins des hôpitaux nommés dans l'année et les deux médecins adjoints du service des aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. Dans le cas où le nombre des médecins des hôpitaux nommés dans l'année serait inférieur à six, on complétera ce nombre : d'abord par les médecins des hôpitaux les moins anciens qui n'auraient pas encore fait partie du jury de l'Externat ; ensuite, et s'il y a lieu, par les médecins des hôpitaux ayant été déjà juges de l'Externat en commençant par les moins anciens et dans l'ordre suivant : d'abord ceux qui auront été une fois juges, puis ceux qui l'auront été deux fois, et ainsi de suite, à l'exception cependant de ceux qui auraient fait partie du jury de l'Externat l'année précédente.

En aucun cas, le jury ne comprendra plus d'un médecin adjoint du service des aliénés.

En ce qui concerne les trois chirurgiens et l'accoucheur, seront tout d'abord désignés les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux nommés dans l'année, puis, à défaut d'un nombre suffisant de ces membres, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux les moins anciens qui n'auraient pas encore fait partie du jury de l'Externat et enfin les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux ayant déjà été juges de l'Externat, en commençant par les moins anciens et dans l'ordre ci-après : d'abord ceux qui auront été une fois juges, puis ceux qui l'auront été deux fois, et ainsi de suite, à l'exception cependant de ceux qui auront fait partie du jury de l'Externat de l'année précédente.

Les épreuves sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive. Il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ;

2° Une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé à vingt.

Les questions sont rédigées par le jury avant l'ouverture de la séance et tirées au sort entre trois au moins. Les questions sorties sont les mêmes pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance.

Pour le jugement des deux épreuves du concours, le jury se dédouble en deux sections qui sont chargées, l'une de juger l'épreuve d'anatomie, et l'autre de pathologie. La section d'anatomie comprend deux médecins et deux chirurgiens; la section de pathologie, deux médecins, un chirurgien et un accoucheur.

Les deux sections du jury sont déterminées par un tirage au sort effectué à l'ouverture de la première séance du concours.

Dans cette même séance, et immédiatement après la constitution des deux sections du jury, celui-ci détermine, comme il est dit ci-après, l'ordre dans lequel les candidats seront appelés à subir leurs épreuves devant chacune des deux sections.

La liste des candidats rangés par ordre alphabétique étant divisée en deux moitiés, un tirage au sort désigne celle des deux moitiés qui sera attribuée à la section d'anatomie et celle qui sera attribuée à la section de pathologie.

Il est ensuite fait, dans chacune de ces moitiés et d'après l'ordre alphabétique, des séries de cent, et un nouveau tirage au sort détermine l'ordre dans lequel ces séries seront appelées à subir les épreuves. Ces séries, ainsi que l'ordre suivant lequel elles seront appelées à subir les épreuves, sont affichées après la séance.

Chacune des deux sections du jury fonctionne ensuite séparément et dans les formes suivantes :

Il est mis tout d'abord dans l'urne les noms des candidats de la série désignée la première pour subir les épreuves, et le sort indique, à l'ouverture de chaque séance, ceux d'entre eux qui doivent être appelés à traiter la question qui aura été extraite de l'urne. Les noms des candidats de la deuxième série seront mis dans l'urne après épuisement de la première série, et ainsi de suite jusqu'à l'extinction complète des séries.

Les deux sections échangent ensuite entre elles les parts qui leur ont été respectivement attribuées, et le concours se continue dans les mêmes formes et dans le même ordre que précédemment.

Les épreuves terminées, le jury se reconstitue par la réunion de ses deux sections pour procéder au classement des candidats. En cas de partage des voix, celle du président du jury sera prépondérante.

Si, pour la première place, plusieurs candidats se trouvent, par le total de leurs points, classés *ex æquo*, le jury pourra, pour faciliter le classement de ces candidats, avoir recours à une épreuve supplémentaire que jugeront les deux sections réunies.

Dans le concours ayant pour objet le choix des élèves externes, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury peut dresser une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer au besoin des titulaires, et qu'ils classent dans l'ordre de mérite.

Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

*Avis spécial.* — Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont admis à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Par exception également, les externes de troisième année qui se sont fait inscrire pour concourir de nouveau, ne sont appelés à subir les épreuves que dans les dernières séances consacrées à chacune d'elles.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Distinctions honorifiques.* — A l'occasion des fêtes d'Alençon, M. le docteur Foucher a été nommé officier d'Académie.

Des médailles d'honneur (argent) sont décernées à MM. le docteur Piquet, médecin des épidémies à Constantine et Justine (Nicolas), infirmier à l'hôpital civil de Souk-Ahras, en récompense du dévouement dont ils ont fait preuve au cours des diverses épidémies qui ont sévi, en 1896 et 1897, en Algérie.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le nom de Ch. Levieux est donné à la salle 5 de l'hôpital Saint-André, où notre regretté confrère a rempli les fonctions de chef de service au début de sa carrière.

— *Hôpitaux de Marseille.* — M. Louis Salvator, décédé le 9 juin 1898, a, par testament, légué aux hospices de Marseille sa fortune, évaluée à 7 millions.

— Le « Nouvelliste de Lyon » raconte que le 1er juillet 1898, à neuf heures du soir, le docteur Chaussende, de Monastier (Haute-Loire), a été l'objet d'une tentative d'enlèvement qui a échoué, grâce à l'intelligence et à la vigueur d'un boulanger. Ce dernier, M. Dire, frappé des allures suspectes des deux hommes qui venaient quérir le médecin pour voir un malade à la campagne, les suivit et les fit suivre. A une certaine distance du village, au moment où le docteur Chaussende mettait le pied sur le marchepied pour monter en voiture, le boulanger se mit à courir, criant : « Ne montez pas, vous êtes victime d'un guet-apens. » Les malfaiteurs saisirent alors le docteur pour le hisser de force dans la voiture : l'intervention du boulanger et l'aide des voisins qu'il avait prévenus, dégagèrent le médecin et laissèrent échapper les auteurs de ce mystérieux attentat. La victime a porté plainte au parquet.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 80. — JEUDI 14 ET SAMEDI 16 JUILLET 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 14 ET SAMEDI 16 JUILLET 1898. — N° 80.

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

**Administration : 4, rue de l'Odéon, 4**
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

**PRIX DE L'ABONNEMENT :**

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le traitement du strabisme a continué mardi à l'Académie et a amené à la tribune M. Javal, dont on connaît la compétence sur ce point spécial, et M. Fournier, qui se demande si la syphilis ne joue pas un rôle dans la pathogénie de cette affection. Il ne s'agit, bien entendu, que de syphilis héréditaire. Mais M. Fournier ne fait que soulever cette hypothèse et signaler le grand nombre d'hérédo-syphilitiques que l'on rencontre chez les strabiques; il ne conclut pas, il pose le problème. M. Panas a résumé la discussion.

A signaler une intéressante communication de M. Tuffier sur la guérison de l'exstrophie de la vessie par l'abouchement dans le côlon des rudiments de la vessie. Nous publions plus loin le compte rendu de cette nouvelle méthode.

Nous restons sur le terrain de la médecine opératoire avec M. Courtade, qui pose les indications du traitement chirurgical des imperforations du conduit auditif. M. Huchard ramène l'Académie à une thérapeutique moins offensive en vantant les bons effets du massage abdominal chez les cardiaques.

La séance se termine par un rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les travaux présentés pour le prix Henri Roger.

### PÉRITONITE TUBERCULEUSE

CHEZ DEUX PETITES FILLES AGÉES DE MOINS DE CINQ ANS; LAPAROTOMIE SUS-OMBILICALE CHEZ L'UNE D'ELLES; GUÉRISON

Par M. le docteur J. BRAULT,

Professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Chez l'enfant, la *péritonite tuberculeuse* est une chose *tout à fait exceptionnelle au-dessous de six ans*, au dire des spécialistes. Par une coïncidence un peu bizarre, pendant que nous étions chargé l'an dernier de la clinique infantile à l'hôpital de Mustapha, nous avons eu côte à côte deux petites filles, l'une de *trois ans et demi* et l'autre de *cinq ans* à peine, qui contrevenaient à cette règle. Elles présentaient bel et bien des *péritonites tuberculeuses* AVÉRÉES et non le *carreau banal*.

Chez nos deux petites malades, il y avait des antécédents très précis, les troubles digestifs (nausées, alternatives de constipation et de diarrhée) se montraient des plus nets; enfin le ventre gros et douloureux, bosselé, rénitent, empâté par places, avec des zones alternativement mates et claires, le cri intestinal, la crépitation amidonnée, offrait tous les signes classiques de la péritonite tuberculeuse; il s'agissait, en somme, de cas types qui ont pu me servir pour mes démonstrations cliniques.

La plus jeune de ces enfants présentait un état général des plus graves; elle avait plusieurs eschares et était couverte d'ecthyma des cachectiques; les signes pulmonaires étaient très accentués, la fièvre assez élevée; elle a été emportée mourante par sa mère peu de jours après mon arrivée dans le service; l'autre, âgée de cinq ans, a été opérée. Si l'on veut être incrédule, si l'on peut conserver quelques doutes sur mon diagnostic dans le premier cas, ici la chose n'est plus permise, car j'ai pu montrer les lésions.

Voici plutôt l'observation résumée :

T... (Félicie), âgée de cinq ans, entre dans le service, salle Sainte-Philomène, le 19 février 1897. Il y a de nombreux antécédents dans la famille au point de vue de la tuberculose; la fillette présente bien quelques signes suspects aux deux sommets, mais elle vient surtout pour son ventre très gros et douloureux depuis environ deux mois. Comme nous l'avons dit plus haut, nous trouvons là tous les attributs de la péritonite tuberculeuse. Nous ne voulons pas nous répéter et nous arrivons de suite à l'intervention, qui nous permit de corroborer en tous points notre diagnostic.

Intervention le 23 février, anesthésie au chloroforme; *laparotomie sus-ombilicale*. La surface du foie présente en plusieurs points des tubercules, l'intestin est recouvert de larges fausses membranes, il y a des symphyses intestino-épiglottiques et des soudures en plusieurs points avec la paroi. Les pseudo-membranes cloisonnent des loges, d'où s'échappe un liquide séreux un peu louche et légèrement sanguinolent. J'explore tout cela avec précautions, décollant doucement les adhérences à la paroi et effritant les parois des loges afin de les exposer et de les vider. Après essuyage, je referme le ventre sans lavage et sans appliquer aucun topique. Ici l'on ne peut prétendre à une toilette rigoureuse; la première manœuvre n'est donc d'aucun profit; quant à la seconde, il est d'expérience banale qu'elle n'ajoute rien à la valeur de la laparotomie et peut amener des intoxications.

Le ventre est refermé sans drainage; au bout de huit

jours, les fils superficiels sont enlevés. Dans les jours qui suivent, l'enfant, très indocile, se soulève dans son lit et prend de véritables crises de colère lorsque sa mère doit la quitter. Au cours de ces efforts intempestifs, elle fait un peu éclater sa suture par en bas. La guérison de la plaie est un peu retardée, la vitalité étant très minime. Pendant ce temps, l'enfant ne gémit plus, elle joue et mange comme à l'habitude. Le ventre est redevenu indolore et souple, de tendu et douloureux qu'il était; la température, qui se tenait aux environs de 38 degrés avant l'opération, est descendue et ne dépasse guère 37 degrés.

Il ne s'est point agi là d'une simple amélioration, j'ai pu suivre la petite; *un an* plus tard, la guérison persistait.

La péritonite tuberculeuse comporte de bonnes et mauvaises formes pour le chirurgien. Le cas que je viens de signaler ne se rangeait point dans cette forme bénigne qui guérit quelquefois, même par les ponctions, la variété ascitique. Il s'agissait d'une forme déjà plus sèche, fibrocaséeuse, tenant un peu de la variété dite séro-purulente. C'était, en somme, un mauvais cas.

J'ai déjà fait ressortir qu'il s'agissait d'une *observation très rare, étant donné l'âge de la petite malade*, je n'ai pas besoin d'y revenir; mais je veux, en terminant, m'expliquer sur une petite question. Au cours de ma relation, j'ai dit que j'avais pratiqué une laparotomie *sus-ombilicale*. Dans certains cas, le siège de la laparotomie est indifférent, si je puis dire; cela peut arriver dans certaines laparotomies exploratrices, et aussi et surtout lorsqu'il s'agit purement et simplement d'ouvrir le ventre, comme c'est justement le cas dans l'intervention pour péritonite tuberculeuse.

A quoi bon se gêner alors? Il s'agit d'une opération presque médicale en pareil cas, d'une opération qui devrait être dans la main de tous; c'est pourquoi je ferai entrer en ligne de compte la facilité plus grande de la technique opératoire. Au-dessus de l'ombilic, la complexité des couches à traverser est moindre, l'on risque moins de s'égarer grâce à l'élargissement de la ligne blanche. Mais c'est là sans doute peu de chose pour celui qui est habitué à la chirurgie abdominale, il y a d'autres raisons qui m'ont déterminé à agir ainsi; elles sont au nombre de deux. Tout d'abord, d'une façon générale, l'on risque moins une éventration consécutive, deuxièmement, l'on se trouve ainsi plus loin des chances multiples de contamination : vagin, urèthre, anus. C'est là une considération qui prend une grande importance pratique, lorsqu'il s'agit de chirurgie infantile. C'est même la raison majeure qui me guide et m'engage à opérer au-dessus de l'ombilic; bien entendu, lorsque le siège de la laparotomie est indifférent, et qu'il s'agit d'un enfant.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

**Séance du 12 juillet 1898. — Présidence de M. Jaccoud.**

### DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU STRABISME

M. JAVAL pense que la meilleure méthode d'intervention consiste dans l'opération du strabisme en deux temps.

L'opération doit se faire après huit ou dix ans. Chez les jeunes enfants, la guérison peut survenir sans intervention à la suite de l'occlusion permanente de l'œil dévié.

M. FOURNIER constate que le strabisme est fréquent chez les syphilitiques héréditaires, si fréquent qu'il éveille l'idée d'un rapport de causalité. Il a observé, en deux ans et trois mois, cinquante-deux enfants hérédo-syphilitiques, dont vingt et un étaient strabiques. Le strabisme est signalé très souvent par les auteurs chez les hérédo-syphilitiques. On peut dire que la moitié de ces enfants est strabique. Le strabisme est-il dû à la dystrophie des centres, à de la kératite; aux lésions rétiniennes fréquentes dans ces conditions? Est-il la conséquence de l'asymétrie ou dyssymétrie cranienne? Il lui est impossible de le dire. Cette fréquence du strabisme chez les hérédo-syphilitiques ne veut pas dire que la syphilis en soit toujours la cause; quand manque la syphilis, on trouve ou la tuberculose ou l'alcoolisme des parents. On sait, en effet, que ce sont là les trois causes principales des dystrophies héréditaires (infantilisme, dystrophies dentaires, exiguïté du thorax, rétrécissement mitral, luxation congénitale de la hanche).

M. JAVAL répond à M. Fournier; il accorde que la dyssymétrie faciale est souvent liée au strabisme chez les hérédo-syphilitiques, mais il pense que c'est une cause favorable du développement du strabisme, mais que ce n'est point la cause directe. Il serait intéressant de rechercher à quel âge l'œil de l'enfant a commencé à se dévier, et pour savoir si le strabisme n'est pas survenu à la faveur de la syphilis, à la suite d'une des maladies (angine, rougeole) qui s'accompagnent souvent de parésie de l'accommodation. Il faut laisser de côté l'hypothèse d'une lésion des centres nerveux.

M. PANAS est partisan de l'opération en un temps, qui lui a donné les mêmes résultats à l'hôpital qu'en ville; par conséquent, l'opération en un temps du strabisme convergent lui semble la bonne méthode.

Pour ce qui est de la nature du strabisme, il s'associe à ce que vient dire M. Javal : le strabisme est toujours d'origine périphérique; on peut exclure absolument les causes centrales.

### COMMUNICATIONS

**Traitement de l'exstrophie de la vessie par la cystocolostomie.** — M. TUFFIER s'exprime ainsi :

« L'exstrophie de la vessie constitue l'une des infirmités les plus dégoûtantes et les plus rebelles que nous ayons à traiter. Les différents procédés chirurgicaux employés n'arrivent qu'à des résultats déplorables, les meilleures autoplasties ne sont que des cache-misères qui laissent persister l'incontinence de l'urine et nécessitent le port d'appareils. Chercher un sphincter capable de maintenir l'urine, tel m'a toujours paru la pierre d'achoppement dans la thérapeutique de cette affection. En 1889, j'avais déjà essayé de substituer l'intestin à la vessie, et le sphincter anal au sphincter vésical, en anastomosant le rectum et la vessie.

De nombreux faits cliniques publiés prouvent la tolérance remarquable de l'intestin pour l'urine. Depuis cette époque, Maydl a pratiqué cette opération. Moi-même, le 12 février 1898, j'ai eu l'occasion de traiter avec succès le malade que je vous présente.

C'est un jeune homme de quinze ans, qui avait déjà subi plusieurs tentatives d'autoplastie sans résultat. Son état général était bon et son âge permettait d'espérer que la disparition de son infirmité lui causerait une longue survie.

Les reins étaient indemnes.

Voici succinctement les différents temps de l'opération pratiquée.

1° Dissection de l'exstrophie et extirpation de toute la surface muqueuse en conservant le *trigone vésical et environ 1 centimètre de la paroi vésicale adjacente*. Cette dissection est particulièrement délicate à la partie supérieure, où le péritoine serait facilement ouvert. Les uretères sont cathétérisés au moyen de deux sondes rigides faciles à sentir, puis le trigone et les uretères sont mobilisés soigneusement dans la hauteur de 3 à 4 centimètres. Cela fait, tout ce champ opératoire, qui est toujours infecté, est isolé et placé dans des compresses aseptiques;

2° La cavité péritonéale est ouverte dans l'étendue de 4 centimètres, aussi bas que possible; l'S iliaque est attiré en un point tel que son abaissement s'exerce avec une très faible traction, une partie de sa surface est herniée à travers l'orifice péritonéal, qui est cousu exactement autour de la portion herniée, et au milieu de cette hernie, devenue extrapéritonéale, l'intestin est ouvert longitudinalement dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, comme s'il s'agissait de faire un anus contre nature sus-pubien;

3° Le trigone vésical est alors cousu aux bords de l'incision intestinale, c'est une véritable pièce vésicale que nous mettons à l'intestin; une première suture muco-muqueuse vésico-intestinale; un second plan comprenant la musculeuse de la vessie et la séro-mus-uleuse intestinale assurent l'affrontement parfait des surfaces. La soie ou le catgut peuvent être employés;

4° Les plans cutanés et aponévrotiques sont suturés au-dessus comme dans la laparotomie avec drainage.

Dans les jours suivants, il se fit d'abord une fistule à travers laquelle s'écoula un peu d'urine et de matières stercorales. Cette fistule se ferma spontanément. Aujourd'hui, quatre mois après l'opération, le résultat opératoire est le suivant : l'abdomen est fermé; à la place de l'ancienne vessie existe un profond ombilic cutané. L'écoulement de l'urine se fait entièrement par l'intestin. Il n'existe ni douleur abdominale, ni aucun signe d'inflammation intestinale, ni prurit anal. Ce malade, opéré depuis trois mois et demi, va de cinq à six fois à la selle en vingt-quatre heures, sans souffrance et sans gêne. Son état général est excellent et les reins ne paraissent être le siège d'aucun accident quelconque. Si on compare cette situation, parfaitement compatible avec la vie commune, à l'état vraiment lamentable dans lequel sont généralement ces malades, on ne peut que conclure à l'excellence de cette méthode toutes les fois qu'elle sera applicable. »

**Traitement des imperforations congénitales du conduit auditif.** — M. COURTADE pose, comme indication de l'opération, en première ligne les signes de rétention des produits de sécrétion, rétention qui peut causer de graves accidents; puis ensuite, s'il n'y a aucun trouble, l'opération pourra être pratiquée pour rétablir la fonction auditive. Mais il faudrait s'assurer, au préalable, qu'il n'y a pas de malformation de l'oreille moyenne ni de l'oreille interne.

Lorsque le chirurgien a réussi à créer un conduit auditif, la difficulté est de maintenir la béance. On y arrive en laissant en place un tube en caoutchouc. M. Courtade insiste sur l'importance des pansements bien faits pour obtenir un résultat satisfaisant.

### RAPPORT

**Massage abdominal dans les affections cardiaques.** — M. HUCHARD, analysant une communication de M. Cautru, pense, comme notre confrère, que le massage de l'abdomen s'oppose à la stase veineuse, amène la diurèse, décongestionne les viscères et agit ainsi sur les centres nerveux abdominaux. Le massage favorisera les phénomènes d'échange, et il n'est pas illogique de penser que les bons effets qu'il produit localement aient un retentissement salutaire sur le système nerveux central.

Le massage agirait donc en quelque sorte comme la digitale.

### ÉLECTION

M. Schlagdenhaufen (de Nancy) a été nommé associé national.

La séance est levée.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 18 AU 23 JUILLET 1898)

### Thèses de doctorat.

**LUNDI 18 JUILLET**, à neuf heures. — M. LAFON. De la généralisation et de l'absence de symptômes urinaires dans les tumeurs de la vessie; — M. LACHATRE. De l'emploi de la gélatine dans les métrorragies; — M. BODIN. Le Proteus. Clinique et bactériologie (Étude critique) (MM. Blanchard, président; Cornil, Retterer et Ménétrier).

A une heure. — M. CHAPON. Du sphygmomanomètre et de la pression artérielle pendant la grossesse; — M. POUZIN. Pouls lent permanent et ses bruits surajoutés pendant le grand silence; — M. CAILLEUX. De la longue durée du rétrécissement mitral pur (MM. Potain, président; Pinard, Déjerine et Varnier); — M. STERLIN. Des troubles sensitifs dans la lèpre; — M. LEGRAND. Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose avec quelques dermatoses de l'enfance (MM. Fournier, président; Landouzy, Gaucher et Chassevant); — M. GUYADER. Quelques états pneumoniques apyrétiques; — M. CASSEL. Contribution à l'étude des indications thérapeutiques de la lymphadénie (MM. Landouzy, président; Fournier, Gaucher et Chassevant). — M. J. LÉVY. De l'ictère infectieux chronique splénomégalique (MM. Hayem, président; Tillaux, Tuffier et Widal). — M. IPPA. Contribution à l'étude de la généralisation tuberculeuse post-opératoire; — M. TEISSIER. L'hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligatures (angiotripsie). Technique et résultats; — M. PRESSAT. La cysto-entérostomie en particulier dans le traitement de l'exstrophie vésicale (MM. Tillaux, président; Hayem, Tuffier et Widal).

**MARDI 19 JUILLET**, à neuf heures. — M. COUTANT. Du traitement des suppurations tuberculeuses par le brome; — M. BERTHE. Traitement des hémoptysies tuberculeuses par l'opothérapie hépatique; — M. PERRIDÈS. Le traitement des érythèmes médicamenteux par l'acide picrique; — M. PINAULT. Des luxations ovalaires de la hanche (MM. Tillaux, président; Gilbert, Thiéry et Ricard). — M. MASCARREL. Contribution à l'étude de la fonction du rein dans le diabète; — M. DEL POZO. Du traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic à hautes doses; — M. GANAULT Contribution à l'étude de quelques réflexes dans l'hémiplégie d'origine organique; — M. GOIN. Le bleu de méthylène chez les éclamptiques (MM. Debove, président; Déjerine, Netter et Gilles de La Tourette). — M. ZEIMET. Résultats de l'hystéropexie abdominale; — M. ZAHAROFF. Contribution à l'étude du molluscum pendulum de la vulve; — M. DESCAZALS. Des thrombo-phlébites des sinus de la dure-mère; — M. PICARD. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure du radius par les rayons de Rœntgen; — M. PAPADATOS. Étude du varicocèle; ses rapports avec les lésions nerveuses (MM. Le Dentu, président; Delens, Humbert et Poirier).

A une heure. — M. GUILLEMARD. Du traitement des fractures de la clavicule par le massage; — M. VALETTE. Contribution à l'étude du cancer secondaire de l'ombilic; — M. SÉJOURNÉ. Contribution à l'étude de quelques formes et essais thérapeutiques, d'après l'épidémie de Port-au-Prince (Haïti), octobre 1896 à janvier 1897; — M. FABRE. L'appendicite à forme néoplasique (MM. Guyon, président; Peyrot, Poirier et Albarran). — M. BAUDOT. D'un traitement opératoire des myopies fortes et progressives; — Mlle AKINOFF. Du scotome central dans les hémorragies rétiniennes au point de vue de la perception des couleurs; — M. VALENÇON. De l'emploi du protargol et, en général, des sels d'argent en thérapeutique oculaire (MM. Panas, président; Grancher, Brun et Roger). — M. HENTGEN. Contribution à l'étude des angines chez l'adulte; — M. PALLE. L'alimentation des tuberculeux (MM. Grancher président; Panas, Brun et Roger). — M. VANECLOO. D'une callosité spéciale observée chez les fileuses de lin. Étude d'hygiène et de médecine légale; — M. LEMERCIER. Répression thérapeutique et sociale de l'alcoolisme; — Mlle DEPETON. De la

grippe ou influenza surtout au point de vue de son traitement et des différences de sa gravité suivant les milieux d'observation (MM. Proust, président; Gariel, Gley et Charrin). — M. Deschamps. Étude sur les principes et les applications de la physiologie et de la pathologie cellulaire (MM. Gariel, président; Proust, Gley et Charrin). — M. Eliason. Les traitements de la chlorose (MM. Dieulafoy, président; Chantemesse, Hallopeau et Thoinot). — M. Brisson. Étude critique des interventions sur le sympathique cervical dans la maladie de Basedow; — M. Steimberg. Du pseudo-rhumatisme syphilitique (MM. Chantemesse, président; Dieulafoy, Hallopeau et Thoinot). — M. Farabeuf. De la physionomie chez les aliénés; — M. Dupau. Du zona et en particulier du zona facial dans la paralysie générale; — M. Rabaud. Contribution à l'étude des lésions spinales postérieures dans la paralysie générale; — M. François. Étude sur la lypémanie anxieuse (MM. Joffroy, président; Schwartz, Ballet et Ménétrier). — M. Angelier. Traitement de l'insuffisance et du rétrécissement mitral; — M. Gagneur. Contribution à l'étude du traitement de la pneumonie par les enveloppements de drap mouillé; — M. Maynau. De la sciatique variqueuse chez les femmes enceintes; — M. Lajaunie. Les eaux sulfureuses dans les maladies chroniques du nez, de l'oreille, du pharynx et du larynx (MM. Hutinel, président; Polaillon, Marfan et Achard).

**MERCREDI 20 JUILLET,** à neuf heures. — M. Saias. De la métrite chronique du col, consécutive à sa déchirure (étude clinique, traitement); — M. Egrot. De l'incision suivie du drainage, substituée à une ponction comme traitement palliatif de certaines ascites; — M. Leplat. Des esquilles pénétrantes dans les fractures du crâne; — M. Martial-Lagrange. De l'infection urinaire chez les rétrécis et les prostatiques (MM. Berger, président; Delens, Bouilly et Poirier). — M. Rudaux. De la rupture de la symphyse pubienne au cours de l'accouchement; — M. Genton. De l'œuf clair (œuf orfœtal); — M. Vaillant. De la conduite à tenir dans les présentations de l'épaule quand le fœtus est mort tout petit; — M. Bernard (G.). Des cloisons congénitales au point de vue obstétrical (MM. Pinard, président; Delbet, Varnier et Bonnaire). — M. Ledieu. Contagion du diabète; — M. Voisin. Des injections hypodermiques de gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire; — M. Ballard. Comment meurent les épileptiques (MM. Debove, président; Humbert, Thoinot et Achard). — M. Bellet. Contribution à l'étude du chancre syphilitique; — M. Bourgraff. Contribution à l'étude clinique et pathogénique du syndrome de Basedow; — M. Decorse. De la mort dans l'érysipèle; — M. Pion. Contribution à l'étude clinique du poison typhoïdique; — M. Barifian. Contribution à l'étude clinique du traitement des chancres vénériens (MM. Chantemesse, président; Hallopeau, Roger et Gilles de La Tourette).

A une heure. — M. Rajaonah. Contribution à l'étude des pneumonokonioses; — M. Maisonneuve. De la dilatation du cœur droit dans la tuberculose pulmonaire (MM. Potain, président; Landouzy, Déjerine et Chassevant). — M. Blainville. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'hypnal (monochloral-antipyrine); — M. Hémet. Contribution à l'opothérapie surrénale chez les addisoniens (MM. Landouzy, président; Potain, Déjerine et Chassevant). — M. Thiers. Résultats éloignés de la pylorectomie dans les sténoses cancéreuses du pylore (MM. Hayem, président; Fournier, Gaucher et Gilles de La Tourette). — M. Beauprez. Contribution à l'étude de la folliclis; — M. Barrillon. Contribution à l'étude de la lèpre à Alep. Essais de sérothérapie antilépreuse; — M. Martin. Action protectrice du ganglion lymphatique dans diverses affections. Rôle de sa sécrétion bactéricide (MM. Fournier, président; Hayem, Gaucher et Gilles de La Tourette). — M. Cheille. Néphrites secondaires syphilitiques; — M. Baudouin. Traitement des fermentations anormales de l'estomac par le fluorure d'ammonium; — M. Gomès. L'opothérapie ovarienne. Étude physiologique et thérapeutique; — M. Dorliat. Contribution à l'étude de la neurasthénie (MM. Pouchet, président; Marchand, Netter et Widal). — M. Verdin. Duodénostomie et jéjunostomie; — M. Bonnet. De la cure radicale de la hernie inguinale de l'enfant en bas âge; — M. Dally. L'incision vaginale directe dans les collections pelviennes. Étude critique; — M. Millet. Apophyse mastoïde chez l'enfant (MM. Terrier, président; Kirmisson, Segond et Broca).

**JEUDI 21 JUILLET,** à neuf heures. — M. Santelli. Contribution à l'étude des pyohémies cryptogénétiques; — M. Guintard. De l'uréthrocèle vaginale; — M. Riberaud. Des lipomes de la région mammaire; — M. Cosson. Cholestéatomes et masses cholestéatomateuses de l'oreille (MM. Tillaux, président; Poirier, Kirmisson et Jalaguier). — M. Beauvillard. Étude sur le salicylate de méthyle. Applications thérapeutiques. Ses avantages sur les liniments salicylés; — M. Constantin. Des hyperglobulies; — M. Champomier. La morphine comme anesthésique en obstétrique; — M. Bruyère. Un procédé de fœtométrie (MM. Pouchet, président; Gley, Varnier et André).

A une heure. — M. Kyriaco. Des kystes des glandes de Méry ou de Cowper; — M. Béraguet. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose du rein; — M. Collet. Étude sur l'incontinence d'urine d'origine uréthrale chez la femme (MM. Guyon, président; Le Dentu, Peyrot et Albarran). — M. Raimond. De la colpocèle (MM. Le Dentu, président; Guyon, Peyrot et Albarran). — M. Cosmettatos. Recherches sur le développement des voies lacrymales; — M. Roulleau. Contribution au traitement du glaucome chronique simple. Sclérotomie suivie de malaxations. Iridectomie périphérique partielle (MM. Panas, président; Grancher, Brun et Marfan). — M. Rist. Études bactériologiques sur les infections d'origine otique; — M. Signeux. Les rayons de Rœntgen et le déplacement du cœur à droite dans les grands épanchements de la plèvre gauche (MM. Grancher, président; Panas, Brun et Marfan). — M. Cardeilhac. De la cachexie pigmentaire consécutive aux purpuras; — M. Guerchouni. Sur les perforations de l'estomac et du duodénum prises pour l'appendicite; — M. Giraud. D'une application nouvelle des scarifications dans les œdèmes chroniques scrofuleux; — M. Jolly. Recherches sur la valeur morphologique et la signification des différents types de globules blancs (MM. Dieulafoy, président; Bouilly, Retterer et Thoinot). — M. Bacquelin. D'une complication rare de la scarlatine : anévrisme de la carotide interne; — M. Margouliss. Contribution à l'étude des troubles nerveux dans la tuberculose pulmonaire; — M. Duquesnoy. Sur une forme à début douloureux de la paralysie infantile; — M. Delorme. Contribution à l'étude clinique de la morphinomanie (MM. Debove, président; Chantemesse, Ballet et Charrin). — M. Samouilson. La coexistence de la sclérodermie et des lésions du corps thyroïde; — M. Faure. Contribution à l'étude de la maladie bronzée d'Addison et des fonctions surrénales; — M. Lenoble. Étude sur quelques septicémies du nouveau-né et du nourrisson, simulant la gastro-entérite; — M. Ducroquet. Traitement du mal de Pott (MM. Hutinel, président; Schwartz, Gilbert et Achard).

**VENDREDI 22 JUILLET,** à neuf heures. — M. Petzalis. Quelques considérations sur le traitement des salpingites; — M. Audoly. Contribution à l'étude des kystes de la région présternale; — M. Balencie. Luxations de l'épaule en arrière et en particulier de la sous-acromiale; — M. Marchais. Des hémorragies dans les hydronéphroses (MM. Berger, président; Schwartz, Brun et Poirier).

A une heure. — M. Domond. Recherches des grossesses molaires se compliquant de vomissements incoercibles et d'albuminurie; — M. Le Masson. Les ictères et la colique hépatique chez les femmes en état de puerpéralité; — M. Funck-Brentano. Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine; — M. Terrier. Influence de la grossesse sur les dents (MM. Pinard, président; Segond, Varnier et Delbet). — M. Duret. Considérations sur les pseudarthroses en général et sur un cas rare en particulier; — M. Joly. Contribution à l'étude de la tuberculose primitive des annexes de l'utérus; — M. Petit. Traitement de la coxalgie; — M. Potelet. Contribution à l'étude des fractures du maxillaire inférieur et en particulier de leur traitement; — M. Weinberg Résumé des lésions histologiques des

formes communes du cancer (MM. Tillaux, président; Ricard, Poirier et Lejars).

**SAMEDI 23 JUILLET**, à 1 heure. — M. DE FARIA. Contribution à l'étude des luxations de la rotule et, en particulier, de leur traitement; — M. BAROZZI. Considérations sur la gastrostomie en général, et sur le procédé de Marwedel, en particulier (MM. Le Dentu, président; Berger, Nélaton et Thiéry). — M. MAHEU. Hématomes spontanés de la région scrotale; — M. DESHAYES. Contribution à l'étude clinique des phlegmons péri-articulaires du genou; — M. SANCHEZ. Contribution à l'étude des calculs du cholédoque. De la cholédocotomie (MM. Berger, président; Le Dentu, Nélaton et Thiéry). — M. REHNS. L'adénomatose symétrique à prédominance cervicale; — M. Doré. La mort dans la paralysie générale (MM. Debove, président; Chantemesse, Poirier et Roger). — M. LEROY. Étude sur l'illusion de fausse reconnaissance (Identificirende Erinnerungstauschung de Krœpehn) chez les aliénés et les sujets normaux; — M. RELLAY. Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie (MM. Chantemesse, président; Debove, Poirier et Roger). — M. HEYMANN. Adénomégalie dans la cirrhose hypertrophique biliaire. — Mme CHEBODAEFF. De l'influence française dans le développement de la science médicale en Russie. — M. LAMOUREUX. De l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré; — M. PERRIN. Symptômes précoces du mal de Pott chez le nourrisson; — M. CORNIL. Contribution à l'étude de l'empyème de nécessité chez l'enfant (MM. Hutinel, président; Ballet, Gilbert et Marfan).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 juillet 1898, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de commandeur.* — M. Mathieu, médecin-inspecteur, directeur de l'école du Val-de-Grâce, 43 ans de services, 12 campagnes; officier du 28 décembre 1885.

*Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux de première classe Boppe, 36 ans de services, 11 campagnes; chevalier du 28 décembre 1883; — Roux, 38 ans de services, 9 campagnes; chevalier du 28 décembre 1883; — Nicaud, 35 ans de services, 16 campagnes; chevalier du 28 décembre 1885; — Évrard, 37 ans de services, 3 campagnes; chevalier du 28 décembre 1885; — Guilhem, 36 ans de services, 5 campagnes; chevalier du 28 décembre 1885.

M. le pharmacien principal de deuxième classe Moissonnier, 34 ans de services, 11 campagnes; chevalier du 7 février 1883.

*Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors de première classe Aubertin, 25 ans de services, 4 campagnes; — Godet, 25 ans de services, 8 campagnes; — Leroy, 28 ans de services, 3 campagnes; — Faure-Lacaussade, 27 ans de services, 4 campagnes; — Salesses, 27 ans de services, 3 campagnes; — Olivier, 25 ans de services, 5 campagnes; — Roux, 26 ans de services, 4 campagnes; — Debrie, 21 ans de services, 7 campagnes.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lapasset, 19 ans de services, 3 campagnes; — Pitois, 24 ans de services, 10 campagnes; — Noel, 25 ans de services, 7 campagnes; — Frillet, 23 ans de services, 9 campagnes; — Roux, 22 ans de services, 11 campagnes; — Gruet, 21 ans de services, 10 campagnes; — David, 20 ans de services, 11 campagnes; — Mazeille, 20 ans de services, 11 campagnes; — Fockenberghe, 24 ans de services, 7 campagnes; — Barbès, 24 ans de services, 8 campagnes; — Buy, 22 ans de services, 10 campagnes; — Joly, 22 ans de services, 6 campagnes; — Duval, 22 ans de services, 3 campagnes.

M. le docteur Faure : donne, depuis 58 ans, des soins gratuits au personnel de la gendarmerie de Die (Drôme).

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Ricard, 21 ans de services, 9 campagnes; — Puaux, 20 ans de services, 10 campagnes.

— Par décret, en date du 12 juillet 1898, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier.* — M. Billaudeau, pharmacien en chef de la marine; 27 ans 8 mois de services, dont 4 ans 5 mois à la mer; chevalier du 27 avril 1884.

*Au grade de chevalier.* — MM. les médecins de première classe de la marine Robert, 20 ans 8 mois de services, dont 10 ans à la mer ou aux colonies; — Daliot, 19 ans 8 mois de services, dont 10 ans 2 mois à la mer ou aux colonies; — Castellan, 19 ans 8 mois de services, dont 12 ans à la mer ou aux colonies; — Mortreuil, 23 ans 8 mois de services, dont 8 ans 7 mois à la mer ou aux colonies; — Damany, 18 ans 8 mois de services, dont 11 ans et demi à la mer ou aux colonies; — Recoules, 19 ans 3 mois de services, dont 6 ans et demi à la mer ou aux colonies; — Nollet, 18 ans 8 mois de services, dont 7 ans et demi à la mer ou aux colonies; — Camus, pharmacien de première classe de la marine, 20 ans 8 mois de services, dont 5 ans et demi à la mer ou aux colonies.

— Par décret, en date du 12 juillet 1898, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier.* — M. Warnier, pharmacien principal de première classe de réserve au gouvernement militaire de Paris, 48 ans de services, 14 campagnes; chevalier du 5 octobre 1872.

*Au grade de chevalier.* — MM. Teissier, médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale, affecté au 14e corps d'armée; 20 ans de services; — Evrard, médecin-major de première classe de l'armée territoriale, affecté au 6e corps d'armée; 30 ans de services, 5 campagnes.

— Par décret du 12 juillet 1898, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, M. le docteur Heckel, professeur à la Faculté des sciences et à la l'École de médecine de Marseille; 13 ans de services, dont 6 ans à la mer et aux colonies, comme pharmacien de la marine. Longue et brillante carrière; membre du conseil de santé de la marine. Travaux spéciaux intéressant la marine marchande; chevalier du 5 juillet 1887.

— Par décret en date du 12 juillet 1898, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, M. le docteur Vidal, propriétaire agriculteur et viticulteur à Hyères (Var). Transformation et mise en valeur d'une propriété d'environ 600 hectares. Création d'importants vignobles, membre de la chambre consultative d'agriculture de Toulon, auteur de plusieurs ouvrages et de très nombreux opuscules sur des sujets agricoles; 31 ans de pratique agricole; chevalier du 14 juillet 1884.

— Par décret en date du 12 juillet 1898, a été nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de chevalier.* — M. Rapuc, médecin de deuxième classe de la marine; 9 ans et demi de services, dont 3 ans et demi aux colonies. Campagne de guerre à Madagascar, 1897. Brillante conduite à l'attaque du poste de Bekopaka, 28 septembre 1897 : a secondé, le fusil à la main, le lieutenant commandant le poste et a puissamment contribué par son sang-froid et son énergie à repousser les assaillants. Le 20 octobre, dans une tournée médicale, a réussi à sauver des mains des rebelles la presque totalité de son escorte, dont le chef, un sergent européen, venait d'être mortellement blessé.

— Par décret, en date du 10 juillet 1898, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

*Au grade de médecin principal de première classe.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe Benech, en remplacement de M. Bresson, retraité; maintenu provisoirement à son poste de médecin-chef de l'École supérieure de la guerre; — Vaillard, en remplacement de M. Duchemin, retraité; maintenu dans ses fonctions de professeur à l'école du Val-de-Grâce.

*Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — MM. les médecins-majors de première classe Donion, en remplacement de M. Jeunehomme, retraité; désigné pour l'emploi de médecin

chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans; — Longuet, en remplacement de M. Rivet, retraité; désigné pour occuper l'emploi de médecin-chef de l'École supérieure de guerre, maintenu provisoirement à son poste; — Calmette, en remplacement de M. Benech, promu; maintenu à son poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Reims; — Nimier, en remplacement de M. Vaillard, promu; maintenu dans ses fonctions de professeur au Val-de-Grâce.

*Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe d'Arras, en remplacement de M. Simon, décédé; maintenu au 116e d'infanterie; — Uffoltz, en remplacement de M. Dubois, décédé; maintenu au 127e d'infanterie; — Atgier, en remplacement de M. Dantin, retraité; maintenu au 151e d'infanterie; — Lemoine, en remplacement de M. Robert, retraité; désigné pour le 141e d'infanterie; — Pongis, en remplacement de M. Sauzède, retraité; maintenu au 88e d'infanterie.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Cadet, en remplacement de M. Bérard, démissionnaire; désigné pour le 10e d'infanterie; — Tixier, en remplacement de M. d'Arras, promu; désigné pour le 159e d'infanterie; — Cauvet, en remplacement de M. Uffoltz, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Tunisie; — Rougier, en remplacement de M. Atgier, promu; désigné pour le 12e d'infanterie; — Faivre, en remplacement de M. Lemoine, promu; désigné pour le 6e hussards; — Payerne, en remplacement de M. Pongis, promu; désigné pour le 157e d'infanterie.

— Par décret, en date du 11 juillet 1898, ont été nommés dans le cadre des officiers du corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

*Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe Petit, en remplacement de M. Lesbros, retraité; désigné pour le 12e d'infanterie; — Morand, en remplacement de M. Guilhem, retraité; désigné pour le 93e d'infanterie; — Leprêtre, en remplacement de M. Donion, promu; remis hors cadres et maintenu au corps d'occupation de Madagascar; — Mourey, en remplacement de M. Longuet, promu; désigné pour le 30e d'infanterie; — Wissemans, en remplacement de M. Calmette, promu; désigné pour le 6e du génie; — Godin, en remplacement de M. Nimier, promu; maintenu au 58e d'infanterie; — Mickaniewski, en remplacement de M. Leprêtre, placé hors cadre; maintenus provisoirement à l'École de Fontainebleau.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Toubert, en remplacement de M. Petit, promu; maintenu à son poste de surveillant au Val-de-Grâce; — Beaujean, en remplacement de M. Morand, promu; désigné pour le 161e d'infanterie; — Vèzes, en remplacement de M. Mourey, promu; désigné pour le 38e d'artillerie; — Meyer, en remplacement de M. Wissemans, promu; désigné pour l'école de Rambouillet; — Demery, en remplacement de M. Godin, promu; désigné pour le 122e d'infanterie; — Austric, en remplacement de M. Mickaniewski, promu; maintenu provisoirement au 20e d'infanterie.

— Par décret, en date du 12 juillet 1898, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

*Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Vacher, Régis, Variot, Gilles de La Tourette, Ferré.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale Dubousquet-Laborderie.

*Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Foutry, Sigalas, Barillet, François, Baseil, Springer, Marie, Simonet de Laborie, Tolmer, Lefèvre, Coriton, de Bourgon, Richard, Malbec, Frœlich, Pachon, Sterne, Weuill, Comte, Thiéry, Dor, Cochez, Borrel, Minguet, Charuel, Pérignon, Stroup, Gaye, Lucron, Duffner, Angibaud, Wilhelm, Blaise, Chambelland, Arnaud, Étienne, Régnier, Saguet, Noir, Mendel, Brodier, Lambert, Levet et Lanique.

*Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Cochery, Ganivet-Desgraviers, Fauconneau, Regnier, Conzette, Liot, Decamps, Ducasse, Ménard, Gaube, Valat, Lion, Pinçonnat, Mauny, Mounier, Tuilant, Loison, Huc, Longuevile, Boucher, Lancry, Rolland, Mariage, Brionne, Stœber, Aysaguer, Fleury, Crozes, Bonnier, Philippeau, Robert, Sollier, Vaquez, Vignerot, Arbel, Courtois-Suffit, Fréal, Marquezy, Picot, Vimont, Potel, Legrand, Baur, Petit, Frey, Péchadre, Rieffel, Surmont, Duperey, Dagron, Moity, Dimey, Cagny, Lelièvre, Paley, Ahmed-Ben-Miloud dit Michel, Loir, Clerval, Süss, Lwoff, Heftler, Jasiewicz, Chont, Martin, Thorion, Villar, Rénon, Durand, Gauthier, Vassal, Bonneau, Roussan, Blaise, Raoult et Sottas.

— M. le médecin de première classe Castellan (H.-L.), médecin-major au 1er régiment d'artillerie de marine à Lorient, est appelé à remplacer, aux troupes à Madagascar, M. le docteur Bastier, qui terminera le 29 août 1898 la période réglementaire de service colonial, et qui sera affecté au 1er régiment d'artillerie à Lorient.

Un congé de trois mois est accordé à M. le pharmacien de deuxième classe O. Mengin, du port de Lorient.

— Un concours pour la nomination à deux emplois de chef des cliniques de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon, s'ouvrira audit hôpital le vendredi 5 août à neuf heures du matin. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Collin, médecin de deuxième classe de la marine à Indret; Delpech, médecin de la « Bourgogne »; Dufay, ancien sénateur de Loir-et-Cher; Tardif, médecin principal de la marine.



---

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE : 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**



Paris, le 18 juillet 1898.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Les lecteurs n'ont certainement pas oublié l'intéressante relation d'autopsie faite il y a quinze jours par M. Le Gendre. Il s'agissait, rappelons le cas en deux mots, d'un malade jeune encore, qui, après deux semaines d'une maladie dont les traits principaux étaient ceux de la fièvre typhoïde, succomba dans une cachexie profonde, après avoir vomi du sang à plusieurs reprises. Était-ce une fièvre typhoïde ? L'autopsie ne permit pas de l'affirmer. Il y avait bien des ulcérations sur toute l'étendue du tube digestif, mais elles siégeaient nombreuses (six à huit) dans l'estomac, plus confluentes à la partie supérieure de l'intestin grêle qu'à sa terminaison ; en somme, en des points où l'on n'a pas coutume de les rencontrer dans la dothiénentérie. Était-ce le charbon ? La longue durée de l'affection infirmait cette hypothèse. On comptait sur l'examen bactériologique. Celui-ci, qu'apporte M. Le Gendre, laisse subsister toutes les hésitations. Pas de bactéridie charbonneuse ni dans le sang ni dans les tissus. Pas de bacille d'Eberth. Le seul micro-organisme rencontré est le bacterium coli, mais sa présence, vingt-quatre heures après la mort, n'est rien moins que démonstrative ; on a bien isolé aussi une autre bactérie longue, épaisse, qui doit être un microbe de la putréfaction. Rien de probant, en résumé. Ce cas reste obscur cliniquement et même après l'examen nécropsique.

Tous les traités classiques enseignent (ils sont tous copiés les uns sur les autres, ou presque !) que, dans la pleurésie gauche à grand épanchement, la pointe du cœur seule est refoulée vers la droite et que c'est elle seule que l'on sent battre du côté du bord droit du sternum. Déjà cette opinion est battue en brèche par le professeur Bard (de Lyon). Cet auteur soutient et enseigne que, dans les cas de déviation du cœur à droite par un refoulement dû à des épanchements pleuraux gauches, le cœur est déplacé en masse sans que la direction générale de son axe soit modifiée ; c'est la base et non la pointe du cœur qui bat à droite du sternum. Le professeur Pitres (de Bordeaux) a démontré le même fait par des recherches expérimentales bien conduites. L'emploi des rayons Röntgen, entre les mains de M. Béclère, qui apporte à la séance des photographies très belles, en permet une très élégante preuve. Un malade, porteur d'un énorme épanchement de la plèvre gauche (5 litres de pus), avait des battements du cœur très à droite du sternum. Un premier examen photographique fit voir le côté gauche entièrement opaque, et, se détachant sur la clarté brillante du côté droit, l'ombre de la portion du cœur déplacé qui débordait le sternum ; et la limitation en haut de cette ombre par un contour à peu près demi-circulaire, ne présentant pas de mouvements appréciables, démontre qu'il s'agissait bien de la base du cœur. Après la ponction, le côté malade demeura opaque, encore qu'un peu moins, mais le côté droit redevint brillant, le cœur étant revenu à sa place. Cet examen radioscopique renseigne mieux que tout autre sur la situation du cœur.

Les cas d'hystéro-traumatisme interne sont déjà connus ; ils ne sont cependant pas si fréquents qu'il n'y ait intérêt à appeler l'attention sur eux. MM. Jeanselme et Rabé viennent d'observer une jeune femme hystérique, chez laquelle les manifestations de la névrose présentaient une étroite subordination avec des crises de coliques hépatiques. A l'âge de dix ans, une première attaque de lithiase provoque une première crise d'hystérie ; depuis lors, toutes les causes qui ramènent des accès de lithiase hépatique, réveillent inévitablement des crises d'hystérie. Mais il est intéressant de remarquer que les symptômes de la névrose prédominèrent toujours du côté correspondant à l'organe point de départ de l'hystérie, confirmation de cette règle que l'hystérie locale se fixe au niveau ou au voisinage du point d'application du traumatisme.

MM. Jacquet et Du Pasquier présentent un malade, adulte, d'aspect très vigoureux, porteur d'un ulcère polycyclique de la région xiphoïdienne. La bordure est ulcérée, la surface qu'elle inscrit, grande comme la paume de la main, est cicatricielle et adhérente à l'extrémité inférieure du sternum. Dans le pus, on trouve de nombreux bacilles de Koch. Il s'agit donc d'une tuberculose cutanée, un peu spéciale mais secondaire, selon toute apparence, à une ostéo-périostite sternale, avec inoculation consécutive de la peau.

## INTERPOSITION FIBREUSE

### DANS UNE FRACTURE DU FÉMUR. DIAGNOSTIC ET INTERVENTIONS PRÉCOCES (1)

Par le docteur DE BOVIS,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Reims.

Les interpositions musculaires ou fibreuses sont, on le sait, la grande cause des pseudarthroses. Cette complication et l'intervention opératoire qu'on leur oppose, servent de base à un diagnostic le plus souvent rétrospectif.

Nous pensons cependant que le diagnostic peut être fait plus tôt, pour le plus grand bénéfice du malade.

OBSERVATION. — V... Eugène, quarante-huit ans, vigneron, entré le 29 août 1897 à la clinique chirurgicale de Reims. C'est un homme robuste, de taille élevée et sans aucune tare pathologique.

Le 28 août, étant occupé à tirer de l'eau d'un puits, il accrocha son pied dans la chaîne, en quittant la margelle. Il portait un seau à la main gauche. Ayant perdu l'équilibre, il tomba sur son côté gauche et un peu en arrière; il buta dans sa chute contre le sceau. Ces détails sont les seuls qu'il ait retenus et on ne peut obtenir plus de précision de ses souvenirs. Il ne se rappelle pas avoir perçu un craquement ni de douleur bien vive; mais, une fois à terre, il ne put se relever : le membre inférieur gauche se refusait à tout service.

Transporté chez lui, le malade reçoit la visite d'un médecin, qui diagnostique une fracture du tiers inférieur du fémur gauche et lui applique un appareil provisoire pour le faire évacuer sur Reims. Le trajet était de 12 kilomètres et fut fait en voiture.

Voici ce que nous constations le 30 août. La cuisse gauche présente un raccourcissement de cinq centimètres; elle est déformée et présente à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, une convexité externe, très marquée, et une concavité interne, qui l'est moins. Elle est donc incurvée. Ecchymose jaune pâle à la partie antérieure et moyenne de la cuisse.

Pendant que l'on défaisait l'appareil, avec le plus grand soin, nos mains appliquées sur le foyer de la fracture sentent, à un moment donné et à un seul, une sorte de grosse crépitation. A partir de ce moment, toutes nos tentatives, très modérées, il est vrai, furent impuissantes à la reproduire ; ni la rotation du pied, ni la mobilisation directe des fragments, ni la recherche des mouvements anormaux ne purent y parvenir.

Le gonflement est très modéré : le tour de la cuisse saine est de 41 centimètres; celui du côté malade, de 43 centimètres, au niveau du foyer de fracture.

Au palper, on sent sous la peau de la face antéro-externe une saillie osseuse, dont la pointe est à un travers de main au-dessus de la rotule. A trois ou quatre centimètres au-dessus d'elle et à la face interne de la cuisse, on produit une douleur assez vive, mais on ne peut arriver à sentir aucune saillie osseuse.

Pas d'hydarthrose.

Le malade ne paraît pas souffrir beaucoup des diverses manipulations de l'examen ou de la pose d'un appareil. Celui-ci consiste simplement dans l'extension continue appliquée selon le mode décrit par Tillaux (2). Je ne fis aucune manœuvre de réduction, pensant que la traction suffirait bien. Poids de 4k500.

1er septembre. Le raccourcissement étant encore de 3,5 à 4 centimètres, j'opère des tractions manuelles qui le font descendre à 1 centimètre et corrigent la déformation en grande partie. Toujours pas de crépitation.

2 septembre. Déformation et raccourcissement se sont reproduits.

3 septembre. Nouvelles manœuvres de réduction ; la traction est portée à 7 kilogrammes. Nous remarquons encore que la mobilité anormale est peu douloureuse ; les tractions seules font souffrir le malade.

Nos nouveaux efforts n'ont pas de résultat plus durable que les premiers.

7 septembre. Nous présentons le malade à notre excellent maître, M. le professeur Decès, en lui faisant part de nos insuccès et de nos craintes. M. Decès peut en effet soulever le talon du lit, et lui imprimer une série de mouvements de dix à douze centimètres de rayon, sans éprouver la moindre crépitation, et même sans éveiller de douleurs bien marquées.

Le diagnostic d'interposition fut donc accepté et l'intervention décidée.

La recherche du *signe du Hueter* vint confirmer notre conviction. Hueter a remarqué que, dans les enclavements de parties molles, les os ne transmettent plus le son (2). Nous recherchons ce signe de la façon suivante : une pièce de cinq francs est appliquée sur le condyle fémoral (face externe) ; un aide la percute avec une autre pièce de monnaie d'argent. L'auscultation du grand trochanter fait percevoir très nettement la percussion métallique à droite ; à gauche, elle s'entend encore, mais mal. Les vibrations se percevaient aussi à la main du côté droit ; mais, à gauche, on ne sentait rien.

10 septembre. Opération (elle est faite avec l'aide de M. le professeur Decès). Incision de 12 centimètres à l'union du tiers moyen et inférieur, des faces externe et antérieure de la cuisse.

Je décolle l'interstice du vaste externe et du droit antérieur : celui-ci est récliné en dedans. J'incise longitudinalement les fibres du vaste externe et je tombe sur le fragment supérieur, dont la pointe est mousse et qui est taillé un peu obliquement en bas, en avant et en dehors. Ce fragment est dénudé sur une hauteur d'un centimètre et demi.

Immédiatement au-dessous de lui, se trouve comme un lit de tissu fibro-adipeux, qui se continue en bas avec le vaste externe et le périoste du fragment inférieur et qui embrasse dans une étroite boutonnière le fragment supérieur, pour se continuer à nouveau au-dessus de la fracture avec l'étui adipo-musculo-périostique du fémur.

L'étroitesse de cette boutonnière est extrême, sa résistance considérable ; elle masque complètement le fragment inférieur situé au-dessus et en dedans d'elle. La réduction essayée à ce moment fut sans résultat.

Je divise alors ce plan fibro-adipeux, qui a un centimètre d'épaisseur, en suivant l'axe du fragment sous-jacent et jusqu'à la lèvre postérieure et inférieure de la boutonnière. Celle-ci bâille alors largement, le fragment inférieur apparaît, remonté en dedans et en arrière du supérieur; il n'est pas dénudé, et l'on peut, grâce à des tractions vigoureuses, le mettre dans le prolongement du supérieur. Le chevauchement des fragments, après huit jours de traction, était de 3 centimètres : il n'y avait pas trace de cal; un petit bouchon hémorragique fermait les orifices du canal médullaire.

(1) Observation présentée à la Société de chirurgie, le 12 janvier 1898, M. L. Picqué, rapporteur. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 15 janvier 1898, n° 6, p. 54.)

(2) Notre maître, M. le professeur Decès, y joint deux coussins de sable formant attelle de chaque côté du membre. Il utilise cet appareil depuis très longtemps : il en prit l'idée au cours d'une visite à la clinique de Volkmann.

(1) Cité par RIEFFEL. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, de Le Dentu et Delbet, t. II, p. 146. — Nous ignorons par quel procédé Hueter fait la recherche de ce signe.

Pour faciliter la coaptation, il fallut abattre un demi-centimètre d'os à peine sur la portion la plus saillante du fragment supérieur.

Le foyer de la fracture abstergé (il contenait à peine quelques caillots), la gaine périostique fut suturée, puis la gaine aponévrotique et enfin la peau. Pas de drainage. Nous n'avons eu à tordre ni lier aucun vaisseau.

Après l'opération, on installe deux coussins de sable de chaque côté du membre fracturé, puis l'appareil à traction comme avant.

Le lendemain, nous pûmes constater que les vibrations osseuses se percevaient également des deux côtés, soit à la main, soit à l'oreille.

Suites opératoires simples. Le 22 octobre, l'appareil à traction est enlevé, la consolidation étant parfaite. Il n'y avait que de la raideur du genou, mais toujours pas d'épanchement.

20 novembre. Le genou contient peut-être un peu d'eau, mais le malade se lève et marche, sans se plaindre en aucune façon. Depuis quinze jours il est au régime du massage.

Exeat le 28 novembre : l'esthétique du membre ne laisse rien à désirer et le raccourcissement n'atteint pas un centimètre. Si on tient compte du fragment osseux enlevé, on peut considérer le malade comme guéri sans raccourcissement.

Remarques. — 1° Il n'est pas toujours aisé, dans une pseudarthrose ancienne, de dire quel a été le mécanisme de l'enclavement. Dans notre cas, il semblait que la gaine fibro-adipeuse du fémur (1) fût restée intacte en dehors et que le fragment supérieur l'ait ensuite traversée ; car la boutonnière avait juste le diamètre de la diaphyse.

2° Nous avions fait le diagnostic d'interposition musculaire. Il était erroné en partie ; il serait difficile en effet à la cuisse et dans une fracture récente de retrouver le signe d'Ollier : mouvements communiqués à la fracture par la contraction d'un muscle en particulier. La douleur ne permettrait guère ce mode d'investigation.

Mais il suffit de savoir qu'il y a interposition. M. A. Pollosson (2) nous a donné dans ce but deux signes : la mobilité en fléau et l'absence de crépitation. Dans un mémoire récent, Meyer (3) n'indique que ce dernier. Ces deux signes nous les avons trouvés et ce sont eux qui nous firent faire le diagnostic. On peut y ajouter le signe de Hueter, qui nous paraît fort utile. Il resterait peut-être à en approfondir un peu l'étude et l'emploi.

Enfin, mais sous toutes réserves, puisqu'il s'agit d'un cas unique, nous nous permettrons d'attirer l'attention sur le peu de douleurs, le peu de gonflement et l'absence d'hydarthrose. Nous n'avons pu comparer cet ensemble clinique à celui d'autres observations ; celles-ci, en effet, visent presque toutes des fractures anciennes, des pseudarthroses.

3° Au point de vue opératoire, ils semblent en effet assez rares les cas où l'on est intervenu, d'une manière PRÉCOCE, pour interposition dans les fractures. Le rapport de M. Heydenreich, si complet d'ailleurs, passe sous silence cette indication opératoire. Cependant, en 1893, M. A. Pollosson l'avait formulée et il la rappelait au Congrès de chirurgie de 1894 (4). A l'occasion du rapport de M. Nélaton sur les observations de M. Roux (de Marseille), la Société de chirurgie a discuté la question des interventions chirurgicales dans les fractures fermées. M. Nélaton (1) a rappelé qu'il était intervenu de bonne heure pour une fracture de jambe dont la réduction était impossible : il trouva une interposition du jambier antérieur. M. Delorme (2) admet aussi cette indication.

Elle nous paraît en effet des plus naturelles et nous ne savons à quoi attribuer le petit nombre de cas de ce genre. L'évidence et la simplicité de l'acte chirurgical en sont peut-être cause.

Nous n'avons pas fait de suture suivant le conseil de M. Hennequin (3).

4° Nous ne sommes intervenus qu'après l'échec manifeste de l'extension continue. M. le professeur Berger (4) fut beaucoup plus heureux ; car il parvint à réduire une fracture à enclavement manifeste grâce à l'appareil d'Hennequin. Si nous avions essayé ce dernier, peut-être aurions-nous réussi, mais nous en doutons, puisque sous le chloroforme et les doigts dans le foyer de la fracture, il nous fallut néanmoins le bistouri pour arriver à triompher de la résistance de cette boutonnière étroite, fibreuse, qui enserrait l'un des fragments.

(1) Par gaine fibro-adipeuse, nous entendons l'espèce de surtout qui sépare le fémur des muscles vastes.

(2) Pollosson. *Province méd.*, 23 déc. 1893, p. 609, n° 51.

(3) Meyer. Ueber Muskelinterposition bei Frakturen als Ursache der Pseudarthrosebildung, *Beitr. z. Klin. Chir.*, Bd XVI, Heft 2, 1896.

(4) Au sujet d'une communication de M. Rioblanc : « De l'intervention précoce dans les fractures non consolidées de l'humérus », Congr. de chir., séance du 13 oct. 1894.

(1) Nélaton. Séance du 13 juin 1894.

(2) Delorme. Séance du 20 juin 1894.

(3) Hennequin. De l'ostéotomie des os longs, *Rev. de chir.*, 1892, p. 674 et seq.

(4) Berger. Congr. de chir., séance du 25 oct. 1895, p. 603.

## DU SIGNE PALMO-PLANTAIRE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par M. le docteur Quentin,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

*Conclusions.* — Dans certaines maladies fébriles (fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose), les régions palmaire et plantaire peuvent prendre une coloration jaune spéciale. Pendant la convalescence, ces mêmes régions sont le siège d'une desquamation abondante. Ce fait constitue ce que, après M. Filipovicz, nous appelons le signe palmo-plantaire.

Dans la fièvre typhoïde, ce signe prend, par sa netteté et par sa très grande fréquence, une importance toute spéciale. Sans être pathognomonique, il peut contribuer à faciliter le diagnostic de cette maladie.

La pathogénie du signe palmo-plantaire reste obscure. Nous croyons cependant pouvoir l'expliquer par un trouble de nutrition des tissus épidermiques, trouble dû à l'élimination par la peau des produits toxiques fabriqués par la maladie. (*Arch. de méd.*)

## THÉRAPEUTIQUE

### Pommade contre les syphilides impétigineuses du cuir chevelu. (M. L. Phillips.)

| | | |
|---|---|---|
| Oxyde rouge de mercure. | ââ | 1gr50 |
| Oxyde de zinc. | | |
| Résorcine. . . . . . . . . . | | 60 centigr. |
| Vaseline . . . . . . . . . . | | 30 grammes. |

Mêlez. Usage externe. (*Progr. méd.*)

**Contre la toux opiniâtre chez les enfants, par le docteur Blache.**

Dans un verre de grog léger qu'on fait prendre par cuillerées à café, de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure, on ajoute de xx à xxx gouttes des mixtures suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| I. Teinture de drosera | 15 | grammes. |
| Teinture de racine d'aconit | 6 | — |
| Liqueur d'Hoffmann | 4 | — |
| II. Teinture de belladone | 6 | grammes. |
| Teinture de grindélia | 18 | — |
| Bromoforme | x | gouttes. |

III. Potion à donner toutes les heures par cuillerées à café :

| | | |
|---|---|---|
| Benzoate de soude | 4 | grammes. |
| Teinture de coca | 2 | — |
| Sirop de Tolu | 30 | — |
| Julep gommeux | 100 | — |
| Eau de laurier-cerise | 4 | — |

IV. Pour la nuit, 2 à 3 cuillerées à café du sirop composé :

| | | |
|---|---|---|
| Sirop d'hydrate de chloral | 15 | grammes. |
| Sirop de bromure de strontium | 20 | — |
| Sirop de polygala | 30 | — |
| Eau de fleur d'oranger | 6 | — |

(*Rev. de la tuberc.*)

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Code pratique des honoraires médicaux** (1), ouvrage indispensable aux médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants, magistrats, avocats, huissiers, etc., par le docteur Ch. Floquet, licencié en droit, médecin en chef du Palais de justice et du Tribunal de commerce. Préface de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

La question si délicate et si controversée des honoraires médicaux n'a jusqu'à ce jour fait l'objet d'aucun traité spécial et complet. C'est pour combler cette lacune que l'auteur, familier avec les études de droit et avec la pratique médicale, a écrit ce livre dont le caractère pratique n'échappera pas au lecteur.

L'ouvrage, mis au courant de la doctrine et de la jurisprudence des cours et tribunaux, s'adresse tout aussi bien à la magistrature et au barreau qu'au monde médical. « C'est, comme le dit si bien M. le professeur Brouardel, l'éminent doyen de la Faculté de Paris, l'exposé fidèle des difficultés auxquelles se heurte le praticien lorsqu'il se trouve en présence de clients ou de sociétés qui refusent de reconnaître le prix d'un service rendu. »

Ce nouveau livre se divise en deux parties : la première comprend dix-huit chapitres dont voici les sommaires :

I. Définition des honoraires; Des origines de la médecine : de la médecine théurgique et de la médecine laïque; Du droit reconnu aux médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes d'exiger des honoraires. — II. Des conventions d'honoraires. — III. Du prix des soins médicaux; Des tarifs d'honoraires. — IV. Des honoraires des médecins de sociétés de secours mutuels. — V. Des honoraires des médecins de l'assistance médicale gratuite. — VI. Des honoraires des médecins des compagnies d'assurances. — VII. Des honoraires médico-légaux. — VIII. Du prix des certificats, rapports et consultations médico-légales. — IX. De la fixation du prix des médicaments et autres produits pharmaceutiques. — X. De la comptabilité médicale. — XI. De la force probante des livres et registres tenus par les médecins. — XII. Du recouvrement des honoraires. — XIII. De la prescription des honoraires médicaux. — XIV. Du privilège des médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes. — XV. Des personnes responsables du paiement des honoraires; De la dette alimentaire; Des intermédiaires. — XVI. Des contestations d'honoraires. — XVII. De l'action des médecins, sages-femmes, dentistes, pharmaciens pour le paiement de leurs honoraires; De l'observation du secret professionnel dans leurs demandes en justice. — XVIII. Des diverses procédures à suivre dans les demandes d'honoraires.

L'appendice, qui constitue la deuxième partie de l'ouvrage, contient les lois, décrets, règlements, circulaires, etc., concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie, le choix des médecins-experts, les tarifs de leurs honoraires, l'assistance médicale gratuite à Paris et en province, le service médical de nuit, les sociétés de secours mutuels, l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels et les accidents du travail.

Enfin, deux tables des matières, l'une analytique, l'autre alphabétique, facilitent les recherches.

**Chirurgie du cou** (1), par Félix Terrier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, A.-G. Guillemain, chirurgien des hôpitaux de Paris, A. Malherbe, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ce volume est la continuation des monographies publiées par M. le professeur Terrier et ses élèves, d'après son cours de médecine opératoire de la Faculté de médecine de Paris.

Le volume est divisé en quatre parties : dans la première, consacrée à la chirurgie des voies aériennes, les auteurs étudient la laryngoscopie, le cathétérisme et la dilatation des voies aériennes, le traitement endo-laryngé et extra-laryngé des polypes et tumeurs du larynx, les laryngotomies, les laryngectomies, la trachéotomie. Dans la deuxième partie est étudiée la chirurgie du corps thyroïde : thyroïdectomie, exothyropexie, indications thérapeutiques du goitre. La troisième partie comprend la chirurgie de l'œsophage, et la quatrième la chirurgie des vaisseaux, des ganglions lymphatiques, des muscles et nerfs du cou : ligature des artères, anévrysmes, torticolis, etc.

**Les récréations d'un praticien** (2), par M. le docteur H. Pauthier (de Senlis).

Comme son titre peut le faire présumer, ce livre n'est pas une manifestation pédante de la science médicale pure; c'est une suite de causeries frappées au coin du bon sens et pleines de conseils pratiques, non seulement pour l'homme de l'art, mais pour le citadin et le paysan.

L'hygiène y tient une place honorable, mais les questions d'actualité médicale les plus récentes n'y sont pas négligées.

L'accueil bienveillant, fait depuis plusieurs années aux chroniques scientifiques de l'auteur par les lecteurs du *Petit Comtois*, l'une des feuilles les plus importantes et populaires de l'Est, est de bon augure pour le succès de cette modeste brochure.

Celle-ci, comme le dit le docteur H. Pauthier, dans sa préface, est écrite sans prétention, presque au courant de la plume, ce qui n'enlève rien à ses qualités. Les obligations d'un service de presse ont forcé parfois le chroniqueur

(1) 2 vol. in-18. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie et Marchal et Billard.

(1) In-12, 101 grav. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) Prix : 2 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

à faire quelques citations, mais celles-ci sont bien choisies et augmentent encore l'intérêt de l'ouvrage.

Les malades qui fréquentent les stations thermales y trouveront de sages avertissements, les voyageurs et les promeneurs d'utiles recettes et tous les lecteurs d'agréables passe-temps.

## HOPITAUX DE PARIS

### Les concours de l'Externat et de l'Internat. — Conditions d'admission. — Fonctionnement des jurys.

#### II. *Internat.*

Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élève interne. Ils ne peuvent, toutefois, prendre part à ce concours que pendant les sept années qui suivent la prise de leur première inscription de médecine. Les années de présence sous les drapeaux ne sont pas comptées dans ce délai.

Ces candidats au concours de l'internat ne peuvent être inscrits que sur le vu des pièces suivantes :

1° Un certificat constatant leur service en qualité d'externe, depuis le 1er mars 1898, sans interruption;

2° Des certificats délivrés par les médecins, chirurgiens ou accoucheurs, et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externe, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite;

3° Un certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine, et constatant la date de la prise de leur première inscription.

La nomination aux places d'interne vacantes et les prix à décerner aux élèves externes en médecine, sont l'objet d'un seul et même concours.

Les candidats qui désirent prendre part au concours devront se présenter au secrétariat général de l'Administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches ne peut être accueillie.

Le jury du concours de l'internat se compose de dix membres dont quatre médecins, quatre chirurgiens et deux accoucheurs, tirés au sort parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs, chef de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, et parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

On mettra dans l'urne, en même temps que les noms des médecins chefs de service et des médecins des hôpitaux, les noms des médecins chefs de service des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en exercice ou honoraires, et ceux des médecins-adjoints de ces quartiers; mais en aucun cas, le jury ne comprendra plus d'un médecin aliéniste.

Les épreuves du concours sont réglées comme il suit :

1° Une épreuve d'admissibilité, consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures;

2° Une épreuve orale sur les mêmes sujets. Il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui sera échue. A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent des accouchements.

Le jury se dédouble pour entendre la lecture des copies déposées par les candidats, en deux sections composées chacune de cinq membres, deux médecins, deux chirurgiens et un accoucheur, et chargées de juger : l'une, la question d'anatomie; l'autre, la question de pathologie.

Chacune des sections du jury fonctionne séparément dans les formes déterminées ci-après :

Les candidats rédigent leur composition d'anatomie et leur composition de pathologie sur deux cahiers séparés, qu'ils réunissent ensuite sous une même couverture après les avoir signées l'une et l'autre.

Dans une séance spéciale, le président du jury, assisté de l'un de ses collègues et en présence des candidats, tire au sort, et une à une, toutes les copies qui ont été déposées. Les noms que portent ces copies sont transcrits au fur et à mesure sur une liste et numérotés dans l'ordre du tirage. Les copies d'anatomie et les copies de pathologie sont séparées au fur et à mesure et placées, dans l'ordre du tirage, dans des cartons distincts.

Immédiatement après cette opération, il est procédé, par la voie du tirage au sort, à la constitution des deux sections du jury; la première section constituée est la section d'anatomie.

La section d'anatomie entend la lecture des copies dans l'ordre normal établi par le tirage au sort; pour la section de pathologie, l'ordre des lectures est déterminé ainsi qu'il suit : la liste numérotée des candidats étant divisée par moitié, les lectures commencent par la deuxième moitié pour se continuer ensuite par la première; dans chacune de ces deux séries on suit l'ordre du numérotage.

Lorsque la liste des candidats admis à prendre part à la deuxième épreuve a été arrêtée d'après l'addition des points obtenus dans chacune des deux sections du jury, celui-ci se reconstitue, par la réunion des deux sections, pour procéder, dans les formes ordinaires, à l'épreuve orale.

Pour la nomination des internes en médecine, la liste des candidats appelés à subir les épreuves de la deuxième série se compose d'un nombre triple de celui des places vacantes.

Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année, sont admis à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

A cet effet, leurs compositions sont mises à part, lors du tirage général des copies, pour être lues dans chacune des deux sections, dès les premières séances, dans les formes prescrites.

Cette lecture terminée, ces candidats sont appelés à subir l'épreuve orale devant les deux sections du jury réunies.

Ces deux sections se séparent ensuite pour entendre la lecture des autres candidats.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves du concours est fixé comme il suit :

Pour la composition écrite : épreuve d'anatomie, 15 points; épreuve de pathologie, 15 points = 30 points.

Pour l'épreuve orale : 20 points.

Le jugement des épreuves terminé, le jury procède au classement des candidats, et, par suite, un prix, un accessit et deux mentions sont décernés aux quatre premiers élèves dans l'ordre de leur nomination.

Le jury peut se faire présenter, au moment de porter son jugement, les notes confidentielles qui ont été délivrées par les chefs de service aux candidats, depuis qu'ils remplissent les fonctions d'externes dans les hôpitaux.

Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves internes en médecine et en chirurgie, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes. Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury dresse une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer, au besoin, les titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite. Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

*Avis spécial.* — Aux termes du règlement, les candidats à l'Internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'Externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions que s'ils se sont fait de nouveau recevoir externes.

Par application de cette disposition, les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'Externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons avec plaisir que M. le directeur de l'Assistance publique, soucieux des intérêts du corps médical, a fait afficher à la consultation gratuite de la Pitié l'avis suivant :

« La consultation est réservée aux malades indigents et nécessiteux. »

— Nous avons annoncé, dans notre dernier numéro, la nomination de M. Teissier, médecin principal de deuxième classe de la réserve de l'armée territoriale, au grade de chevalier de la Légion d'honneur. Pour compléter cette bonne nouvelle, il n'est pas inutile de faire remarquer que ce nouveau légionnaire est M. Joseph Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon et médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

— Par décret, en date du 10 juillet 1898, ont été nommés dans le cadre du corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

*Au grade de pharmacien principal de première classe.* — M. Moullade, en remplacement de M. Bouillon, retraité; maintenu à l'hôpital militaire de Vincennes.

*Au grade de pharmacien principal de deuxième classe.* — M. Roman, en remplacement de M. Moullade, promu; maintenu à l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon.

*Au grade de pharmacien-major de première classe.* — M. Jegou, en remplacement de M. Roman, promu; maintenu provisoirement à l'hôpital militaire de Rennes.

*Au grade de pharmacien-major de deuxième classe.* — M. André, en remplacement de M. Jegou, promu; maintenu à l'hôpital militaire d'Ajaccio.

— Par décision ministérielle, en date du 11 juillet 1898, sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Du Cazal, pour la place de directeur du service de santé du 5e corps d'armée; — Crussard, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Nice.

M. le médecin principal de deuxième classe Duchêne, pour l'emploi de médecin-chef à l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis.

MM. les médecins-majors de première classe Mestrude, pour le 117e d'infanterie; — Catrin, pour ordre à l'hôpital militaire de Lille; — Chagnaud, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Rouen; — Bercher, pour le 3e tirailleurs algériens; — Sudour, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Castres; — Jarry, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Vignol, pour le 14e d'artillerie; — Lucas, pour le 26e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Labroue, pour le 13e bataillon d'artillerie à pied; — Tisserant, pour la poudrerie militaire du Bouchet; — Chêne, pour le 12e bataillon de chasseurs à pied; — Pettier, pour le 24e dragons; — Ecot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Keim, pour le 83e d'infanterie; — Bassères, pour les batteries alpines du 19e d'artillerie, à Nice; — Lansac, pour le 5e d'infanterie; — Louis, pour le 140e d'infanterie; — Friant, pour la direction du service de santé du 5e corps d'armée; — Claude, pour le 1er régiment du génie, détaché à Verdun; — Chambaud, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Cuvillier, pour le 27e d'infanterie; — Thooris, pour le 45e d'infanterie; — Franquet, pour le 4e zouaves.

MM. les médecins aides-majors de première classe Verse, pour le 38e d'artillerie; — Saint-Paul, pour le 4e tirailleurs algériens; — Breuil, pour le 101e d'infanterie.

MM. les pharmaciens principaux de deuxième classe Barillé, pour l'hôpital militaire Saint-Martin; — Frizac, pour l'hôpital militaire de Marseille.

M. le pharmacien-major de première classe Jehl, affecté au ministère de la Guerre (7e direction).

M. le pharmacien-major de deuxième classe Daviron, pour l'hôpital militaire de Bel-Abbès (division d'Oran).

M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Deman, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

— M. le docteur Ph. Tissié, président de la Ligue girondine, a été décoré de l'ordre de chevalerie de Vasa, au titre du mérite civil.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Lande, atteint par la limite d'âge, est nommé médecin honoraire des hôpitaux.

M. le docteur Bouvet passe de l'Hospice général à l'hôpital Saint-André, en remplacement de M. le docteur Lande.

M. le docteur Auché passe de la section des vieillards de l'Hospice général au service des incurables et du quartier d'isolement dudit hospice, en remplacement de M. Bouvet.

M. le docteur Mesnard passe de l'hôpital Saint-André à l'Hospice général, comme médecin titulaire de la section des vieillards en remplacement de M. le docteur Auché.

M. le docteur Mongour, médecin-adjoint, passe de l'Hospice général (section des incurables) à l'hôpital Saint-André.

M. le docteur Lamacq, médecin-adjoint nouvellement promu, attaché à l'Hospice général (section des vieillards), est chargé, en outre, du service des incurables, comme adjoint de M. le docteur Auché.

— MM. les médecins de première classe Guillarmou, destiné aux troupes à Madagascar, et Conan, du port de Lorient, sont autorisés à permuter.

— La réunion mensuelle de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris aura lieu mercredi prochain, 20 de ce mois, à huit heures et demie précises du soir.

Ordre du jour. — Lecture du procès-verbal de la dernière séance. — Correspondance et communications diverses, par M. Billon, secrétaire général. — Rapport sur la candidature de M. Fauvel (XVIIe arrondissement), 4, r. Gustave-Doré, par M. Benoit. — Lecture et approbation du travail présenté au Congrès de la tuberculose, par MM. Séailles et Dufournier, délégués de la Société. — Prophylaxie des maladies contagieuses, et en particulier de la tuberculose, dans le service des bureaux de bienfaisance, par M. Barbillion. — Un moyen pour supprimer le double des ordonnances, par M. L. Gourichon. — A propos d'une réinvestiture. — Questions diverses.

— *Remplacement.* — Un étudiant, pourvu de tous ses examens de médecine, demande à faire un remplacement. — S'adresser à M. Maréchal, 15, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion aux Gorges du Tarn, par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'agence Desroches, des excursions aux Gorges du Tarn, du 23 juillet au 3 août, du 13 au 24 août et du 10 au 21 septembre.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 325 fr.; 2e classe, 275 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, à l'agence Desroches, 31, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 82. — JEUDI 21 JUILLET 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 21 JUILLET 1898. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jules Auclair communique à l'Académie ses recherches personnelles sur la pneumonie tuberculeuse. Nous reproduisons *in extenso* cet intéressant travail.

La déclaration obligatoire des maladies transmissibles continue à être un sujet de discussion dans la pratique médicale. M. Henri Monod, répondant à M. Ferrand, défend cette déclaration imposée au médecin. Une nouvelle loi doit multiplier les facilités données au public pour la désinfection après maladie contagieuse déclarée. M. Ferrand demande qu'on amende la loi de manière à satisfaire certaines susceptibilités légitimes. M. Cornil rappelle, de son côté, que la loi qui repose depuis tantôt quatre ans au Sénat organisera les services de désinfection. Il propose de demander à l'Académie de provoquer le vote de cette loi.

Signalons, enfin, une note de MM. Cornil et Carnot sur la régénération des muqueuses, et la présentation d'une malade chez laquelle M. Picqué a enlevé un enchondrome de la face ; l'opération avait nécessité la ligature préalable des deux carotides externes.

L'Académie a procédé à deux élections de correspondants nationaux. On été élus : MM. Laulanié (de Toulouse) et Thierry (de Beaune).

### HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. PHOCAS.

#### Les nouveaux procédés dans la cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant.

Préoccupés de faire une cure radicale digne de ce nom, les chirurgiens ont adopté, depuis un certain temps, quelques modifications de technique opératoire, destinées à supprimer non seulement le sac herniaire, mais à oblitérer aussi le trajet.

La difficulté de la cure radicale de la hernie inguinale réside dans l'obligation de laisser un passage au cordon. Ce passage, on peut du moins le rétrécir au minimum. C'est le principe qui a guidé Bassini dans sa méthode. Après avoir fendu l'aponévrose du grand oblique dans toute l'étendue du trajet inguinal, Bassini découvre le sac et isole le collet jusque dans la fosse iliaque. Il dissèque ensuite le corps et le fond du sac, l'ouvre et traite le contenu selon les règles habituelles. En dernier lieu le collet est lié. En un mot, l'extirpation du sac et la ligature du collet se font suivant les règles ordinaires. Mais à partir de ce moment commence un nouvel acte opératoire, qui a pour but la réfection du canal inguinal.

Par une série de sutures, on reconstitue la paroi postérieure du trajet inguinal en abaissant le petit oblique, le transverse et le fascia transversalis, et en réunissant ces trois couches avec le bord postérieur de l'arcade de Fallope. Cette suture comprend en dedans le grand droit abdominal dont le bord externe est suturé au pubis.

Le cordon d'abord écarté est remis en place, et la reconstitution du grand oblique termine l'opération.

On a modifié le procédé de Bassini, et on a placé le cordon tantôt en avant du grand oblique, au risque de l'étrangler ; tantôt en arrière, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. On a même voulu déplacer le cordon et lui faire décrire un long chemin détourné pour ne pas le laisser dans l'ancien trajet inguinal. Quoi qu'il en soit de ces modifications, dont les unes sont excellentes, d'autres difficiles et peu avantageuses, le procédé de Bassini a fini par réunir la plupart des suffrages ; et des travaux du professeur Berger, ainsi que d'une récente communication de M. Villar au Congrès de chirurgie, il résulte que le procédé a acquis droit de cité en France. Il offre des avantages réels sur l'adulte. En est-il de même dans la cure radicale des hernies inguinales des enfants ?

On a pensé que, la hernie congénitale de l'enfant étant une véritable malformation du canal péritonéo-vaginal, il suffisait de supprimer le canal perméable pour voir disparaître la hernie.

Mais de bonne heure les opérateurs ayant acquis une grande expérience de la cure radicale de la hernie infantile, ont dû constater qu'à côté de la malformation du sac, il existait une malformation plus ou moins considérable des parois. Aussi, voyons-nous M. Félizet s'évertuant à réunir les piliers à l'aide d'une suture double, M. Broca opérant une suture des parois, se rapprochant du procédé Bassini.

Depuis longtemps, j'ai adopté moi-même comme règle de conduite invariable la suture exacte des piliers avec une partie des muscles sous-jacents. Reste à savoir si l'exécution

régulière du procédé Bassini type ne serait pas plus avantageuse dans tous les cas où elle est possible.

A cet égard, on doit distinguer les hernies des enfants nouveau-nés des hernies de la seconde enfance.

La distinction entre ces deux sortes de hernies est sans doute artificielle et basée sur une question d'âge variable selon les auteurs. Mais il n'est pas moins vrai que les différences s'observent quand on considère une hernie d'un tout jeune enfant en regard d'une hernie d'un enfant de cinq ou six ans.

D'accord avec la plupart des chirurgiens, j'appelle hernie des jeunes enfants, celle qui est traitée avant deux ans.

Avant de discuter quel est le meilleur procédé opératoire pour ces sortes de hernies, je désire dire un mot des indications. Faut-il opérer les hernies sur les jeunes enfants? Je n'hésite pas à répondre que l'indication opératoire, dans ces cas, est exceptionnelle, non pas sans doute à cause de la gravité, mais surtout à cause des difficultés du traitement. On ne doit donc intervenir que dans des cas déterminés. L'incoercibilité et le volume de la hernie, produisant des troubles nerveux du côté de l'état général, telle me paraît être l'indication opératoire par excellence. Dans ces conditions, je suis souvent intervenu, comme tant d'autres chirurgiens, et avec succès. L'étranglement herniaire sur les jeunes enfants me paraît rare et bénin, et contrairement à une opinion autorisée, je pense qu'il faut plutôt pratiquer le taxis et opérer à froid toutes les fois que cela est possible. Voilà pour les indications.

Quant à la technique, je ne crois pas que ces hernies puissent bénéficier des procédés modernes. Les conditions anatomiques se prêtent mal à une opération très bien réglée. Les dispositions anatomiques sont spéciales. Du côté du sac, ainsi que l'a signalé Karenski, la membrane est mince comme une toile d'araignée et elle est très friable. Le cordon y est adhérent et ses éléments sont disséminés à sa surface. Ces dispositions du sac rappelées par Frœlitz (de Nancy), dans une très intéressante communication au Congrès de chirurgie (1897), ne sont que trop fréquemment observées. Tous ceux qui ont pratiqué des cures radicales ont eu à lutter contre l'extrême friabilité du sac et son extrême adhérence.

Du côté des parois abdominales il existe d'autres difficultés. Le tissu fibreux n'est pas encore parfaitement formé; l'aponévrose du grand oblique, si nettement dessinée sur l'adulte, est à peine esquissée en tant que tissu fibreux. Comme le dit en excellents termes M. Félizet : « Ce qui chez l'adulte est fibreux, résistant et palpable est, là, lamellaire, fuyant et imperceptible. »

M. Félizet rapporte dans son excellent livre une expérience cadavérique où il lui a été impossible d'exécuter le procédé typique de Bassini, « non pas parce que sur le jeune enfant le champ opératoire n'avait guère que 6 centimètres de longueur, mais parce que nous ne trouvions pas, avec la meilleure volonté du monde, les plans que Bassini commande de saisir et de suturer, notamment pour reconstituer la paroi postérieure du trajet inguinal. »

Voilà donc des dispositions anatomiques qui paraissent contre-indiquer un procédé minutieux sur le jeune enfant. Ajoutez-y l'intérêt majeur d'une opération rapidement menée à cet âge, et vous aurez réuni les considérations qui s'opposent, dans ces cas, à une cure radicale, selon le procédé de Bassini ou ses similaires.

Il résulte de ces considérations, que, dans la cure radicale des hernies des jeunes enfants, loin de chercher à compliquer l'opération par une réfection minutieuse et aléatoire des parois abdominales, il serait à désirer qu'on simplifiât le manuel et qu'on le réduisît au strict nécessaire.

Cette simplification a tenté M. Frœlitz (de Nancy), et, dans sa communication au Congrès de chirurgie, il a présenté une technique permettant la cure radicale sans ouverture du sac, avec la simple ligature et la dissection du collet. A ce propos, M. Broca se demande quel intérêt il y a à ne pas ouvrir le sac, du moment qu'on s'est entouré de précautions antiseptiques qui, à la vérité, ont été rarement en défaut, puisque la mortalité est minime. Je me permettrai de faire observer que l'intérêt de la non-ouverture du sac, je la comprends pour les deux raisons suivantes : l'impossibilité d'une contamination péritonéale, l'assurance de ne pas voir faire irruption au dehors un paquet d'anses intestinales, difficiles à réduire. Je m'explique :

Sans doute la péritonite est rare et, d'accord avec M. Broca, j'admets l'égalité de tous les âges devant la péritonite, mais je ne puis m'empêcher d'être impressionné par les deux morts opératoires, les seules que j'eus à enregistrer sur un total de cent hernies, morts qui sont justement survenues dans deux cures radicales de hernies d'enfants jeunes. L'une de ces hernies (la première en date) était étranglée. L'observation a été publiée dans la thèse de mon élève Jacquemelle. L'autre, récemment observée, concernait un enfant de quatre mois, dont la hernie très volumineuse ne pouvait se réduire qu'avec la plus grande difficulté. Je suis parvenu avec peine à réduire les anses intestinales pendant l'opération. J'ai essayé ensuite de libérer le sac qui était mince, adhérent et friable. Pour ne pas prolonger les manœuvres, je me suis alors décidé à terminer l'opération par une suture en bourse du collet.

L'enfant, remis de son opération, était apyrétique lorsque, sans que rien puisse faire prévoir cette issue, au bout de quarante-huit heures il expira d'une façon subite. Rien à l'autopsie ne me permit de trouver une cause à cette mort. Le péritoine était sain, sec, grisâtre, nullement injecté. Le poumon, le cœur, le cerveau paraissaient sains, excepté une certaine congestion cérébrale.

Quoi qu'il en soit, je tiens à constater, à propos de ce fait, que le collet du sac réuni en bourse paraissait bien oblitéré. Je trouve, dans le livre de M. Félizet, un autre exemple du même genre, et j'en conclus que, dans la cure radicale de ces sortes de hernies, l'irruption des anses intestinales est un accident à redouter, et que la dissection du sac n'est pas toujours si aisée qu'on a bien voulu l'affirmer. L'intérêt de ne pas ouvrir le sac me paraît donc évident, et je trouverais le procédé de M. Frœlitz parfait, s'il isolait son pédicule et s'il le séparait du reste. Le reproche que j'adresse à ce procédé, est de ne pas rendre suffisamment indépendant le collet du sac d'avec le fond, de ne pas lui assurer une libre montée dans le ventre et de faillir ainsi à une condition que Lucas-Championnière nous a habitués à considérer comme capitale d'une bonne cure radicale. Avant M. Frœlitz j'ai mis en usage trois fois un procédé qui s'en rapproche, à l'ouverture du sac près. Me trouvant en présence d'un sac difficile à disséquer, je me suis contenté de l'ouvrir, de réduire le contenu et de suturer le collet en bourse. Pour libérer ensuite le collet du sac, j'ai pratiqué, de dedans en dehors, une incision circulaire sur la face interne du sac, à 2 centimètres au-dessous

de la suture, et j'ai disséqué de bas en bas et de dedans en dehors.

Si j'avais à pratiquer une cure radicale d'après le procédé de M. Frœlitz, après avoir isolé et lié le collet, j'en pratiquerais la section au-dessous de la ligature, afin de lui permettre une ascension facile dans l'abdomen.

De tout cela, il résulte que, dans la cure radicale des hernies des jeunes enfants, les véritables nouveaux procédés consistent à simplifier l'acte opératoire, à le limiter au strict nécessaire et à ne pas s'acharner à une dissection du sac qui peut devenir funeste.

Les nouveaux procédés de cure radicale acquièrent toute leur valeur dans les opérations faites sur des enfants plus âgés. Ces hernies, je les traitais autrefois par l'extirpation du sac, la ligature du collet et la suture des piliers et de l'aponévrose du grand oblique, en cherchant à comprendre dans cette suture le plus de tissu que je pouvais trouver. Pendant quelque temps, je laissais la peau ouverte, sans sutures cutanées, et ce procédé m'a donné d'excellents résultats. La plaie cutanée était d'ailleurs rapprochée par les sutures profondes que j'étageais par des surjets de catgut. La réunion secondaire, une réunion aseptique et sans suppuration, m'assurait une cicatrice solide et j'ai dû, à cette manière de faire, la rareté de mes récidives. Je n'ai vu, en effet, sur 100 cures radicales de hernies qu'une seule récidive.

Dans ces derniers temps, j'ai essayé du véritable procédé de Bassini, que j'ai exécuté cinq fois sur des enfants âgés de deux ans à cinq ans. Le résultat a été excellent. Dans ces cinq cas, l'opération n'a pas été considérablement allongée par la suture des différents plans. On ne voit pas, il est vrai, comme sur l'adulte, le bord postérieur de l'arcade de Fallope et c'est sur toute l'arcade que les muscles sont fixés. Mais ce point me paraît secondaire dès l'instant qu'on a pu abaisser et maintenir une sangle musculaire résistante.

Voici comment je pratique cette opération : je découvre l'orifice inguinal externe et je fends l'aponévrose du grand oblique dans toute l'étendue du trajet inguinal. Je cherche ensuite et isole le sac en poursuivant son décollement avant de l'ouvrir. L'ouverture du sac me permet de traiter le contenu, de libérer le fond, de l'exciser et de lier le collet. Je procède alors à la dissection des deux lèvres de l'incision de l'aponévrose du grand oblique. Je vais à la recherche du muscle droit, dont le bord extrême est suturé au pubis avec des fils de soie. Les muscles petit oblique et tranverse, attirés en bas en en dehors, viennent se fixer par des points de suture successifs à l'arcade de Fallope, que je découvre suffisamment pour pouvoir passer dans son épaisseur mon aiguille. Le cordon a été préalablement récliné. Remis en place, après avoir rétréci sa sortie, je continue par la reconstitution de l'aponévrose du grand oblique que je poursuis jusqu'à la suture des piliers. Dans ces cas, j'ai fait la suture cutanée.

J'arrive, à présent, à quelques modifications de technique récemment introduites, qui ont pour but de supprimer, dans la cure radicale des hernies, les fils perdus. Depuis longtemps on a observé que les fils de soie avaient la fâcheuse tendance de provoquer consécutivement des petits abcès. Ces abcès tardifs dans la cicatrice, je les ai observés lors de mes premières opérations. Les mêmes inconvénients ne sont pas à redouter avec le catgut aseptique, comme par exemple le catgut de Répin ; malheureusement, le catgut se résorbe si rapidement qu'on peut concevoir des doutes sur l'efficacité de la réunion des tissus fibreux profonds. M. Félizet ayant employé le catgut dans ses premières opérations, a attribué à la disparition trop rapide de cet agent de rapprochement la récidive de huit hernies sur vingt-quatre. Aussi n'a-t-il pas tardé à abandonner le catgut pour avoir recours au fil métallique (fils d'or vierge ou de platine). Dans quelques rares circonstances, ces fils métalliques n'ont pas été mis à l'abri d'une élimination tardive.

On voit combien cette question est importante. J'ajoute que c'est pour éviter en partie ces inconvénients d'une élimination tardive et pour avoir en même temps une cicatrice plus solide, tout en employant le simple fil de catgut, que j'ai conseillé et pratiqué la cure radicale sans réunion cutanée, procédé qui, je le répète, n'est pas à dédaigner.

Dans ces derniers temps, on a voulu supprimer purement et simplement les fils perdus, tout en assurant la réunion primitive de la peau et des parties profondes. On s'est adressé dans ce but aux sutures temporaires, profondes, qui se nouent à l'extérieur et qu'on peut facilement enlever. Plusieurs chirurgiens, Poullet, Defontaine, Jonesco, se sont engagés dans cette voie. Mais la tentative la plus originale est certainement celle du professeur Duplay et de M. Cazin. Indépendamment des sutures profondes destinées au rapprochement des parois, ces auteurs ont réalisé l'occlusion du sac sans ligature. Le sac, isolé et disséqué, est noué sur lui-même et, divisé ensuite verticalement du fond au collet, peut être plusieurs fois renoué. Avec les deux lanières du sac, les mêmes auteurs ont pu reconstituer la paroi postérieure du canal inguinal, en se servant de ces lanières comme de fils organiques résorbables, et M. Faure a employé un procédé analogue dans la reconstitution des piliers.

Que faut-il penser de ces procédés ?

En ce qui concerne la suppression des fils perdus à l'aide de sutures temporaires traversant la peau, le procédé est applicable sur l'enfant. Deux fois, je l'ai employé aisément. On peut d'ailleurs modifier à l'orifice le passage de ces fils et les disposer de façons différentes. Il serait, me semble-t-il, abusif de décrire, à propos de chacune de ces modifications, un procédé d'auteur. Le procédé consiste à traverser, par des fils métalliques ou autres, les parois abdominales dans leur totalité et de nouer les fils au dehors, de manière à pouvoir les extraire au bout de quelque temps. Ce procédé était d'ailleurs autrefois usité dans les laparotomies et je ne pense pas qu'il ait survécu. Je souhaite qu'il soit plus efficace au niveau de la région inguinale, mais ce qui me fait douter de son efficacité, c'est le peu de temps que ces fils temporaires restent en place.

Au bout de quinze jours, je dus les enlever sur mes deux malades. Ils menaçaient de couper la peau. Je dois à la vérité de dire que les deux cas ainsi traités restent guéris. Mais si quinze jours à trois semaines sont un maximum, qu'on ne peut raisonnablement dépasser sans enlever ces fils, je me demande en quoi cette suture peut être supérieure aux gros fils de catgut, qui ne se résorbent qu'au bout de trois semaines environ.

Tout en admirant l'ingéniosité du procédé de l'auto-occlusion du sac, je le crois peu pratique sur les enfants, dont l'étendue du sac n'offre pas beaucoup de ressources. D'ailleurs, il s'agit là d'une occlusion des séreuses, qui s'obtient, comme on sait, en quelques heures et le catgut aseptique peut arriver à un aussi bon résultat à peu de frais.

Pour me résumer, il faudrait peut-être retenir de ces

nouvelles tentatives dans la cure radicale des hernies, qu'il est avantageux, chez les enfants, de poursuivre la cure radicale aussi bien par l'extirpation du sac que par la réfection aussi complète que possible des parois, sauf en ce qui concerne la cure radicale des enfants jeunes, où la rapidité de l'acte opératoire doit primer. Il convient aussi de tenir compte des efforts qu'on a tentés dans la suppression des fils perdus et tout en se servant du catgut pour l'occlusion du collet, il ne serait peut-être pas mauvais de pratiquer une ou deux sutures temporaires plutôt que d'amonceler dans la plaie une grande quantité de fils de soie. Mais je ne puis cependant m'empêcher de croire que l'avenir consacrera l'usage des fils perdus de bonne soie ronde, qu'on arrivera à rendre parfaitement aseptique, sans la priver de sa résistance.

## RECHERCHES SUR LA PNEUMONIE TUBERCULEUSE

Par le docteur Jules Auclair.

Dans ces dernières années, le dualisme ancien de Virchow, si éloquemment réfuté par M. Grancher et l'école anatomo-pathologique française, tend à s'affirmer de nouveau, au nom de la bactériologie. Il n'est plus question, sans doute, de séparer du processus tuberculeux la caséification proprement dite, mais l'hépatisation ; la pneumonie banale qui précède la dégénérescence caséeuse serait engendrée par des microbes étrangers : pneumocoques, streptocoques, tétragènes, et c'est seulement sur ces lésions que viendrait se greffer le bacille de Koch, pour en amener la caséification (Strümpell, Aviragnet, Ortner, Marfan).

A ces affirmations, je vais opposer le résultat de mes recherches personnelles poursuivies dans le laboratoire de M. le professeur Grancher, résultat qui concorde, du reste, avec les faits anatomiques observés (Cornil, Grancher, Renaut et Riel, A. Frænkel et Troje).

Parmi les nombreuses toxines sécrétées par le bacille de Koch, il en est une que j'ai particulièrement étudiée dans ma thèse inaugurale (1) et dans un mémoire plus récent (2), c'est l'extrait éthéré du bacille tuberculeux humain, auquel j'ai donné le nom d'éthéro-bacilline humaine. Celle-ci, très adhérente aux corps bacillaires, représente la substance grasse sécrétée par l'agent microbien. Par son action sur l'homme ou l'animal inoculé, elle appartient aux poisons locaux du bacille de Koch. En injections sous-cutanées chez le cobaye et le lapin, elle produit au point d'inoculation des abcès caséeux. J'ai pensé que cette substance était le facteur principal, sinon exclusif, de la suppuration, de l'hépatisation et de la caséification tuberculeuses.

Pour le démontrer, j'ai inoculé dans la trachée de cobayes et de lapins l'éthéro-bacilline humaine préalablement diluée dans une petite quantité d'eau stérilisée. Les résultats anatomiques, toujours du même ordre, ont été variables dans leur aspect, suivant la quantité de substance inoculée, et le temps qui séparait la date d'inoculation de celle de la mort des animaux.

Dans les cas d'injection massive, les animaux sont morts vite : trente-six à quarante-huit heures après l'inoculation. A l'œil nu, les poumons présentaient des foyers d'hépatisation rouge broncho-pulmonaires et pseudo-lobaires. La base était généralement plus atteinte que le sommet. Sur des coupes histologiques se voyait une alvéolite fibrino-catarrhale très accusée, avec prédominance de l'élément fibrineux. Les lésions étaient surtout marquées autour des bronches.

Chez les animaux inoculés avec des doses moins considérables, mais répétées, la survie a été plus longue : vingt à trente jours.

L'hépatisation grise remplaçait l'hépatisation au premier degré, dans la plupart des foyers broncho-pulmonaires ; histologiquement, le processus fibrineux, encore très apparent, cédait le pas au processus catarrhal.

Enfin, dans les cas où les inoculations intra-trachéales avaient été réparties sur un assez long espace, plus de trois mois dans un cas, j'ai pu reproduire la lésion caractéristique de la pneumonie caséeuse. Au milieu des zones d'hépatisation fibrino-catarrhale se voyaient des amas en pleine dégénérescence vitro-caséeuse. En maints endroits, nous avons retrouvé la dégénérescence vitreuse si admirablement décrite par M. Grancher, dans son mémoire de 1878.

Dans les lésions provoquées par l'éthéro-bacilline humaine, je n'ai pu constater la formation de cellules géantes véritables. Celles-ci, au contraire, ont pu être retrouvées tout à fait typiques, dans des pneumonies tuberculeuses survenues à la suite de l'inoculation de l'extrait chloroformé.

J'ajouterai que l'autopsie de tous les animaux inoculés ayant été pratiquée de suite après la mort, la pulpe du poumon puisée de préférence au niveau des points hépatisés ou caséeux, a pu être ensemencée, chaque fois, sur plusieurs tubes d'agar. Jamais nous n'avons observé le développement de germes. C'est donc bien aux poisons inoculés qu'il faut rapporter les lésions décrites.

On peut conclure : 1° la pneumonie tuberculeuse à tous ses stades : hépatisation rouge, hépatisation grise, dégénérescence caséeuse, est l'œuvre du bacille de Koch et non de microbes surajoutés ;

2° Cette pneumonie est l'œuvre d'une toxine sécrétée par le bacille tuberculeux humain : éthéro-bacilline surtout et aussi la chloroformo-bacilline. Nous croyons être le premier à avoir nettement défini cette substance et à en montrer l'action spécifique dans le processus de la pneumonie tuberculeuse.

(1) J. Auclair. *Étude expérimentale sur les poisons du bacille tuberculeux humain. Essais de vaccination et de traitement*, Th. de Paris, 1897.

(2) J. Auclair. Les poisons du bacille tuberculeux humain. La dégénérescence caséeuse (2e mémoire) (pour paraître en juillet (in *Rev. de la tuberculose*).

## RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

### SUR LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DU SÉRUM ARTIFICIEL DANS LA TUBERCULOSE

Par L.-B. Terre,

Préparateur à la Faculté des sciences de Dijon.

L'injection de sérum artificiel détermine, chez les cobayes tuberculeux, une réaction fébrile comme celle que provoque la tuberculine ; une réaction de même ordre se produit chez les cobayes sains, mais elle est très faible. Le seul fait à retenir, c'est que l'hyperthermie, chez les tuberculeux, est très notable et constante. — Une élévation de température notable ne se produit que chez des animaux nettement tuberculeux ; dans les premiers temps d'évolution de la maladie, les cobayes ne réagissent pas ou très peu. — Ces injections semblent inoffensives, car des cobayes, sou-

mis plus de vingt fois à ce traitement et inoculés de tuberculose depuis plus de deux mois, sont encore vivants actuellement. — La réaction paraît due aux sels de soude, l'inoculation d'eau pure ou de bouillon étant sans effet. (*Bourgogne méd.*)

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juillet 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### RAPPORT

**La tuberculose dans la marine.** — M. LE ROY DE MÉRICOURT lit un rapport sur un mémoire de M. Vincent, médecin de la marine, consacré à la fréquence de la tuberculose dans la flotte française de 1888 à 1897.

Les relevés faits à l'hôpital de la marine de Brest notent, pour 15361 malades, 501 décès, dont presque la moitié (exactement 46,8 p. 100) a été causée par la tuberculose. La proportion de la mortalité est plus élevée chez les sous-officiers, ainsi que chez les mécaniciens et les chauffeurs et, en général, chez les hommes que leur emploi force à séjourner presque constamment dans les profondeurs du navire.

La morbidité par tuberculose serait de 10,3 pour 1000 sur les navires faisant campagne, de 10,6 sur les navires en station de la flotte des Antilles et de l'Amérique du Nord, de 8,26 pour la flotte de la Méditerranée et de 10 pour 1.000 pour l'escadre du Nord.

Ces chiffres montrent qu'il est nécessaire de prendre, pour l'armée de mer, des mesures prophylactiques aussi énergiques que pour l'armée de terre ; en particulier, il faut redoubler de vigilance à l'égard des admissions, éviter l'encombrement et le surmenage, lutter contre l'alcoolisme, en un mot, combattre toutes les causes de déchéance.

### LECTURE

**Vomissements incoercibles de la grossesse.** — MM. GAUTHIER et LARAT communiquent les résultats de l'emploi de l'électricité dans ces vomissements. Trente observations jointes à cette étude démontrent l'efficacité de ce traitement.

### DISCUSSION SUR LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

M. HENRI MONOD. En 1896, l'administration a reçu 23444 déclarations ; en 1897, 26985.

L'administration fait tout son possible pour obtenir des médecins la déclaration ; si elle ne provoque pas plus souvent de poursuites, c'est qu'elle n'est informée de la non-déclaration que lorsqu'il en est résulté évidemment un dommage public, tel qu'une épidémie. L'administration n'a donc pas renoncé à exercer des poursuites et continuera à faire son devoir.

Quant à la possibilité de faire faire les déclarations par d'autres personnes que le médecin, ce point a déjà été soulevé lors de la discussion de la loi au Sénat. Il a établi qu'en dehors des médecins et de quelques initiés, le public est généralement convaincu qu'il y aurait préjudice pour lui à faire la déclaration, et il a été rappelé que certaines autorités communales s'étaient parfois comportées comme si elles partageaient cette manière de voir. Toutefois, la loi en préparation sur l'hygiène publique étend le droit de faire la déclaration aux chefs de famille, aux maîtres d'hôtel et aux personnes qui soignent le malade.

Un obstacle à l'application de la loi est le défaut de suites données à la déclaration, dans les villes où il n'est pas organisé de service de désinfection. Mais il ne faut pas oublier que la loi en question n'est qu'une étape, et que la nouvelle loi tendra à multiplier les facilités données au public pour la désinfection après maladie contagieuse déclarée.

M. FERRAND. Les chiffres cités par M. Monod prouvent que les déclarations sont encore bien peu nombreuses eu égard au nombre considérable de maladies transmissibles. Chargé l'an dernier du rapport sur les maladies contagieuses, il a pu constater que, dans un grand nombre de départements, la plupart des médecins ne faisaient pas la déclaration, et, par des conversations, il a pu se rendre compte qu'ils avaient scrupule de faire une besogne qu'ils considéraient comme indigne, lorsqu'ils devaient faire la déclaration à l'insu de la famille, en se cachant d'elle, ou quelquefois même malgré son opposition. Il faudrait, en outre, être certain que la déclaration entraînera, par elle seule, la désinfection.

M. CORNIL. Déclaration et désinfection sont, en effet, deux termes inséparables, mais la déclaration doit précéder la désinfection. Une loi, en préparation depuis quatre ans, sur l'hygiène publique, organisera les services de désinfection.

M. LEBLANC. Le vétérinaire, en faisant la déclaration, lèse les intérêts immédiats de son client, mais, comme il peut éviter par sa déclaration des épizooties qui coûtent au pays des millions, il ne doit jamais hésiter à déclarer un cas de maladie contagieuse.

### COMMUNICATIONS

**Régénération des muqueuses.** — MM. CORNIL et CARNOT ont étudié la régénération de la muqueuse urétérale, en ouvrant l'uretère selon son axe longitudinal et en l'abandonnant dans le péritoine, où il reste étalé et en contact avec le grand épiploon qui vient s'accoler à lui.

Sur les coupes histologiques des pièces ainsi obtenues on voit, à la surface de la muqueuse, les cellules épithéliales désintégrées par un exsudat liquide et par des globules blancs ; il se produit un clivage entre les cellules profondes et les cellules superficielles, et celles-ci se décalquent, pour ainsi dire, sur l'épiploon où elles se greffent.

La fente qui résulte de ce clivage se transforme consécutivement en une véritable cavité, qui prend peu à peu la forme cylindrique et rétablit ainsi la continuité de l'uretère. Ce mécanisme est analogue aux greffes des épithéliomes, sur les parois des séreuses qui se trouvent en contact avec eux.

MM. Cornil et Carnot ont étudié de même la régénération de la muqueuse de la corne utérine de la chienne, à l'état normal, à l'époque du rut et pendant la grossesse, ainsi que la régénération de la muqueuse vésicale. Le processus de réparation de ces muqueuses est le même que celui décrit pour la muqueuse uretérale.

**Recherches sur la pneumonie tuberculeuse.** — M. JULES AUCLAIR fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 764.)

### PRÉSENTATIONS DE MALADES

**Enchondrome de la face.** — M. PICQUÉ présente une malade à laquelle il a pratiqué, pour une énorme tumeur de la face, la résection des maxillaires. L'opération a nécessité la ligature préalable des deux carotides externes. L'examen histologique de la tumeur, fait par M. Macé, a montré qu'il s'agissait d'un enchondrome pur.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences vient de procéder à l'élection d'un membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie.

Au premier tour de scrutin, M. le professeur Mosso (de Turin) obtient 28 voix contre 11 accordées à M. le docteur Zambaco pacha (de Constantinople).

M. Mosso est proclamé membre correspondant de l'Académie.

— L'inauguration des nouvelles galeries de paléontologie du Muséum a lieu aujourd'hui 21 juillet.

— M. le médecin principal Trabaud, médecin-major du 7e régiment d'infanterie de marine à Rochefort, est désigné pour remplacer aux bataillons de l'arme détachés à Paris M. le docteur Jan, nommé médecin d'une division de l'escadre de la Méditerranée.

— La permutation concertée entre MM. les médecins de première classe Castellan (H.-L.) destiné aux troupes à Madagascar, et Lafaye de Micheaux, en service à Brest, est autorisée.

— La troisième session de « l'Association française d'urologie » se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 20 au 22 octobre 1898, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Des infections vésicales. »

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

— Le Ve Congrès international pour l'étude des eaux potables et minérales, de la climatologie et de la géologie, se tiendra à Liège, du 25 septembre au 3 octobre 1898, sous le haut protectorat du prince héritier de Belgique.

Les questions sur lesquelles des rapports sont préparés, ont trait, en général, aux matières suivantes :

1° *En hydrologie.* — Les systèmes de captage, avec leurs perfectionnements, les procédés de recherches, la protection légale, la classification, l'histoire des eaux thermo-minérales.

Les micro-organismes dans les eaux de boisson, leur stérilisation par l'ozone. Le rôle dynamique de l'eau dans la nutrition. La théorie de l'action hémostatique de l'eau chaude.

Les gaz et les vapeurs qui se dégagent des eaux minérales et leurs transformations.

Les applications thérapeutiques de diverses sources minérales, notamment des eaux sulfureuses de Budapest, d'Aix-la-Chapelle, d'Ax, des Eaux-Bonnes, de Luchon, de Cauterets, visant particulièrement la syphilis et les affections pulmonaires; les boues de Saint-Amand et de Spa; des eaux de Lamalou dans le tabes dorsalis; de Contrexéville dans le diabète; de Vittel dans la lithiase biliaire, etc.

Quelques études scientifiques sur plusieurs eaux, de Spa, Cauterets, Mont-Dore, Eaux-Bonnes. La terminologie hydrologique. L'enseignement de l'hydrothérapie.

L'hydrologie et le physiologisme du cœur dans les affections pulmonaires. Les effets de l'acide carbonique.

L'hygiène et la thérapeutique auxiliaire d'une cure hydrominérale.

Les moyens pratiques de faciliter les cures hydrominérales au plus grand nombre.

2° *En climatologie.* — La répartition de l'eau dans l'air et le sol des hautes régions du globe au point de vue climatologique; les climats des montagnes; l'utilisation des observations hygrométriques; quelques stations d'altitude, etc.

L'observation journalière des radiations solaires, son utilité; les heures de soleil au point de vue hygiénique; l'enregistrement de la luminosité; l'emploi de nouveaux photomètres.

La température, détermination de la température journalière de l'air; ses variations sous le rapport de l'établissement des sanatoria; la température moyenne d'une source et de l'air à Spa, etc.

Le temps et la maladie.

La substitution nécessaire de la méthode analytique à la méthode synthétique en climatologie médicale.

Les recherches ozonométriques dans l'air. Le grisou; ses relations avec les bruits marins (mistpoeffers) et avec les dépressions barométriques.

Le littoral belge, sa topographie médicale, ses conditions sanitaires. La cure du trachome et ses affections scrofuleuses sur les côtes belges.

L'institution de sanatoria et de stations climatiques à bon marché.

3° *En géologie.* — La circulation des eaux dans les calcaires compacts.

Les qualités et les défauts des eaux artésiennes en relation avec leur origine géologique.

L'exploitation des mines en Belgique au point de vue de la vie et de la santé des ouvriers qui y sont employés. La lutte contre le grisou, etc.

Les communications se feront en français, allemand, anglais et néerlandais.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles-Léopold Chatelain, médecin en chef des prisons de Nancy, décédé à Rosières-aux-Salins, à l'âge de soixante-dix-huit ans. Ancien médecin de la marine marchande, il habita plusieurs années le Mexique avant de revenir se fixer définitivement à Nancy, où, en sa qualité de médecin du bureau de bienfaisance, il se fit apprécier par son inépuisable dévouement; — et de M. le docteur Flandre (de Saint-Germain-en-Laye).

— *Hôpital de la Charité.* — Pendant la période des vacances, M. Walther, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale. Ce cours, commencé le jeudi 21 juillet 1898, à dix heures, sera continué les samedis et jeudis suivants à la même heure.

— *Hôtel-Dieu.* — Pendant la période des vacances, M. Delbet, agrégé, fera un cours de clinique chirurgicale. Ce cours, commencé le vendredi 5 août 1898, à dix heures, sera continué les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— *Remplacements de médecins.* — Pendant la période des vacances, l'Association générale des étudiants de Paris se met, comme les années précédentes, à la disposition de MM. les médecins, pour leur envoyer immédiatement des étudiants ayant seize inscriptions ou des docteurs. Prière d'envoyer la demande avec les conditions et la durée probable, 41, rue des Écoles, au bibliothécaire de l'Association.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 83. — SAMEDI 23 JUILLET 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 23 JUILLET 1898. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### Traitement des fibromes utérins.

Par M. A. RICARD,
Professeur agrégé, chirurgien de la Maison Dubois.

I

Lorsque le médecin a reconnu qu'une femme est atteinte de fibrome de l'utérus, il n'a encore posé qu'un diagnostic insuffisant pour établir son traitement. Il est de toute nécessité qu'à côté de la nature fibromateuse constatée de la tumeur, il accumule une série de renseignements complémentaires résultant de l'âge de la malade, du mode et de la rapidité d'évolution de la tumeur et surtout des différents troubles fonctionnels déterminés par sa présence.

Le véritable diagnostic découlera de l'ensemble des renseignements obtenus, et non de la simple étiquette de fibrome apposée sur la tumeur observée.

Il est de toute évidence que les fibromes utérins sont cliniquement fort dissemblables entre eux. L'anatomie pathologique les a déjà rangés en une série de variétés : les uns à développement abdominal et sous-séreux, *fibromes sous-péritonéaux*; d'autres encore enfouis au sein du tissu musculaire dans lequel ils ont pris naissance, *fibromes interstitiels*; d'autres enfin, proches de la cavité utérine, *fibromes sous-muqueux*; dont quelques-uns font une saillie de plus en plus prononcée dans la cavité de la matrice et deviennent des *polypes utérins*. Ajoutons à cela les *fibromes pelviens*, à développement *intra-ligamentaire*, et enclavés dans le petit bassin.

Ces variétés, intéressantes au point de vue anatomo-pathologique, donnant, chacune d'elles, naissance à des symptômes qui leur sont particuliers, sont moins spécialement utiles à connaître lorsqu'il s'agit de poser des *indications thérapeutiques*.

Ces indications se tirent surtout de l'existence de certains troubles, de certaines complications dus à la présence du fibrome. Par exemple, une indication opératoire résultera moins du siège sous-muqueux d'un fibrome que des hémorragies auxquelles il donne naissance; elle découlera moins du siège sous-péritonéal d'un fibrome que des troubles de compression occasionnés par son volume. En d'autres termes, on se décidera pour le choix du traitement d'un fibrome, moins parce que ce fibrome sera sous-péritonéal, interstitiel ou sous-muqueux, que parce qu'il sera hémorragique, douloureux, compressif, etc. Ce sont donc les modalités cliniques qui décideront du traitement plus que les modalités anatomo-pathologiques.

L'acte opératoire étant le dernier terme des ressources thérapeutiques, nous allons le prendre comme base des indications et diviser les fibromes en trois variétés :

1° Ceux qu'on ne doit pas opérer;

2° Ceux que l'on peut opérer;

3° Ceux qu'il faut opérer.

II

1° ON NE DOIT PAS OPÉRER le fibrome petit, ou de moyen volume, d'allure silencieuse, existant sans symptômes révélateurs autres que ceux fournis par le toucher et le palper; le fibrome découvert au hasard d'une exploration abdominale, mais ne donnant lieu par lui-même à aucun symptôme morbide.

On ne doit pas opérer le fibrome petit, même chez une femme jeune encore, sans la soumettre à une longue période d'observation, pour étudier son mode d'évolution et la rapidité de son accroissement. S'il est inutilement téméraire d'opérer un fibrome dès qu'il est reconnu, il est non moins imprévoyant de le laisser évoluer et d'attendre, pour intervenir, qu'il soit devenu dangereux et menaçant.

A moins d'urgence, les fibromes de l'âge voisin de la ménopause ne doivent pas être opérés; il faut, à leur égard, se montrer plus patient et escompter, sans cependant autant s'illusionner que le veulent les classiques, la régression qui peut suivre la cessation des règles. Bien des femmes fibromateuses ont vu, après cette période critique de leur âge, des fibromes, autrefois gênants, atténuer leurs symptômes et devenir réellement tolérables. On respectera donc des fibromes d'une femme qui a dépassé la quarantaine, alors qu'on serait intervenu pour le même fibrome sur un sujet plus jeune.

S'il est des fibromes, et ils sont nombreux, que le chirurgien doit respecter parce qu'ils sont réellement bénins d'allures, il en est d'autres qu'il faut respecter également parce que le délai des indications opératoires est passé. Ce sont des femmes trop âgées, cachectiques; ce sont des

fibromes trop volumineux, adhérents, chez des sujets épuisés, amaigris, à cœur droit dilaté, à respiration courte, à nutrition affaiblie. Les veines des membres inférieurs et du bassin sont thrombosées, le rectum comprimé, les fonctions abdominales et thoraciques troublées.

Ici les contre-indications peuvent se résumer en une seule ligne. L'acte opératoire est trop grave pour la trop faible résistance du sujet. C'est au chirurgien qu'il appartient de peser les deux termes du problème, de préciser la gravité de l'intervention, et le peu de vitalité de la malade. Il est des cas extrêmes pour lesquels personne n'hésite. On n'opère pas des moribonds. Il en est d'autres, cas limites, qu'il est difficile de préciser et que chaque chirurgien peut placer à sa volonté et suivant sa conscience dans la catégorie des cas qu'on opère ou de ceux qu'on n'opère pas.

Quand le traitement chirurgical n'est pas indiqué, on doit recourir au traitement médical.

Le traitement médical peut être lui-même inutile, si le fibrome est réellement silencieux; car, ne pouvant avoir la prétention d'être curateur, le traitement médical doit borner son ambition à atténuer et guérir des symptômes morbides. Il lui faut, en effet, des symptômes pour mériter son épithète de traitement symptomatique.

On se bornera alors à quelques conseils hygiéniques : éviter toute cause de congestion pelvienne, susceptible, par l'afflux sanguin répété, d'activer la nutrition des fibromes; supprimer les excès de fatigue de toute sorte, l'équitation, la bicyclette, les excès vénériens, combattre la constipation; conseiller le repos et même le repos au lit au moment des règles pour peu que celles-ci soient abondantes.

Nous disions plus haut, éviter les excès génésiques. Nous dirons en plus, éviter la fécondation. Une femme, atteinte de fibrome de l'utérus, ne doit pas être mère; sans doute, il est des cas de grossesse menée à bien avec un utérus fibromateux, mais combien d'autres se sont malheureusement terminés par la mort de l'enfant, et par celle de la mère! Nous considérons donc comme un devoir d'avertir les jeunes femmes fibromateuses du danger que leur ferait courir une maternité.

## III

Cas ou l'on peut opérer. — Le traitement médical ne peut être véritablement discuté que lorsque les fibromes deviennent gênants par le fait d'un symptôme quelconque, cas dans lesquels il est à mettre en parallèle avec le traitement chirurgical. Cette deuxième catégorie de fibromes où l'intervention devient discutable est caractérisée par ces tumeurs qui sans être absolument silencieuses, donnent naissance à quelques troubles : soit de compression rectale ou vésicale, suivant leur siège, soit de pesanteur pelvienne, soit de ménorragies déjà réelles, ou de douleurs vagues et irradiées dans l'abdomen ou sur le trajet du sciatique, de poussées congestives, coïncidant ou non avec les règles. Ces fibromes qui commencent à manifester leur présence doivent être traités d'une façon plus suivie, ils réclament non seulement un traitement mais une surveillance prolongée. Les malades doivent, à des intervalles plus ou moins éloignés se présenter à l'examen médical pour qu'il soit possible de contrôler l'évolution du fibrome, s'il est arrêté ou s'il progresse, et dans ce dernier cas, prendre telle décision que comporte la rapidité de sa progression.

Pour les fibromes de cette catégorie, le médecin a le devoir de se montrer plus sévère sur les conseils qu'il a donnés, de tenir à leur exécution plus rigoureuse.

On nous permettra de ne pas insister sur l'historique du traitement médical. Lorsque la chirurgie était, autrefois, si meurtrière, on comprend que les médecins se soient ingéniés à tirer de la thérapeutique médicale toutes les ressources qu'elle pouvait leur donner.

Nous nous contenterons de mentionner les méthodes thérapeutiques actuellement encore en usage.

De tous les médicaments internes, c'est l'*ergot de seigle* qui est encore le plus en faveur. Tiré de l'oubli par Hildebrand, en 1872, il a été après lui employé par nombre de gynécologues. S'il faut en croire ses propagateurs, il aurait donné un certain nombre de succès, non pas seulement quelques succès symptomatiques comme la cessation des hémorragies, mais l'atrophie, voire même la disparition des fibromes. Verneuil s'était montré un fervent partisan de cette méthode.

Comment agit l'ergot? Est-ce en contractant et en tétanisant les fibres musculaires de l'utérus et en anémiant de la sorte le fibrome, dont il diminue le champ circulatoire? Est-ce par action directe sur les fibres musculaires du fibrome? Il est difficile de le dire. Toutefois, le raisonnement porte à penser que l'ergotine doit avoir son maximum d'effet dans les fibromes interstitiels, largement enveloppés dans un utérus à parois hypertrophiées et contractiles, dans les myomes, riches en fibres musculaires. On peut supposer que, par la contraction persistante des fibres utérines, il pousse le fibrome vers la muqueuse, active sa pédiculisation et favorise son énucléation et consécutivement son expulsion. Son action, on le conçoit, doit être nulle sur les fibromes sous-péritonéaux, sur les fibromes kystiques.

Mais le traitement d'Hildebrand, pour être peu efficace, est long et pénible et le plus souvent il lasse la patience des médecins et des malades avant que le moindre résultat soit appréciable.

L'ergot doit être donné, non en potions, mais en injections, sous forme de solution d'ergotine. En s'inspirant de la formule de Simpson, on peut formuler :

| | |
|---|---|
| Ergotine . . . . . . . . | 2 grammes. |
| Hydrate de chloral . . . . | 1 — |
| Eau . . . . . . . . . . | 200 — |

XII gouttes de cette solution représentent 20 centigrammes d'ergotine qu'on injectera quotidiennement à l'aide de la seringue de Pravaz préalablement stérilisée. Ces injections, pour n'être pas douloureuses, ne doivent pas être faites sous la peau, mais en plein muscle, dans la paroi de l'abdomen, les fesses ou les cuisses. Autrefois, elles se compliquaient de nodosités inflammatoires et même de phlegmons, qu'une préparation plus aseptique doit éviter. On trouve aujourd'hui dans le commerce de petites ampoules contenant 50 centigrammes à 1 gramme de solution d'ergotine.

Ces injections, faites pendant des mois, peuvent avoir un retentissement sur la santé générale, déterminer des crampes musculaires, donner des signes d'intoxication par l'ergot. Souvent elles s'accompagnent de migraines spasmodiques. Aussi, devant la longueur, la difficulté d'un traitement rigoureux mises en regard de son peu d'efficacité, on peut dire que la méthode est retombée dans l'oubli dont Hildebrand l'avait retirée.

Toutefois, d'une façon empirique, on voit nombre de

médecins prescrire l'ergotine en potion contre les hémorragies des fibromes. Il faut peu compter sur cette médication, basée sur l'action de l'ergot sur les fibres de l'utérus gravide, et transportée théoriquement du domaine de l'obstétrique dans celui de la gynécologie.

On s'est alors tourné vers les succédanés de l'ergot, cherchant des substances qui agiraient sur la contractilité utérine et pourraient amener l'atrophie du fibrome ou tout au moins ralentir sa nutrition. On a recommandé la teinture de *cannabis indica* à la dose de x à xxx gouttes par jour, et l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis* à une dose variant de xx à L gouttes (1).

Le *viburnum prunifolium*, étudié par M. Auvard et M. Monclar dans sa thèse, est un sédatif du système utéro-ovarien. On l'a donné pour combattre les métrorragies de la ménopause. Il calme les douleurs dues à la contraction des fibres lisses, on le recommande contre les tranchées utérines, contre les douleurs de la dysménorrée. On l'emploie surtout en teinture à la dose de C à CL gouttes dans les vingt-quatre heures; mais s'il n'est pas toxique comme l'opium, on doit reconnaître qu'il a un pouvoir calmant bien moins marqué et que, pour les douleurs et les métrorragies des fibromes, son efficacité est des plus douteuses.

Ces substances, qui ont une action variable mais incontestable sur certains phénomènes utérins, n'en ont en général aucun contre le fibrome lui-même, les douleurs ou les hémorragies qu'il détermine.

Une autre série de médicaments ont eu la prétention non justifiée de provoquer la résorption de la tumeur. L'iode, l'iodure de potassium, le bromure, le chlorure de calcium (chirurgiens anglais) amèneraient la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux. M. Guéniot a conseillé l'arsenic et le phosphore.

En réalité, il n'existe pas un traitement interne du fibrome lui-même, il n'y a qu'un traitement purement symptomatique. Le médecin prescrira l'ergotine, l'hydrastis, le viburnum, dans les hémorragies; le bromure, l'opium, l'antipyrine, dans les douleurs. Mais aucun agent médicamenteux ne permet à celui qui le prescrit de faire espérer la disparition de la tumeur.

A côté de ces traitements, nous devons ranger une méthode plus récente, mais plus digne d'attention par les résultats incontestables qu'elle procure, nous voulons parler du *traitement électrique* des fibromes.

Il est toutefois encore difficile de se faire une opinion de la valeur exacte de ce traitement dirigé contre les fibromes. Si l'on en croit les apôtres de la méthode, c'est le traitement souverain, c'est la panacée à laquelle rien ne résiste : devant lui, les complications s'arrêtent, les hémorragies cessent, les douleurs s'apaisent, le fibrome lui-même s'atrophie et finit par disparaître. Par contre, certains chirurgiens, dénient à l'électricité toute action thérapeutique sur le fibrome.

Sans vouloir prendre parti dans les discussions passionnées qui ont eu lieu entre électriciens et opérateurs (2), je dirai, me basant uniquement sur ma pratique personnelle, que le traitement électrique est surtout efficace contre les hémorragies, qu'il calme parfois les douleurs, mais il me paraît de nul effet sur l'évolution même du fibrome. Reprenons les unes après les autres les trois propositions :

La diminution des hémorragies est hors de doute ; et à la suite de l'application du traitement intra-utérin, nous avons vu fréquemment disparaître les hémorragies d'utérus fibromateux. On nous permettra de ne point essayer d'expliquer comment agit ce courant électrique. Les spécialistes eux-mêmes ne sont point d'accord, les uns veulent qu'il s'agisse d'une véritable cautérisation électrolytique, emploient de hautes intensités, et pénètrent avec leurs électrodes dans la cavité utérine, les autres se bornent à placer leur électrode dans le vagin ou sur le col même de l'utérus sans pénétrer dans la cavité. Ceux-ci n'emploient même que de faibles intensités avec ou sans renversement de courant. Pour nous, sans préjuger en rien de la valeur de la deuxième méthode, nous avons toujours eu recours à la méthode des hautes intensités, suivant la technique d'Apostoli, et nous avons pu constater la disparition des hémorragies dans un certain nombre de cas.

Les douleurs ont, par contre, paru résister davantage, les insuccès ont été plus fréquents, et, en tous cas, les quelques succès n'ont été que très momentanés.

Nous avouons n'avoir jamais constaté ce retrait et cette diminution persistante et réelle qu'on signale dans la masse même du fibrome. Il ne faut pas oublier, en effet, que certains fibromes sont très riches en fibres musculaires, enchâssés dans un tissu utérin à circulation exagérée, et qu'ils sont susceptibles de changements rapides de volume et de consistance. Tantôt on les trouve volumineux et mous, presque fluctuants. Quelques jours après ils sont durs, rétractés et diminués d'un tiers. Dans d'autres cas, il se fait autour d'eux des poussées de péritonite adhésive, accompagnées de fluxions séreuses sous-péritonéales qui s'atténuent et disparaissent après quelques jours de repos avec ou sans injections vaginales chaudes. Aussi les chirurgiens, qui ont maintes fois observé ces faits, se montrent-ils sceptiques quand on leur parle de l'action atrophiante de l'électricité. N'importe quel médicament donné à cette période des fibromes, s'accompagnerait des mêmes résultats, et on risquerait de lui en attribuer faussement le mérite.

Il ne faut pas, néanmoins, par trop diminuer la valeur de l'électrolyse appliquée à la cure des fibromes. C'est, de tous les traitements palliatifs, celui qui donne les résultats les meilleurs et les plus durables. Malheureusement, il n'est pas rare de voir des fibromes, améliorés par le traitement électrique, présenter de nouvelles complications et réclamer ultérieurement le traitement chirurgical.

L'électricité a son maximum d'action dans les fibromes interstitiels, très riches en fibres musculaires, son action est nulle dans les fibromes sous-péritonéaux. Elle peut être dangereuse dans les fibromes kystiques, dans les fibromes enflammés ou compliqués de lésions salpingiennes.

Pour être innocent, le traitement électrique demande à être appliqué prudemment, aseptiquement, en suivant les règles tracées et lorsque le médecin est en possession de son diagnostic ferme de fibrome pur.

La fréquence des complications inflammatoires, du côté des annexes, la multiplicité ordinaire des fibromes, leur siège souvent extra-péritonéal, la dégénérescence kystique des tumeurs, leur pédiculisation, l'existence de phénomènes

(1) Pigache. *L'hydrastis canadensis dans les affections utérines*, Th. de Paris, 1890.

(2) Nous nous bornerons à signaler un travail de MM. Labadie-Lagrave et Reynier sur « La valeur de l'électricité dans le traitement des fibromes utérins », *Médecine mod.*, 9 oct. 1890, ainsi que l'article de M. Delbet dans le *Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 450, 1re édit.

infectieux, sont autant de conditions qui restreignent les indications du traitement électrique.

Ainsi donc, bien souvent, le traitement médical reste inefficace sur l'évolution des fibromes, il faut l'avouer et le reconnaître; c'est un traitement d'attente, c'est un traitement palliatif, qui donne des résultats symptomatiques, mais il n'en est aucun qui guérisse le fibrome lui-même; il peut lui permettre d'évoluer silencieusement; il peut, dans quelques cas, contribuer à arrêter sa marche; il peut favoriser sa tendance naturelle à la régression. En diminuant l'intensité des symptômes il permet, dans certains cas, d'atteindre l'âge de la ménopause.

Si, d'une façon générale, on prescrit à une femme atteinte de fibrome un repos relatif, des injections chaudes, le port d'une ceinture; si on lui recommande d'éviter la constipation, de faire usage d'opium, d'antipyrine ou d'ergotine, c'est là un traitement aussi banal qu'anodin et inefficace, et nul n'osera prétendre qu'il a pu ainsi arrêter un fibrome dans sa marche.

Le traitement médical étant essentiellement symptomatique, étudions quels sont les symptômes contre lesquels peut lutter la médication interne. Les fibromes peuvent se compliquer de différentes façons: tantôt ils s'accompagnent de métrorragies, de douleur, ou déterminent des phénomènes de compression. Dans d'autres cas, des plus fréquents, ils s'accompagnent de phénomènes infectieux, graves: salpingo-ovarites, phlébites et leurs suites, péritonites. Parfois ils se tordent sur leur pédicule et déterminent des accidents graves. Nous ne pouvons, dans une Revue sur le traitement des fibromes, analyser toutes les modalités symptomatiques. Cependant, il est permis de ranger sous quatre chefs les complications des fibromes: les hémorragies, les douleurs, les phénomènes de compression, les phénomènes infectieux, quels qu'ils soient.

a. *Hémorragies.* — Quand ce sont des hémorragies peu abondantes, on peut se contenter de recourir au décubitus dorsal, aux injections vaginales chaudes, aux lavements avec 2 ou 3 grammes d'antipyrine, et pratiquer, après lavage, un tamponnement soigné du vagin et même de la cavité utérine; mais si les hémorragies sont abondantes et persistantes, si elles se répètent fréquemment, si le traitement simple que nous venons de mentionner ne suffit pas, il est absolument illogique de s'attarder et d'exposer la malade aux conséquences fatales des hémorragies graves, il est de toute nécessité d'agir.

Dans ces cas, si le médecin est outillé et s'il en possède la technique, il pourra recourir au traitement électrique. Sinon, se rappelant qu'en réalité ces hémorragies sont dues à une véritable métrite, sachant que c'est la muqueuse utérine qui saigne et non pas le fibrome, il s'adressera directement à cette muqueuse infectée et agira sur elle.

Il peut agir soit par des injections intra-utérines modificatrices, soit par le curetage. On a préconisé, comme injections intra-utérines, l'instillation de quelques gouttes d'une solution à parties égales de chlorure de zinc.

Le curetage contre les hémorragies du fibrome a été bien étudié par les docteurs Batuaud (1) et Desmolières (2) dans leurs thèses. L'instillation de quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc, peut obtenir le même résultat que le curetage et amener la disparition des hémorragies. C'est la pratique que conseillait Nicaise. Elle consiste à introduire l'extrémité d'une seringue de Braun, bien stérilisée, jusque dans le fond de la cavité utérine, et à injecter, comme dans la technique des instillations uréthrales, quelques gouttes de la solution chlorurée. Cette cautérisation se fait facilement, sans anesthésie, peut se renouveler, s'il en est besoin. A ce titre elle est peut-être préférable au curetage. Cependant, celui-ci est plus certainement efficace, et c'est à lui qu'il faudrait avoir recours rapidement, si l'instillation avait été insuffisante et si les hémorragies continuaient.

Le traitement électrique doit être mis sur le même plan.

Par ces procédés, on amène la disparition de la couche vasculaire de la muqueuse, siège de l'hémorragie et, par suite, la cessation de cette dernière. Malheureusement, on n'obtient ainsi qu'un résultat provisoire, on ne doit s'attendre qu'à des trêves plus ou moins prolongées, et non à un résultat définitif.

Nous ne voulons parler que pour mémoire de ces pseudo-interventions destinées à combattre la contracture utérine, et à diminuer ainsi la compression exercée sur le fibrome. Le débridement du canal cervical recommandé par Baker-Brown et, en France, par Nélaton, doit être considéré comme bien inférieur au curetage et à l'injection intra-utérine de chlorure de zinc.

La simple dilatation du col, préconisée par Kaltenback (1), a au moins le mérite d'une plus grande bénignité.

Ces différents procédés sont utiles à connaître pour le chirurgien, ils lui permettent d'arrêter des pertes sanguines chez des malades épuisées et incapables de supporter le choc d'une opération dont on a trop retardé l'exécution. Ce sont encore là des moyens d'attente. Chez ces malades anémiées, les injections sous-cutanées de sérum artificiel hâtent la convalescence et contribuent au rétablissement plus rapide des forces.

b. *Douleurs.* — Contre les douleurs, le traitement médical consiste surtout dans l'usage classique des opiacés, du bromure, de l'antipyrine. On y ajoute aussi l'hydrastis canadensis et le viburnum, médicaments plus spéciaux, dit-on, mais d'une efficacité douteuse.

Contre ces fibromes douloureux, il faut conseiller le repos au lit, les injections vaginales chaudes et prolongées, les irrigations rectales de même nature, les lavements laudanisés; les suppositoires morphinés, belladonés, ou contenant 1 à 2 grammes d'antipyrine. Lorsque les douleurs revêtent la forme de crises, les lavements à l'antipyrine (2 à 3 grammes), les lavements de chloral, les injections de morphine constituent de précieux analgésiques. Le traitement électrique est le plus souvent inefficace.

C'est pour ces fibromes à poussées douloureuses et complexes que les eaux chlorurées sodiques fortes sont indiquées. Salins, Salies-de-Béarn, les thermes de Biarritz ont donné, dans ces formes, des résultats inespérés.

Dans l'intervalle de la cure thermale ou pour la remplacer, on fera prendre des séries de 20 à 30 bains salés (5 kilos de gros sel), avec de 3 à 4 bouteilles d'eaux-mères de Salins ou de Salies, suivant qu'on cherchera ou non un effet sédatif. Sur le bas-ventre, on appliquera des compresses d'eaux-mères.

(1) Batuaud. *Les hémorragies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus; l'endométrite cause de ces hémorragies et leur traitement par le curetage*, Th. de Paris, 1891.

(2) Mlle Desmolières. *Contribution à l'étude des fibromes utérins; hémorragies utérines; indications du curetage*, Th. de Paris, 1890.

(1) Kaltenback. *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n° 43, p. 718.

Ce traitement thermal agit non seulement sur le fibrome, mais c'est un excellent reconstituant de l'état général.

Il ne faut pas, toutefois, persister trop longtemps dans la cure médicale des fibromes douloureux, si celle-ci est inefficace. Le médecin doit se rappeler que sa thérapeutique purement symptomatique ne fait que remédier à la douleur au jour le jour, sans s'inquiéter du lendemain, et que le fibrome reste, continuant à évoluer et à compromettre l'avenir. L'acte opératoire auquel il faudra aboutir aura d'autant plus de chance d'être bénin qu'on n'aura pas livré au chirurgien une malade épuisée par des douleurs incessantes, déprimée et intoxiquée par l'usage constant des hypnotiques.

La douleur, qui doit être, dès son apparition, traitée médicalement, devient donc rapidement une indication de l'acte chirurgical.

c. *Phénomènes de compression.* — Le repos au lit, l'usage de laxatif, les irrigations rectales et vaginales chaudes, en décongestionnant la masse fibromateuse peuvent, en quelque proportion, s'opposer aux compressions légères exercées par la tumeur. Mais, le simple bon sens fait reconnaître combien la thérapeutique doit être inefficace dans ce genre de phénomènes.

Cependant, dans certains cas de fibromes enclavés, prolabés en avant ou en arrière avec l'utérus dévié, on agit par des attitudes spéciales données à la malade : décubitus abdominal le siège élevé, dans le cas de fibrome tombé dans le Douglas; décubitus dorsal le siège élevé, dans le cas de fibrome tombé en avant. On a pu déloger ce fibrome de l'enceinte pelvienne et le faire remonter au-dessus du détroit supérieur, dans la grande cavité abdominale où aucune ceinture osseuse ne s'oppose à son développement.

Ce soulèvement du fibrome, ce dégagement de la tumeur peut s'obtenir par le palper bi-manuel, avec ou sans chloroforme, et remédier à une compression rectale ou une rétention d'urine passagère. Il ne faut pas s'illusionner, toutefois, une telle réduction est rare, les fibromes à phénomènes compressifs ne sont que très rarement influencés par le traitement médical qui reste sans action. Pour être dans la vérité, l'on doit dire que toutes les fois que le fibrome s'accompagne de phénomènes de compression abdominale, soit du côté de la vessie, du rectum, des uretères, soit du côté de l'intestin, des grosses veines ou du plexus nerveux, il y a une indication opératoire précoce.

IV

Fibromes qu'il faut opérer. — Les *indications* de l'acte chirurgical peuvent se ranger sous plusieurs chefs :

Le fibrome par lui-même est une indication opératoire, s'il évolue rapidement, et s'il siège chez une femme jeune. Son volume excessif, la gêne qui résulte de son poids, de la réplétion abdominale, du mauvais fonctionnement du diaphragme, sont autant d'indications opératoires.

En dehors de ces indications tirées du fibrome lui-même, il en existe d'autres tirées des complications : ce sont les *hémorragies*, les phénomènes de *compression*, les *douleurs*, que le traitement médical a vainement essayé de combattre.

Il y a les complications d'ordre septique, salpingo-ovarites, sphacèles des fibromes sous-muqueux, péritonites, accidents phlébitiques répétés, qui deviennent des indications urgentes.

La torsion des pédicules du fibrome si bien étudiée par Planque (1) et par Macé (2), dans leurs thèses, est aussi une indication opératoire de premier ordre.

Quelle sera cette intervention chirurgicale?

Elle doit varier évidemment suivant la forme anatomique ou la variété clinique du fibrome.

Contre le fibrome à évolution rapide, chez une femme jeune, il n'y a qu'un remède : l'extirpation de l'utérus fibromateux. Autrefois, on mettait la *castration ovarienne* (3) en parallèle avec l'hystérectomie. Cette comparaison n'a plus aujourd'hui sa raison d'être, le pronostic de l'hystérectomie pour fibrome s'est singulièrement abaissé, depuis les récents perfectionnements de la technique opératoire. Or, c'était la mortalité grande de cette opération qui constituait la grosse indication de la castration ovarienne. On enlevait les ovaires, parce qu'on n'osait pas faire mieux; le chirurgien reculait devant la gravité de l'hystérectomie.

Aujourd'hui, ce n'est que dans des cas exceptionnels, que le chirurgien a recours à la castration, c'est lorsqu'il juge l'opération radicale impraticable, réellement au-dessus des ressources actuelles de la technique chirurgicale. Dans ce cas, après la laparotomie, plutôt que de refermer le ventre après une simple exploration, il se contente d'enlever les ovaires, espérant que cette ménopause artificielle amènera, sinon la guérison du fibrome, du moins arrêtera sa progression.

Contre les fibromes volumineux, c'est encore à l'hystérectomie qu'il convient d'avoir recours.

Le fibrome hémorragique peut fournir par son siège des indications spéciales. S'il est volumineux, interstitiel, proche du péritoine par l'une de ses faces, c'est encore à l'extirpation de l'utérus qu'il conduit; mais s'il est pédiculé, plus ou moins saillant dans la cavité utérine, le chirurgien pourra souvent se contenter de l'ablation du fibrome et respecter la matrice. La *myomectomie* sera simple s'il s'agit d'un polype pédiculé, saillant à travers les lèvres dilatées de l'utérus, ou faciles à agrandir par quelques coups de ciseaux. Ces polypectomies sont classiques.

L'extirpation du fibrome sous-muqueux, non accessible au toucher peut également se faire par myomectomie simple, si le fibrome n'est pas trop volumineux et si son *énucléation* ne compromet pas trop la résistance du tissu utérin au milieu duquel la tumeur est enchâssée.

Cette extirpation de fibromes intra-utérins doit se faire d'après une technique bien réglée, calquée sur celle que Defontaine (4) a décrite pour le débridement cervical de l'utérus.

Voici comment j'ai procédé plusieurs fois et toujours avec succès :

(1) Planque. *Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins*, Paris 1897.

(2) Macé. *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux*, Paris 1897.

(3) La castration ovarienne a été très bien étudiée par Tissier (Th. de Paris, 1885). Son travail donne exactement l'opinion d'alors et les statistiques comparatives de la castration et de l'hystérectomie à cette période de la chirurgie. Elle a été discutée à nouveau à la Société de chirurgie en 1888. — A consulter, cette même année, les articles de Segond et Terrillon dans les *Annales de gynécologie*.

(4) Defontaine. Acad. de méd., 28 déc. 1897, et *Arch. prov. de chir.*, 1898, p. 111. — Voir aussi, sur ce sujet, la thèse de Gannat. *Hystérotomie médiane vaginale comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux*, Paris 1897.

L'utérus étant abaissé, séparé de ses insertions vaginales antérieures, l'opérateur décolle l'utérus de la vessie, jusqu'au cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. C'est, en somme, le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Sur la lèvre antérieure du col, on mène une incision qui dépassant l'orifice interne, gagne la face antérieure du corps et permet d'atteindre la cavité utérine. Les deux lèvres de l'incision utérine étant maintenues écartées, le doigt explore le polype, reconnaît sa forme, sa consistance, son implantation, et permet d'en pratiquer l'extirpation, avec ou sans morcellement.

Si l'extirpation par cette voie est reconnue impossible, si le polype est trop volumineux, s'il a un prolongement méconnu qui s'avance sous le péritoine et ne permet pas de conserver l'utérus, il faut alors continuer l'hystérectomie commencée par voie vaginale. Mais, dans le cas contraire, si le polype peut être extrait, une mèche stérilisée est placée dans la cavité utérine, et un surjet de catgut reconstitue la paroi antérieure sectionnée. L'opération est essentiellement bénigne.

J'ai pu trois fois pratiquer cette myomectomie pour fibromes sous-muqueux. Dans un cas, où j'ai eu à regretter une hémorragie post-opératoire de l'artère vaginale antérieure, la malade est devenue enceinte ultérieurement et a accouché normalement dans un de nos hôpitaux.

J'ai encore, actuellement dans mes salles, à la Maison Dubois, une malade, à qui je viens de pratiquer la myomectomie intra-utérine par ce procédé. L'acte opératoire et les suites ont été des plus simples.

La myomectomie peut encore être tentée par *voie vaginale* pour certains fibromes pelviens. Il nous est arrivé une fois, chez une ouvreuse de théâtre, de morceler et d'extirper un fibrome à développement intra-ligamentaire, dont le volume égalait celui de deux poings. Le fibrome bombait dans le cul-de-sac latéral gauche et refoulait l'utérus à droite et en avant. Une large incision vaginale me permit d'aborder le fibrome, sans toucher à l'utérus. Des tractions successives, suivies de morcellement, permirent l'abaissement progressif, et lorsque tout fut enlevé, je constatai que l'utérus avait suivi la descente du polype et pendait hors la vulve. Je reconstituai comme je pus les débris du ligament large effondré, surjetant au catgut le bord dénudé de l'utérus qui fut réduit, la plaie fut tamponnée; la malade fut radicalement guérie. C'est la myomectomie transvaginale de Czerny (1).

La myomectomie est encore possible, lorsqu'il faut intervenir par voie abdominale; il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter aux intéressantes communications au Congrès de chirurgie du docteur Témoin (de Bourges). Mais si le fibrome est énucléable, il l'est presque toujours aux dépens des parois de l'utérus, qu'il a dissociées, amincies en se développant dans leur épaisseur. En outre, le fibrome est rarement unique et de petits fibromes secondaires se trouvent presque toujours enchâssés dans le parenchyme utérin. De sorte que, dans ces cas aussi, la myomectomie pure devient exceptionnelle, et, pour le docteur Témoin lui-même, elle ne devient que le premier temps de l'hystérectomie.

J'ai pu, toutefois, chez une malade de la Maison Dubois, alors que je suppléais mon collègue Schwartz, faire l'énucléation abdominale d'un fibrome pelvien, en conservant l'utérus et les annexes d'un côté. La malade, femme d'un gendarme de Montmorency, devint enceinte et accoucha à terme.

Il va sans dire que la myomectomie trouve une application normale dans les cas de fibromes sous-péritonéaux pédiculés ou pédiculisables, au-dessous desquels on constate l'intégrité de l'utérus.

Mais la myomectomie sans hystérectomie, en dehors des polypes vrais, n'est qu'une heureuse exception opératoire. Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, la myomectomie se complète par l'hystérectomie. Aussi, dans la plupart des cas, le traitement radical du fibrome est-il l'hystérectomie.

L'ablation de l'utérus étant indiquée, il reste à décider quelle méthode opératoire il convient d'adopter. Nous restons aujourd'hui en face de deux procédés : l'hystérectomie totale par voie vaginale ou par voie abdominale.

Il n'est plus question, à l'heure actuelle, d'hystérectomie avec pédicule interne ou externe, ce sont des procédés aujourd'hui abandonnés et que conservent seuls des chirurgiens qui ne se sont pas mis au courant des méthodes modernes.

L'hystérectomie vaginale a même perdu du terrain; en tous cas, elle est réservée aux fibromes petits, nettement sous-ombilicaux, d'un volume à peine supérieur à celui du poing.

L'hystérectomie abdominale est la voie de choix pour les fibromes volumineux, pour les fibromes enclavés, ou compliqués d'annexites, de collections suppurées ou sanguines, d'adhérences. Ce procédé permet seul au chirurgien de voir directement ce qu'il fait et de s'adresser aux complications en connaissance de cause. C'est là la grande supériorité de la voie abdominale, voie large et ouverte, sur la voie vaginale, plus étroite et partant plus obscure et moins praticable.

Je ne veux point, à propos du fibrome utérin, ressasser à nouveau l'éternelle comparaison entre la voie vaginale et la voie abdominale.

Tout ce qu'on a pu dire à ce sujet a été dit et bien dit. Il suffit, pour ceux que cela intéresse, de se reporter aux discussions qui ont eu lieu récemment encore, sur ce point, à la Société de chirurgie. Je me contenterai de terminer cette Revue en exposant ma pratique personnelle. Ce sont des actes qui valent, à cet égard, mieux que les meilleurs raisonnements.

Statistique. — J'ai réservé l'hystérectomie par *voie vaginale* aux cas simples, aux fibromes d'un volume à peine supérieur à celui du poing, sur un utérus mobile et abaissable; j'ai pratiqué neuf fois seulement cette opération avec neuf succès.

Par contre, j'ai pratiqué soixante-neuf hystérectomies abdominales totales avec soixante guérisons et neuf morts. Dans cette série, dont les derniers termes s'améliorent et se simplifient de plus en plus, et par la régularité de la technique employée et par l'extraordinaire bénignité des suites, j'ai eu à lutter contre les cas les plus complexes, fibromes énormes sous-péritonéaux, fibromes avec septicémie, avec complications d'écoulement septique, avec salpingites suppurées, avec torsion du vagin et hémorragies péritonéales, fibromes déjà abandonnés par d'autres chirurgiens au cours d'opération préalable, etc. C'est dire que j'ai reculé l'indication opératoire aussi loin qu'il m'a paru pos-

(1) Czerny. *Wien. med. Wochens.*, 1881, nos 18 et 19.

sible. Je viens d'opérer, dans mon service à la Maison Dubois une malade que je tenais depuis deux mois en observation, tellement elle était cachectisée par son fibrome. Ces soixante-neuf faits comprennent donc les cas les plus graves que l'on puisse rencontrer. Néanmoins ils m'ont donné soixante guérisons.

J'ai fait en outre une myomectomie trans-vaginale, trois myomectomies trans-utérines, quatre myomectomies trans-abdominales, et toutes avec succès.

C'est par ces chiffres que l'on peut juger la valeur d'un traitement chirurgical. Si le médecin sait saisir les indications opératoires, et éviter de s'éterniser dans une temporisation souvent nuisible, on ne peut douter que le pronostic chirurgical, cependant si transformé aujourd'hui, ne s'améliore encore dans l'avenir.

## GANGRÈNE GAZEUSE SUBAIGUE (FORME NOUVELLE)

Par M. Chavigny,
Médecin-major de première classe.

*Conclusions.* — 1° Il existe une gangrène gazeuse à marche aiguë, différente, par sa cause et par ses symptômes, de la gangrène gazeuse de Maisonneuve.

2° Cette gangrène gazeuse subaiguë peut se produire chez l'homme par auto-infection.

3° Elle reconnaît pour germe pathogène un microbe qui a été décrit pour la première fois par San-Felice (Inst. d'hyg. de Rome, 1891), microbe très voisin du coli, mais qui n'a jamais pu être identifié avec celui-ci.

4° La lésion observée chez l'homme (gangrène gazeuse) a été reproduite expérimentalement chez l'animal (chien).

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de l'excitation cérébrale chez les enfants, par le docteur Comby.

Le traitement doit être avant tout hygiénique, et M. Comby ne donne les narcotiques, les antispasmodiques que lorsqu'il est forcé par un grand paroxysme. Voici comment il règle le traitement :

1° Chez les nourrissons excités et bruyants, l'hygiène alimentaire étant d'ailleurs bien réglée, on se bornera à prescrire : la vie au grand air le plus possible, promenades au moins deux fois par jour; des bains tièdes (34 et 35 degrés) de cinq à dix minutes, deux fois par jour.

Si l'enfant dort mal, on donnera le bain avant le coucher, le soir vers huit ou neuf heures, pendant quinze à vingt minutes, pour détendre les nerfs et favoriser le sommeil.

Si l'agitation persiste ou augmente, on pourra avoir recours aux affusions froides, courtes et suivies de massage, et surtout au drap mouillé (drap trempé dans l'eau à 15 degrés, tordu, enroulé autour de l'enfant pendant une heure, avec couverture par-dessus); le drap mouillé peut être répété deux, trois, quatre, cinq fois par jour. Quand l'enfant commence à reconnaître son entourage, à parler, à s'intéresser à ce qu'il entend, M. Comby recommande de ne pas jouer avec lui, de ne pas le provoquer, de ne demander à son cerveau faible et irritable aucun effort, aucune fatigue; il insiste pour que les visites soient supprimées et pour que l'enfant ne voie pas autour de lui trop de visages nouveaux.

2° Après le sevrage et dans la seconde enfance, la règle de conduite est la même. Les bains, le drap mouillé continueront à être employés. Déjà on pourra essayer les frictions sèches ou stimulantes (baume de Fioravanti) de la peau, les douches froides très courtes. Les repas seront bien réglés et rares (trois par jour); la plus grande sobriété est de rigueur; pas de vin, de café, de thé, de mets épicés, sucrés, vinaigrés, etc. La vie au grand air s'impose, la campagne a des effets sédatifs manifestes : certaines stations (Bagnères-de-Bigorre), les altitudes moyennes des Alpes ou des Pyrénées peuvent être conseillées. Les bains de mer et même le séjour sur les plages du Nord et de la Manche seront interdits. On demandera peu de travail aux enfants excités, on se gardera de surmener leur cerveau. On veillera sur leurs jeux et sur toutes leurs occupations.

Ils ne veilleront jamais, se coucheront de bonne heure et n'iront pas au spectacle. On ne leur fera pas de contes effrayants.

Le fonctionnement du tube digestif sera surveillé de très près; la constipation sera prévenue ou combattue par un bon régime alimentaire, par quelques laxatifs, par des lavements glycérinés.

3° Les médicaments, le bromure de potassium en particulier, ne seront prescrits que très exceptionnellement. Si l'insomnie est invincible, on pourra donner un peu de bromure ou mieux du trional, du tétronal (25 centigrammes le soir); quelquefois l'antipyrine (25 à 50 centigrammes en une fois). (*Méd. mod.*)

### Mélange pour injections intra-uréthrales contre la blennorragie (M. de Valandé).

| | | |
|---|---|---|
| Menthol | 2 centigrammes. | |
| Acide salicylique | 10 | — |
| Acide phénique | | |
| Acide lactique | ãã 20 | — |
| Essence d'eucalyptus | | |
| Salicylate de méthyle | | |
| Résorcine | 50 | — |
| Eau | 100 grammes. | |

Mêlez. Usage externe.

Cette formule est basée sur le principe qu'un mélange de plusieurs antiseptiques est doué de propriétés thérapeutiques plus énergiques qu'une seule de ces substances employée même à dose élevée. Utilisée en injections intra-uréthrales chez les blennorragiques de son service par M. le docteur A. Pousson, professeur agrégé chargé du cours des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Bordeaux, cette solution paraît avoir donné à notre confrère des résultats suffisamment favorables pour qu'elle mérite d'être expérimentée par les praticiens.

(*Semaine médicale.*)

### Préparation d'une poudre antiseptique.

Les gazes antiseptiques isolées ou iodoformées sont inutiles; on prend une compresse ou une lamelle d'ouate hydrophile; on l'exprime fortement et on l'applique sur la plaie. Si on a besoin d'une poudre antiseptique, ce qui est rare, on fera usage soit d'acide borique finement pulvérisé, soit de la poudre de Lucas-Championnière, dont voici la formule :

| | |
|---|---|
| Poudre de quinquina gris | Parties égales en volume. |
| Poudre de benjoin | |
| Iodoforme | |
| Carbonate de magnésie | |

### Asthme. (Clymer.)

| | |
|---|---|
| Teinture d'opium | 4 grammes. |
| Éther sulfurique | 8 — |

A prendre, toutes les demi-heures, L gouttes jusqu'à cessation de l'accès. (*Gaz. hebd.*)

## VARIÉTÉS

### Observations physiologiques à l'exécution de Carrara (1).

Par le docteur Capitan.

Une exécution capitale n'est certes pas un spectacle agréable à voir, mais on peut y faire une série d'observations parfois intéressantes.

J'ai pu, à l'exécution de Carrara, noter quelques faits dont l'énoncé à la Société de biologie a suscité, de la part de MM. Ch. Richet et Gley, quelques observations pleines d'intérêt.

Tout d'abord il m'avait semblé, ainsi d'ailleurs qu'aux autres assistants, que les aides et le bourreau opéraient avec une extrême lenteur, les premiers pour faire basculer le condamné et le coucher sur la planche, le second pour arriver à bien disposer la tête déjà fixée dans la lunette.

C'est surtout ce dernier temps de l'opération qui a paru exagérément long à tout le monde, des murmures se sont même fait entendre à ce moment parmi le public. J'ai estimé cette durée à six ou huit secondes, un assistant à douze secondes. Or, M. Ch. Richet nous a fait observer qu'il pouvait bien n'y avoir là qu'une illusion. Plusieurs observateurs, Regnard entre autres, ont déjà noté cette sensation d'extrême lenteur durant les exécutions capitales, et ayant vérifié, montre en main, ils se sont aperçus qu'au contraire les acteurs de ce drame évoluaient très rapidement. Suivant l'expression vulgaire, les secondes paraissent alors des minutes.

A ce propos, M. Ch. Richet a cité une très curieuse observation qu'il a pu faire. Ayant assisté fortuitement à la chute d'un individu tombant d'un lieu élevé, bien que cette chute se fût produite très rapidement, il lui sembla que l'individu était tombé avec une extrême lenteur, s'inclinant d'abord en avant, puis planant et finissant enfin par se renverser la tête en bas avant d'atteindre le sol.

Pour M. Laborde — qui a bien voulu nous envoyer par écrit le résultat de très intéressantes observations faites par lui aux nombreuses exécutions auxquelles il a assisté — la longueur apparente ou réelle des préparatifs et du temps qui précède immédiatement l'exécution, dépend surtout de l'état dans lequel se trouve le condamné, tantôt inerte, tantôt au contraire excité et luttant contre le bourreau et ses aides. Suivant les cas, on comprend que ceux-ci doivent mettre un temps plus ou moins long pour arriver à se rendre maîtres de la victime et à la disposer correctement sur la planche de la guillotine. De là, dans certaines circonstances, un retard réel et une certaine lenteur dans l'intervention du bourreau et de ses aides, lenteur qui paraît d'autant plus grande que l'on a le très pressant désir de voir le dénouement se produire le plus vite possible.

En somme, il y a là un point qu'il serait intéressant d'élucider, le cas échéant, avec un bon chronomètre.

La seconde observation que j'ai pu faire est d'un tout autre ordre. Carrara s'est comporté comme les criminels saisis d'une émotion telle qu'ils perdent à peu près connaissance dès que s'ouvre la porte de Mazas et qu'ils aperçoivent ce très émouvant et terrible spectacle de la guillotine, éclairée par le petit jour blafard filtrant à travers le feuillage, flanquée du panier ouvert et isolée au milieu d'un carré formé par les journalistes et les agents de police et, dans le fond, par les gendarmes à cheval. On le traîna, exsangue, livide, jusqu'à la guillotine. Il eut un brusque mouvement de recul du tronc en arrière, au moment où on le poussa contre la bascule, puis il resta immobile. L'aide de gauche n'eut pas besoin de le tirer en avant par les épaules, ainsi qu'il est souvent obligé de le faire. Il nous sembla absolument inerte, cadavérique, pendant que Deibler manipulait la tête de façon à ce qu'elle se présentât convenablement au couteau.

Or, dès que le couteau fut tombé, nous pûmes nettement constater que la section du cou encore engagé dans la lunette ne saignait pas, ou tout au moins fort peu, et présentait l'aspect de la section d'un cou de cadavre. Le tronc fut alors, rapidement d'ailleurs, projeté dans le panier. Mais les épaules butèrent sur le bord et le cou resta hors du panier, très visible. Ce ne fut qu'à ce moment-là que les carotides donnèrent un jet de sang rouge qui jaillit à plus de 1 mètre en l'air et à près de 1m50 en avant.

Ce fait fut remarqué par les assistants ordinaires et forcés des exécutions (officiers de paix et fonctionnaires de la préfecture de police). Ils nous firent observer que dans le cas, par exemple, de Vaillant ou d'Anastay, qui conservèrent toute leur énergie et furent couchés sur la guillotine encore pleins de vie, l'hémorragie artérielle avait été immédiate et les jets des carotides avaient jailli au moment même de la section.

Comment expliquer cette particularité? M. Gley rappela que, ayant pu, en province, étudier les cadavres de deux décapités, deux minutes après l'exécution, il avait constaté que, chez l'un, le cœur avait déjà cessé de battre, tandis que, chez le second, il battait encore et qu'il continua à battre pendant six à huit minutes.

Or le premier était, avant l'exécution, dans le même état syncopal que Carrara, tandis que le second avait conservé son énergie et sa vitalité.

M. Gley pense donc que le fait que nous avons observé peut s'expliquer, comme dans son premier cas, par un arrêt syncopal du cœur avant et par suite au moment même de la décollation, d'où absence d'hémorragie, le cœur ne battant plus. Puis la décapitation produisant une excitation médullaire violente, le cœur aurait pu, sous cette influence, se contracter de nouveau et déterminer ainsi l'hémorragie en jet au niveau de la section du cou, trois à quatre secondes après la décapitation.

Sur ce point, M. Laborde voulut bien aussi nous donner son opinion, que je transcris littéralement ici :

« Deux conditions essentielles que j'ai déjà observées, étudiées et décrites, interviennent chez le condamné, au moment du supplice par la guillotine et de sa réalisation :

Ou bien le sujet, conservant la majeure partie de sa virilité et de ses forces, marche délibérément, avec une résolution plus ou moins stoïque, vers l'instrument du supplice, qu'il a regardé, d'ailleurs, une seule fois (ce fait est constant) en franchissant la porte de la prison ; et alors, le sang jaillit instantanément — ou très peu s'en faut — à la suite du choc tranchant et avec une force qui témoigne de la persistance des contractions cardiaques, douées d'une vigueur au moins normale. Le cœur, en effet, il est facile de le constater, continue à battre un temps plus ou moins long après la décapitation (vingt minutes, une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure et même une heure trois quarts); et dans cette condition première, il s'arrête constamment à vide, en systole, c'est-à-dire dans une contraction terminale énergique, une véritable contracture, où il reste fixé, et tel que j'ai pu le constater dans les nombreux cas de cette sorte que j'ai observés (collection de cœurs de suppliciés à mon laboratoire).

Ou bien, deuxième alternative, le sujet frappé, sidéré et comme anéanti à la nouvelle de l'heure fatale, incapable de se tenir debout, soutenu et porté à la guillotine, demi-mort d'avance, en état de syncope, subit le supplice dans ces conditions. Alors, le cœur étant et se trouvant plus ou moins en arrêt, le sang ne jaillit pas immédiatement sur le coup, mais une fois celui-ci porté, le cœur, affranchi de l'in-

(1) Communication à la Société d'anthropologie.

fluence d'arrêt, récupère momentanément ses contractions ; et, selon leur plus ou moins de force, le sang jaillit en conséquence. Ordinairement, en ce cas, si la syncope a été complète, les contractions sont faibles, le jaillissement sanguin proportionné à cette faiblesse ; le cœur persiste moins en ses battements *post-mortem* et il s'arrête en état de flaccidité, plus ou moins dilaté par des caillots asphyxiques.

Il est probable, d'après vos renseignements, que Carrara s'est trouvé dans cette deuxième condition, qu'il a été réellement en état syncopal (1). En tout cas, c'est bien comme je viens de le dire, et ainsi que Gley en a eu la juste idée, que semble devoir être comprise et expliquée la reprise sus-mentionnée des battements du cœur, affranchi, je le répète, après le coup mortel, et ayant récupéré son autonomie fonctionnelle. »

Je voudrais aussi noter un dernier point, d'ailleurs de constatation courante, mais qui, ici, a été très net, c'est que, lorsque l'esprit est occupé par une recherche quelconque, nécessitant une observation très attentive, il est complètement inhibé pour toute sensation émotive qui disparaît même de ce fait.

Telles sont ces très simples observations qui n'ont d'intérêt qu'au point de vue de leur interprétation et à cause de la discussion qu'elles ont pu provoquer et des intéressantes observations qu'elles ont suscitées. (*Tribune méd.*)

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Technique chirurgicale** (2), par E. Doyen, avec la collaboration du docteur G. Roussel et de M. A. Millot. — *Technique générale. — Opérations gynécologiques.*

Ce livre est l'exposé de la méthode opératoire générale et des procédés personnels du docteur Doyen.

L'ouvrage est divisé en deux parties.

La première partie comprend la « Technique chirurgicale générale » avec la description des installations de M. Doyen, et particulièrement de son nouveau lit d'opération et des divers appareils qui constituent le matériel antiseptique, les soins à donner aux malades avant et après l'opération, l'historique de l'hémostase et du morcellement.

La seconde partie comprend l'ensemble des « Opérations gynécologiques ». Nous attirons particulièrement l'attention sur les chapitres qui se rapportent au traitement du vaginisme, des fistules vaginales, du redressement vaginal de l'utérus, qui sont absolument inédits, et à l'hystérectomie vaginale et abdominale, chapitres illustrés de nouvelles figures ; le docteur Doyen y a développé, avec les plus grands détails, ses procédés.

Le second volume, qui est en préparation, comprendra par régions toutes les autres opérations chirurgicales.

**Le torticolis et son traitement** (3), par le docteur P. Redard, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef du dispensaire Furtado-Heine.

Les importantes recherches et découvertes concernant le torticolis, faites dans ces dernières années, surtout au point de vue thérapeutique, justifient la publication du travail du docteur Redard.

Dans ce volume, il étudie le torticolis médical et chirurgical, signalant les signes, les méthodes de traitement qui sont communs à ces deux types de difformités du cou. Décrivant toutes les variétés du torticolis, il insiste surtout sur les formes les plus intéressantes et les plus fréquentes, c'est-à-dire le torticolis musculaire et articulaire. S'appuyant sur les travaux anciens et modernes et aussi sur ses recherches personnelles, l'auteur expose l'état actuel de nos connaissances sur le torticolis ainsi que les découvertes récentes. Il indique, au point de vue pratique, les caractères des différentes variétés de torticolis, les symptômes qui servent à les reconnaître et surtout les méthodes qui servent à les guérir.

L'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, l'anatomie pathologique, le pronostic et le traitement font l'objet des différents chapitres de cet intéressant volume. Enfin, dans un dernier chapitre, et non le moins attrayant, l'auteur indique en détails les résultats qu'il a obtenus par la méthode de traitement du torticolis chirurgical qu'il recommande. Un grand nombre de figures inédites, empruntées à la collection photographique du dispensaire Furtado-Heine, illustrent cet ouvrage qui sera certainement lu avec le plus vif intérêt par les chirurgiens aussi bien que par les médecins.

**Les défenses naturelles de l'organisme** (1) ; leçons professées au Collège de France, par A. Charrin, professeur remplaçant au Collège de France, directeur du laboratoire de médecine expérimentale (Hautes-Études), ancien vice-président de la Société de biologie, médecin des hôpitaux.

Le sujet de ces leçons répond bien aux caractères de l'enseignement du Collège de France, qui demande des notions nouvelles, à l'ordre du jour, dont s'occupe le professeur, surtout au point de vue expérimental.

M. Charrin montre que le passage de l'état de santé à l'état de maladie se réalise souvent d'une façon insensible, et cela, soit parce que l'économie est pour ainsi dire en contact avec une série de causes morbides, soit aussi parce que le mal n'est fréquemment que l'exagération d'une fonction, que l'insuffisance de l'activité normale, qu'une dérogation aux processus physiologiques.

Dans ces conditions, l'auteur prend une série d'exemples destinés à établir comment l'organisme se tient en équilibre au milieu de ces agents de maladie.

Néanmoins, l'organisme ne se fie pas à ces protections, il ne se contente pas des procédés statiques ou dynamiques, d'origine humorale ou viscérale, qui, en maintenant normales la constitution, l'activité cellulaires, lui permettent de résister, de ne pas se laisser entamer ; l'organisme met en avant des procédés directs de destruction à élimination des principes nuisibles.

Ces leçons, accompagnées d'exemples, de preuves, d'expériences, forment pour ainsi dire la synthèse de physiologie pathologique générale.

**Précis de la vaccine et de la vaccination moderne** (2), par le docteur Martial Hublé, médecin-major de l'armée, etc.

C'est grâce aux changements profonds qu'a subis la technique vaccinale depuis un petit nombre d'années, que la prophylaxie des épidémies de variole est devenue en France une réalité. L'étude de l'acte vaccinal, dont il importe au plus haut degré de préciser le manuel opératoire si perfectionné et de vulgariser la remarquable bénignité, ne saurait plus, cependant, consister en quelques descriptions abstraites : à notre époque, si riche en découvertes de physio-

(1) L'autopsie de Carrara n'ayant pas été faite, il nous a été impossible de vérifier l'état de son cœur.

(2) Gr. in-8°. Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

(3) Un vol. in-8° écu. Prix : 6 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-18. Prix (2 vol.) : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

logie microbienne, une étude ainsi comprise serait entachée d'insuffisance et de stérilité si, de la constatation des effets, on oubliait de rapprocher la notion de leurs causes intimes.

La nécessité de combler cette lacune a frappé le docteur Hublé, qui a eu l'heureuse idée de présenter dans cet ouvrage un ensemble, résumé et complet à la fois, de nos connaissances sur l'immunité et l'immunisation vaccinale. L'œuvre n'en a pas moins sa caractéristique bien personnelle : la technique des vaccinations et des revaccinations, qui y tient une place prépondérante, est des plus riches en détails puisés dans une expérience approfondie des procédés opératoires et des conditions dites « accessoires », dont l'importance est si considérable. Rien n'y est laissé au hasard : tout y a été prévu pour préparer et assurer les succès.

Le *Précis de la vaccine et de la vaccination moderne* est un véritable traité, au courant des plus récentes acquisitions de la science et dans lequel l'exactitude des théories, la valeur des descriptions, la saine appréciation des procédés et des faits sont garanties par la compétence de l'auteur, dont le nom est de ceux que la Commission de la vaccine à l'Académie de médecine a plus d'une fois inscrits au nombre de ses lauréats.

Fait tout entier de précieuses indications pour le praticien, pour l'étudiant en médecine, pour l'élève sage-femme, ce livre serait appelé à rendre des services plus complets encore, si sa lecture pouvait aboutir au recrutement éventuel de vaccinateurs instruits en dehors du monde médical. Ce *Précis* aurait alors répondu à un véritable besoin et les initiés ne manqueraient pas de reconnaître le concours apporté par son aide à la solution du grand problème qui préoccupe à si bon droit nos médecins et nos économistes : la protection de la santé publique.

**Trente années de pratique médicale à Contrexéville** (1), par le docteur Debout d'Estrées, médecin consultant.

Ce petit volume résume le fruit d'une longue pratique. Il fera connaître aux médecins et aux malades toutes les ressources que peuvent leur offrir les eaux de Contrexéville et leur donnera des indications sur le traitement des maladies plus particulièrement soignées à Contrexéville : goutte, gravelle, coliques néphrétiques, lithiase biliaire, pierre, maladies de la prostate, catarrhe vésical et utérin et incontinence d'urine.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour l'emploi de professeur de pathologie interne et de thérapeutique à l'école de Bordeaux, dont l'ouverture doit avoir lieu à Rochefort, le 5 septembre prochain, sous la présidence de l'inspecteur général du service de santé de la marine, sera composé de MM. Burot, médecin principal à Rochefort, et Ambiel, médecin principal, sous-directeur à l'école de Bordeaux.

— Le concours pour la place de chef de clinique interne près l'école de médecine de Caen s'est terminé par la nomination de M. le docteur Léger.

— *Hospices d'Amiens.* — Un concours pour deux places de médecin suppléant s'ouvrira le lundi 17 octobre 1898.

Un concours pour une place de chirurgien suppléant s'ouvrira le jeudi 20 octobre 1898.

Pour tous renseignements sur ces deux concours, s'adresser au secrétariat des hospices, rue de Beauvais, n° 127, à Amiens.

(1) In-18. Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

— *Hôpitaux de Caen.* — Le concours pour la place d'interne en pharmacie à l'Hôtel-Dieu s'est terminé par la nomination de M. Massart.

— Un concours pour deux places d'interne en médecine, à l'hôpital civil et militaire de Nîmes, s'ouvrira le mercredi 9 novembre prochain. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue Ruffi, 11, à Nîmes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Biéchy (de Mons), Dajas (de Bidache), Granger (de Charroux), Laurent (d'Angers), Niocel (de Hourtin), Rigail (de Carcassonne) et Tardif, médecin principal de la marine.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des Voyages économiques, une excursion au *château* et dans la *forêt de Fontainebleau*, pour le dimanche 24 juillet 1898. — Départ de Paris, 9 h. 5 matin. Retour à Paris, 11 h. 50 soir. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 20 francs ; 2e classe, 17 fr. 50 ; 3e classe, 15 francs.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Le micrographe préparateur,** journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. — (Vol. VI, n° 3, mai-juin 1898.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr. ; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

**Traité des maladies des femmes,** par H. Fritsch, professeur de gynécologie et d'accouchements à l'Université de Bonn ; traduit sur la 8e édition par J. Stas, ancien chirurgien-adjoint des hôpitaux d'Anvers. Un vol. in-8°. — Prix : 15 francs. — Anvers, J.-E. Buschmann ; Paris, A. Maloine.

**Traité de médecine opératoire,** par le docteur A. von Winiwarter ; traduit de l'allemand, par le docteur A. Polis, 1 vol. gr. in-8° de 480 pages, avec 60 fig. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Étude expérimentale de pharmacodynamie comparée sur la morphine et l'apomorphine,** par le docteur L. Guinard, lauréat de l'Institut (prix de physiologie thérapeutique), chef des travaux du laboratoire de thérapeutique à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon. 1 beau vol. gr. in-8° de 728 pages avec 198 figures. — Prix : 10 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

**De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine,** par le docteur Georges Küss, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau, lauréat de l'Académie de médecine (prix de l'Académie, 1896). (Travail du laboratoire de M. le professeur Hutinel à l'hospice des Enfants-Assistés.) 1 vol. gr. in-8° de 450 pages avec figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

**Études sur le phosphore et le phosphorisme professionnel,** par le docteur F. Arnaud. 1 vol. gr. in-8° de 382 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 25 juillet 1898.

### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

D'aucuns prétendent que la science marche vite ! Jugez : il y a seize ans, en 1882, Kernig (de Saint-Pétersbourg) attire l'attention sur un symptôme de nature à permettre facilement le diagnostic des méningites. C'est à peine si, après lui, quelques pathologistes le remarquent ; Henoch, Bull, Blümm, Friis, en contrôlent l'exactitude, mais ne s'y attachent guère, les autres n'en ont cure. Or, il s'agit d'un **signe pathognomonique**, simplement. M. Netter qui y revient, affirme qu'il existe 90 fois sur 100 ! Encore un pas et nous serons autorisés à penser qu'il s'agit d'un des symptômes les plus constants de la méningite. Il ne s'observe pas en dehors d'elle ; on ne l'a jamais rencontré ni dans la fièvre typhoïde, ni dans la pneumonie, ni dans le rhumatisme articulaire aigu... A lui seul, et en l'absence des signes habituels de la méningite, il permet d'affirmer la maladie. Qui s'en serait douté ? Il est simple et de recherche aisée : on examine le malade dans le décubitus dorsal, l'on s'assure que les membres inférieurs sont relâchés, et qu'il est aisé d'amener le genou dans une extension complète. On maintient alors le malade assis, et, dans cette position, il fléchit plus ou moins les genoux. Ceux-ci, malgré tous les efforts, ne peuvent être étendus complètement. La contracture des muscles fléchisseurs s'y oppose, et il reste un angle qui peut être de 90 degrés dans les cas très accentués, et qui n'est jamais supérieur à 135 ou 140 degrés. L'extension complète redevient aisée dès que l'on incline de nouveau le tronc du malade en arrière.

Ne retenons que la valeur séméiologique de ce signe, qui est considérable. Sa pathogénie est encore des plus indécises.

On a coutume de croire que, chez les diabétiques, les phénomènes douloureux augmentent l'excrétion du sucre ; c'est au moins le cas le plus fréquent. Deux observations de MM. Gilbert et Émile Weil semblent cependant démontrer le contraire. Il s'agit de deux femmes atteintes à la fois de **diabète** et de **lithiase biliaire**. Dans le premier cas, on avait noté une élimination fixe et élevée de sucre. Survint une crise violente de crise hépatique. Le sucre immédiatement disparut presque des urines, puis après deux jours remonta à son taux primitif. Dans le second cas, la crise fut plus prolongée, mais pendant toute sa durée, le chiffre du sucre dans l'urine fut très bas, mais remonta rapidement jusqu'à atteindre un degré assez élevé lors de la cessation de la crise. On peut donc prétendre que l'attaque de colique hépatique a une action inhibitrice sur les centres hépato-pancréatiques qui tiennent sous leur dépendance la glycosurie, action que l'on peut rapprocher des phénomènes réflexes si nombreux et, parfois, contradictoires, produits par la crise lithiasique.

Hypothèse vague, théorie indécise ! Ne peut-on pas dire plus modestement avec M. Rendu, que toutes les excitations douloureuses, périphériques, agissent sur la production de la glycosurie, soit en la diminuant, soit en l'augmentant, sans qu'il soit possible d'en expliquer le mode d'action.

L'absorption des sucres provoque très fréquemment la polyurie. On sait les propriétés diurétiques de la lactose démontrée par Sée, de la glycose démontrée par Dujardin-Beaumetz. MM. Achard et Weill ont pratiqué l'injection sous-cutanée de divers sucres, saccharose, sucre interverti, glycose, lévulose, lactose, galactose, maltose, et ont remarqué que ce mode d'introduction du sucre provoquait plus facilement la polyurie que l'administration par le tube digestif. Avec des quantités très faibles, 1gr50 de saccharose par exemple, c'est-à-dire à peine le cinquième d'un morceau de sucre ordinaire, introduit sous la peau, les deux auteurs ont pu obtenir une polyurie assez remarquable. Chez des malades oliguriques, ils ont pu relever le taux des urines, en sorte qu'on pourrait utiliser, comme adjuvant de la médication diurétique, les injections sous-cutanées de solutions sucrées stérilisées.

Sous l'influence des sucres absorbés à doses massives par le tube digestif, on peut voir apparaître dans les urines des éléments anormaux, en particulier l'urobiline et l'indican, phénomène transitoire dû probablement à une sorte de surmenage momentané du foie.

En 1885, M. Féréol — au moment des premières discussions sur les amyotrophies d'origine hystérique — présenta à la Société médicale un malade atteint d'**atrophie muscu-**

laire, chez lequel la localisation de l'atrophie, l'existence de troubles oculaires caractéristiques, permettaient de faire le diagnostic de **paralysie radiculaire inférieure**. Ce malade présentait, en outre, des stigmates hystériques. Il est mort, il y a peu de temps, dans le service du professeur Dieulafoy, et M. Apert présente les pièces de l'autopsie. Outre l'atrophie des muscles du bras, — à l'exception des muscles supinateurs, radiaux, brachial antérieur, biceps, deltoïde, sus et sous-épineux, sous-scapulaire, petit rond, sous-clavier, — la dégénérescence des nerfs cubital et médian, il existe les altérations suivantes des centres nerveux : raréfaction des grandes cellules de la moelle au niveau de la première dorsale et de la huitième cervicale; disparition absolue des cellules étoilées dans la corne antérieure, au niveau de la septième cervicale. Dans l'hémisphère cérébral gauche, la circonvolution frontale ascendante est très diminuée et ne mesure que 7 millimètres en largeur, au lieu de 14 du côté opposé. Il s'agit — c'est là le fait rare et intéressant — d'une atrophie par cessation de fonctionnement d'un organe, non d'une dégénérescence ascendante.

M. Jeanselme présente un malade atteint de zona et porteur de **vésicules aberrantes disséminées**, ce qui cadre mieux avec l'hypothèse de la fièvre zostérienne qu'avec la théorie nerveuse.

---

## UN CAS DE PLAIE DE POITRINE MORTELLE

### PAR SUITE D'UNE ECTOPIE CARDIAQUE DROITE

Par le docteur L. Cochez, chef de clinique infantile à l'École de médecine d'Alger.

Il nous a été donné de constater, lors d'une autopsie médico-légale récente, un cas d'ectopie cardiaque droite, ectopie qui a entraîné des conséquences inattendues et qu'il nous a paru intéressant de rapporter.

Les faits de déplacement du cœur à droite, consécutif à une pleurésie ancienne du même côté, semblent depuis quelque temps attirer particulièrement l'attention des observateurs. Sans vouloir faire un historique complet de la question, rappelons les premières recherches de M. Bard sur ce sujet en 1892 (1), celles de Van Ryn (2), ainsi que les anciennes expériences de Pitres [de Bordeaux] (3). Les mémoires de la Société médicale des hôpitaux relatent, sur ce sujet, trois communications récentes de MM. Fernet (4), Moutard-Martin (5) et L.-H. Petit (6). De son côté, mon frère, le docteur A. Cochez, a rapporté trois cas d'ectopie cardiaque droite ancienne (7), mais c'est surtout M. le professeur Bard [de Lyon] (8), qui, reprenant la question qu'il avait cinq ans auparavant abordée, s'est attaché, par des constatations cliniques vérifiées par le contrôle anatomique, à faire connaître ces déviations et à en déterminer les caractères. Des différentes conclusions qu'il établit, rappelons les principales, celles surtout qui se rapportent au cas qui nous intéresse :

1° Le déplacement du cœur est le même, qu'il soit produit par des rétractions dues à une pleurésie droite, ou par un épanchement abondant dans la plèvre gauche.

2° Contrairement à l'opinion généralement admise par les auteurs classiques, le cœur est déplacé en masse sans que la direction générale de son axe soit modifiée.

3° Dans ces cas, c'est la base du cœur qui s'avance le plus loin à droite, pouvant atteindre et même dépasser légèrement la ligne mamelonnaire droite, tandis que la pointe déplacée dans le même sens ne dépasse pas la ligne médiane.

Telles sont les conclusions que notre autopsie nous a permis de vérifier une fois de plus, et dans des circonstances particulièrement curieuses.

*Rapport médico-légal sur l'autopsie du cadavre du nommé L... (Joachim), décédé à la Bouzaréah, près Alger, à la suite d'assassinat.* — Le cadavre est celui d'un homme d'une trentaine d'années, très robuste ; il est en état de rigidité cadavérique complète.

A 6 centimètres au-dessous de la clavicule droite, à 6 centimètres également de la ligne médiane sternale se trouve une plaie en boutonnière, d'une longueur de 1 centimètre et demi, d'une largeur de 6 millimètres, dirigée de haut en bas et légèrement de dehors en dedans. L'examen du tissu cellulaire sous-cutané et des couches musculaires sous-jacentes les fait apparaître fortement ecchymosées. Au thorax, dans le premier espace intercostal droit, à 3 centimètres du bord droit du sternum, on trouve une plaie également longitudinale, en forme de triangle isocèle très allongé, à pointe dirigée en bas, le bord supérieur du cartilage de la deuxième côte étant légèrement entamé en section coupante sur une longueur de 2 millimètres. Le tissu cellulaire sous-sternal est fortement infiltré de sang ; on retrouve au milieu de ces tissus infiltrés la section en continuité avec les plaies précédentes, et cette section se continue également en profondeur sur le péricarde, qui porte à sa partie antérieure une plaie pénétrante en boutonnière de 8 millimètres de longueur, plaie dont la partie supérieure paraît plutôt déchiquetée, la partie inférieure au contraire en section coupante. La cavité péricardique contient une grande quantité de liquide séreux et de caillots amassés dans les parties les plus déclives. Une sonde cannelée retrouve très facilement le trajet de l'extérieur à l'intérieur du péricarde.

Le cœur ne présente aucune trace de blessure ; peut-être son volume est-il un peu supérieur au volume normal. Mais l'artère aorte, dans son trajet intra-péricardique, sur le milieu de sa face antérieure et à 3 centimètres de son origine, porte une petite plaie longitudinale en boutonnière, d'une longueur de 6 millimètres. L'artère aorte étant ouverte, on retrouve l'orifice intérieur de même direction, mais d'une longueur de 3 à 4 millimètres seulement. La partie postérieure de l'aorte ne porte aucune blessure.

Nous passons à l'examen des autres viscères. Le poumon gauche est normal, d'un développement plutôt exagéré ; mais le poumon droit n'est pas libre dans la cavité pleurale droite ; les plèvres sont si intimement et si solidement adhérentes de ce côté que la main ne détache que très difficilement le poumon droit de la paroi thoracique ; il y a symphyse complète, symphyse résultant évidemment d'une ancienne pleurésie droite. A la coupe, le tissu pulmonaire paraît normal des deux côtés.

La rate est en position normale, ainsi que le foie, tous deux un peu hypertrophiés ; les reins sont sains ; l'estomac est dilaté, plein de matières alimentaires. Rien de particulier à noter du côté des intestins.

Nous tentons maintenant de mesurer au moins approximativement la profondeur totale de la plaie de poitrine, et surtout de déterminer la direction du trajet qu'a suivi

(1) Bard. *Lyon méd.*, 1892, t. III, p. 583.
(2) Van Ryn. *Journ. de méd. de Bruxelles*, 10 mars 1894, p. 152.
(3) Pitres. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1896.
(4) Fernet. Soc. méd. des hôpit., 11 déc. 1896.
(5) Moutard-Martin. Soc. méd. des hôpit., 15 janv. et 2 avr. 1897.
(6) L.-H. Petit. Soc. méd. des hôpit., 16 juillet 1897.
(7) A. Cochez. *Gaz. des hôpit.*, mai 1897.
(8) Bard. *Médecine mod.*, 1897.

l'arme. Pour cela, le plastron sternal et les téguments sont remis en place au-dessus du cœur, recouvert de son péricarde. Une sonde est introduite de l'extérieur à l'intérieur. On constate alors que cette sonde s'enfonce *perpendiculairement au plan antérieur de la poitrine*, et à une profondeur de 8 centimètres environ...

Ce rapport d'autopsie nous a permis d'établir des conclusions se résumant à peu près aux suivantes :

1° Le nommé L... (Joachim) a succombé à une plaie pénétrante de poitrine ayant intéressé le péricarde et l'artère aorte à son origine, et ayant provoqué une hémorragie rapidement mortelle.

2° L'aspect de la plaie d'entrée, la profondeur du trajet, sa direction nettement perpendiculaire à la paroi permettent de conclure que L... a été frappé de haut en bas, directement, avec un instrument piquant et tranchant, d'une longueur d'au moins 8 centimètres, d'une largeur de 15 millimètres, effilé à son extrémité.

3° La déviation en masse du cœur à droite peut seule expliquer, dans le cas qui nous occupe, la blessure de l'aorte à la suite d'un coup de couteau porté à droite, à 6 centimètres de la ligne médiane, et *directement d'avant en arrière.*

Telles sont les conclusions que nous avons développées dans notre rapport à la justice.

Voilà donc un cas bien net de déviation du cœur provoquée par des rétractions pleurales droites, toute idée de dextrocardie congénitale pouvant être immédiatement écartée par la situation normale des autres viscères. Sans doute, il eût été intéressant, si le temps, les circonstances et le milieu peu favorable dans lequel nous opérions l'avaient permis, d'étudier plus attentivement cette ectopie, d'en noter l'étendue exacte, de déterminer, par différents artifices, les nouveaux rapports du cœur avec la paroi thoracique.

Nous avons pu constater néanmoins que cette déviation s'était faite en masse, comme l'a si bien montré M. Bard, et que l'aorte descendante, qui normalement ne doit pas dépasser le bord droit du sternum, débordait cet os de 3 centimètres au moins et était venue se mettre immédiatement en contact avec le premier espace intercostal droit.

De cette modification si marquée dans la situation du canal aortique, de ces nouveaux rapports, il est résulté pour le blessé porteur d'une pareille ectopie des conséquences fatales. Quelles lésions pouvait amener, en effet, chez un individu sain, le traumatisme subi par notre blessé? Une perforation, ou pour mieux dire, étant donné l'étroitesse de la plaie profonde, une simple ponction de la plèvre et du poumon, voire même du péricarde. On sait combien ces lésions sont le plus souvent bénignes. On peut donc affirmer que, chez notre blessé, la pleurésie ancienne et ses conséquences ont causé tout le mal : les rétractions pleurales ont amené l'aorte sous la pointe du couteau.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de l'impétigo.

M. le docteur Sabouraud conseille de traiter l'impétigo par l'emploi d'un médicament fort ancien et tombé presque complètement dans l'oubli aujourd'hui, l'*Eau d'Alibour*, qui date au moins de trois cents ans, antiseptique de premier ordre, qui, dans le traitement des plaies suppurantes, vaut autant que nos meilleurs antiseptiques actuels. Il y a plusieurs formules de l'eau d'Alibour. Voici une formule actuelle :

| | |
|---|---|
| Eau. . . . . . . . . . . . . . | 200 grammes. |
| Camphre à saturation de l'eau. | Q. S. |
| Sulfate de cuivre . . . . . . . | 2 grammes. |
| Sulfate de zinc . . . . . . . . | 7 — |
| Safran. . . . . . . . . . . . . | 40 centigr. |

(*Arch. de méd. des enfants.*)

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juillet 1898. — Présidence de M. Berger.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR L'INCISION DU CUL-DE-SAC VAGINAL POSTÉRIEUR

M. Richelot ne pense pas pouvoir accepter sans réserve les conclusions du mémoire de M. Monod. Lorsqu'il s'agit d'aborder une collection haut située, on peut rencontrer un foyer de pelvi-péritonite séreuse, interposé entre le pyosalpinx et le cul-de-sac postérieur. Il y a alors danger d'inoculer, par un pus virulent, la cavité péritonéale ; c'est ce qui lui arriva récemment à la suite d'une double colpotomie : malgré le drainage la malade succomba au bout de quatre jours.

Aussi M. Richelot, sans rejeter les conclusions de M. Monod, croit devoir s'en tenir aux idées qu'il a exposées sur ce point au Congrès de Genève : l'incision vaginale est indiquée dans les cas de suppurations aiguës et récentes, faisant nettement saillie au niveau du cul-de-sac vaginal ; elle est également indiquée pour les suppurations puerpérales ; mais toujours on doit prévoir la possibilité, sinon d'abcès secondaires, du moins de suites longues et douloureuses.

M. Le Dentu, depuis longtemps, a recours à l'incision vaginale, et l'a pratiquée très souvent. Sans vouloir la rejeter, il est d'avis qu'il y a lieu d'en restreindre l'indication aux hématocèles infectées, en la faisant suivre, s'il est nécessaire, d'une hystérectomie vaginale, et aux suppurations aiguës, unilatérales ou même doubles, franchement abordables par le vagin.

M. Hartmann a pratiqué 23 colpotomies pour des suppurations développées dans l'épaisseur même des annexes ; les résultats immédiats ont été bons dans tous les cas ; quatre fois seulement une nouvelle intervention a été nécessaire pour obtenir une guérison complète.

M. Potherat réserve l'incision aux collections saillantes dans le vagin ; dans le cas où il y a une pelvi-péritonite séreuse, si le pyosalpinx n'est pas facilement accessible, l'opération peut être dangereuse, et il y a lieu de songer à une autre intervention.

### COMMUNICATION

**Tumeur du canal vertébral.** — M. Heurtaux (de Nantes) adresse sur ce sujet une observation.

### PRÉSENTATIONS DE MALADES

**Ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus.** — M. Kirmisson présente un enfant qui était atteint d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus, avec propagation à tout le canal médullaire. L'enfant est aujourd'hui guéri, après extirpation de la tête humérale et curetage du canal médullaire.

**Péritonite bacillaire.** — M. Potherat présente une jeune femme, qu'il a laparotomisée pour une péritonite bacillaire à granulations miliaires aiguës.

**Tuberculose du pied.** — M. POTHERAT présente une malade guérie d'une ostéomyélite du pied par curetage et injections de chlorure de zinc.

**Double néphrotomie.** — M. DELBET présente une malade à laquelle il a pratiqué la néphrotomie droite, pour hydronéphrose calculeuse; puis la néphrotomie gauche, pour accidents causés par la présence de très nombreux calculs dans le bassinet et jusque dans l'uretère.

**Gastrostomie.** — M. SCHWARTZ présente un malade auquel il a pratiqué une gastrostomie, il y a seize mois. Le résultat est fort bon : à noter seulement la tendance à l'atrésie de la bouche stomacale, la muqueuse n'ayant pas été fixée à la peau.

**Néphrotomie transpéritonéale pour tuberculose massive du rein.** — M. SCHWARTZ montre une malade à laquelle il a enlevé le rein droit, atteint de tuberculose massive; au cours de l'intervention, il trouva des calculs dans la vésicule biliaire, et pratiqua de ce fait une cholécystotomie idéale.

**Résection cunéiforme du métatarse pour pied bot paralytique.** — M. MONOD présente une jeune femme qu'il a opérée il y a six ans, pour pied bot très accentué; l'opération de Phleps ne donna rien, et il fallut, pour obtenir le redressement, recourir à l'ablation de la tête astragalienne, du cuboïde et d'une partie de l'apophyse calcanéenne : le résultat est très bon.

M. CHAMPIONNIÈRE insiste sur l'insuffisance du Phleps et sur la nécessité de recourir d'emblée aux larges ablations osseuses qui permettent un redressement facile, sans être obligé d'employer d'appareil immobilisateur.

### PRÉSENTATION DE PIÈCES

**Gastrostomie.** — M. DEMOULIN présente les pièces d'une gastrostomie exécutées d'après le procédé de Witzel-Kader, recommandé par Fontan.

La séance est levée.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Les sérothérapies** (1), par M. le professeur LANDOUZY.

Le nombre considérable de travaux qu'a déjà suscités la sérothérapie, née d'hier, la valeur inégale de ces travaux, rendent singulièrement difficile l'appréciation exacte des résultats obtenus.

Le livre de M. Landouzy sur les sérothérapies vient donc bien à son heure pour montrer le chemin déjà parcouru et surtout pour faire une mise au point de cette épineuse question.

Le lecteur y trouvera exposées, dans une langue imagée et toujours d'une extrême clarté, non seulement les diverses méthodes qui servent pour la vaccination des animaux, mais surtout (ce qui ne se trouve écrit nulle part), *les règles précisés de l'emploi clinique des sérums curateurs*.

Le médecin praticien, souvent incertain dans sa conscience médicale de la valeur de tel sérum qu'il aura entendu prôner par les uns comme un remède toujours efficace, décrier par les autres comme un moyen thérapeutique dangereux, sera heureux de trouver dans le livre de M. Landouzy, non pas une affirmation ou une négation autoritaire, mais une opinion précise, basée sur une analyse méthodique et minutieuse des faits observés.

M. Landouzy a compris le terme sérothérapie dans son acception la plus large, et l'on trouvera exposés dans son livre non seulement la sérothérapie proprement dite des diverses maladies infectieuses, mais encore une étude absolument neuve sur l'emploi clinique du sérum artificiel et plusieurs chapitres consacrés au traitement du croup et à l'étude de la tuberculine et de la malléine.

Sans chercher à analyser ce livre dans sa partie scientifique, nous en résumerons seulement quelques propositions pour montrer dans quel esprit pratique il a été conçu :

*Sérothérapie du tétanos.* — Au point de vue pratique, elle ne peut être que préventive, sans attendre pour injecter le sérum que le tétanos soit déclaré : « En présence d'une plaie susceptible de devenir tétanigène, plaie par coup de feu, écrasement, souillure de terre, employer de suite le sérum préventif, c'est-à-dire faire une injection de 10 centimètres cubes de sérum immédiatement après ablation antiseptique du foyer d'infection. Au bout de quarante-huit heures, deuxième injection et, le dixième jour, une troisième. » Les observations de MM. Reclus, Bazy, montrent que cette méthode a singulièrement diminué la fréquence des cas de tétanos dans les régions tétanigènes.

*Sérothérapie antivenimeuse.* — En présence d'une personne mordue par une vipère ou un autre serpent, voici la conduite que, d'après M. Calmette, M. Landouzy conseille de suivre. Serrez le membre mordu à l'aide d'un lien ou d'un mouchoir entre la morsure et la racine du membre. Laver la plaie avec une solution récente d'hypochlorite de chaux diluée à 1 gramme pour 60, injectez le plus tôt possible après la morsure une dose de sérum antivenimeux (dose variable, selon le serpent mordeur, de 20 à 40 centimètres cubes).

*Sérothérapie antistreptococcique.* — Le lecteur lira avec le plus vif intérêt la critique toute d'actualité qu'entreprend M. Landouzy du sérum antistreptococcique. Dans l'érysipèle, la gravité et la durée de la maladie sont moindres chez les malades soumis à la sérothérapie; les rechutes peuvent être prévenues. La dose ordinaire de sérum nécessaire est de 20 à 40 centimètres cubes.

Dans la fièvre puerpérale, après avoir rapporté plusieurs observations dans lesquelles le sérum a donné de bons résultats, M. Landouzy étudie la question de l'intervention ou de la non-intervention associée à l'emploi du sérum. M. Marmorek supprime toute intervention opératoire. « Mon sentiment, dit M. Landouzy, est très net : nul n'a le droit, pour la septicémie puerpérale, de partager l'exclusivisme de Marmorek. » Il faut associer les deux traitements. Quant à l'intervention par le sérum, M. Landouzy estime qu'il faut la faire. « Je comprends, à la rigueur, qu'en présence d'un érysipèle ou même d'une angine, vous négligiez de recourir au sérum; mais quand il s'agit d'une affection comme la septicémie puerpérale, il n'en est plus de même, et vous n'avez pas le droit d'en refuser le bénéfice à votre malade. »

*Sérothérapie antidiphtérique.* — Voici la règle à suivre. Dès que l'on *soupçonne* la diphtérie, il faut injecter 20 centimètres cubes et, au-dessus de quinze ans, 30 à 40 grammes dans la même séance, en deux piqûres. Il faut proscrire tout traumatisme de la muqueuse, supprimer l'acide phénique et le sublimé, mais faire trois fois par jour des lavages avec des solutions boriquées ou une solution de 50 grammes de liqueur de Labarraque dans 1 litre d'eau bouillie.

Le sérum peut servir aussi d'agent préventif, passager, mais de durée suffisante pour soustraire à la contagion tout un groupe d'individus qu'on ne peut faire sortir d'un foyer épidémique. Il faut, dans ce cas, faire une injection de 5 centimètres cubes de sérum à tous ceux qui ont été, sont ou resteront en contact avec le diphtérique.

M. Landouzy analyse les accidents imputables à la sérothérapie, érythèmes, arthralgie, myalgies, fièvre. Ces accidents ne peuvent contre-indiquer l'emploi du sérum. Il en est de même des cas de mort; pas une fois encore, il n'a été démontré que le sérum antidiphtérique ait causé la mort.

(1) Gr. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

Le traitement du croup est ensuite décrit tout au long; de nombreuses figures expliquent les différents temps du tubage, qui est le procédé de choix, la trachéotomie restant le procédé de nécessité.

Nous ne pouvons suivre M. Landouzy dans la revue qu'il passe des divers essais de sérothérapie tentés pour la colibacillose, la pneumococcie, le charbon, la fièvre typhoïde, le choléra, la peste, la syphilis, la tuberculose; et dans tous ces chapitres, il sépare avec soin ce qui est définitivement acquis de ce qui n'est qu'à l'état de promesse, et la lecture de cette partie de son livre évitera de longues et pénibles recherches aux bactériologistes.

*Sérothérapie artificielle.* — De très nombreux et très sérieux résultats sont à l'actif de cette médication, appelée à prendre une grande place dans la pratique. Le sérum artificiel, quelle que soit sa formule, doit toujours être préparé avec de l'eau distillée *bouillie*. Deux modes d'emploi principaux se présentent : l'injection de petites doses de sérum (sérothérapie minima), utiles surtout pour les déprimés, les neurasthéniques; l'injection de sérums artificiels à doses massives, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les cas de collapsus nerveux, soit dans les veines, dans les cas d'hémorragies profuses, de collapsus *à vacuo*. L'injection à dose massive trouve encore son emploi dans certains cas d'empoisonnement aigu, dans les septicémies traumatiques opératoires, puerpérales ou médicales.

*Tuberculine et malléine.* — La malléine et la tuberculine sont des produits de culture microbiens et non pas des sérums; mais elles ont été employées de la même façon que les sérums curateurs. Si la malléine n'a pas encore été employée chez l'homme, il n'en est pas de même de la tuberculine (ancienne tuberculine de Koch). Si le rôle thérapeutique de celle-ci est des plus douteux, il n'en est pas de même du rôle diagnostique. Des règles très précises sont nécessaires pour manier ce dangereux moyen. M. Landouzy rappelle ses propres recherches pour le diagnostic de la nature tuberculeuse de la pleurésie, les recherches de M. Hutinel pour le diagnostic de la tuberculose infantile : tout enfant qui ne réagit pas à une injection de 1 milligramme de tuberculine n'est pas un tuberculeux; on ne doit injecter d'abord, que 1/20, 1/10 de milligramme de tuberculine; les travaux de MM. Grasset et Wedel pour le diagnostic de la tuberculose chez l'adulte (2 à 3 dixièmes de milligramme).

Tel est l'esprit de ce livre tout moderne, fruit, malgré son apparente simplicité, d'un colossal labeur. Sa lecture prouvera que, comme aime le dire M. Landouzy, la thérapeutique n'est pas — on devrait dire n'est plus — la science des medicaments, mais bien la science et l'art des médications, au premier rang desquelles se place, riche déjà des résultats obtenus, pleine de promesses pour l'avenir, la science des sérothérapies. FERNAND BEZANÇON.

---

## IVe CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

### A PARIS, DU 27 JUILLET AU 2 AOUT 1898

**Mercredi matin 27 juillet, à neuf heures.**

Visite de l'hôpital Boucicaut et, en particuler, du service de M. le docteur Letulle.

Installation de tentes et chaises longues pour le traitement des phtisiques à l'air libre et au repos.

Conférence sur la crymothérapie par M. le docteur Ribard et démonstration pratique sur les malades.

**SÉANCE D'INAUGURATION**

**Mercredi 27 juillet après-midi, à trois heures, à la Faculté de médecine.**

Profr Nocard (d'Alfort). — Allocution du président.

Profr B. Bang (de Copenhague). — La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie.

Dr A.-J. Martin (de Paris). — La lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux habités par les tuberculeux.

Dr L.-H. Petit. — Les résultats du IIIe Congrès de la tuberculose.

G. Masson. — Le budget du IIIe Congrès de la tuberculose.

Profr Arloing et Paul Courmont (de Lyon). — Sur l'agglutination des bacilles de Koch.

Dr Letulle (de Paris). — L'état actuel de l'hospitalisation des tuberculeux à Paris.

Dr Armaingaud (de Bordeaux). — Compte rendu du fonctionnement de la Ligue contre la tuberculose, de 1893 à 1896.

Dr Ricochon (de Champdeniers). — Cas de tuberculose en série dans un village.

Dr Dumarest (de Lyon). — Un nouveau sanatorium français pour les tuberculeux indigents. L'Œuvre lyonnaise du sanatorium d'Hauteville.

**Jeudi matin 28 juillet, séance à l'hôpital Saint-Louis.**

Dr S. Bang (de Copenhague). — Traitement du lupus par les rayons lumineux concentrés, d'après la méthode du professeur Finsen. Démonstration de la méthode et des appareils.

Dr Hallopeau (de Paris). — Étude de malades et de moulages à l'hôpital Saint-Louis au point de vue des toxi-tuberculides.

**Jeudi soir 28 juillet, à trois heures.**

Profr Maragliano (de Gênes). — Du traitement de la tuberculose pulmonaire par la sérothérapie.

Profr J.-O. Hirschfelder (de San Francisco). — Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'oxy-tuberculine.

Dr de Schweinitz (de Washington). — Traitement de la tuberculose par le sérum antitoxique.

Arloing, Jules Courmont et Nicolas. — Étude expérimentale sur la tuberculine R.

Dr Blache (de Paris). — De l'emploi des injections de sérum artificiel chez les enfants tuberculeux au point de vue clinique et thérapeutique.

Dr Vaquier, médecin de l'hôpital de Villiers (œuvre d'Ormesson). — La tuberculine T. R. dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants.

Arloing et Nicolas (de Lyon). — De l'influence de l'infection streptococcique sur l'évolution de la tuberculose chez le lapin.

Dr Boucheron (de Paris). — Sur le traitement des infections surajoutées à la tuberculose pulmonaire, par les injections de sérum antistreptococcique de Marmorek.

Dr Maurice Bloch (de Paris). — La méthode des congénères ou la vaccination de la tuberculose par la famille.

Dr Bounhiol (d'Alger). — Mauvais effets de la tuberculine T. R. de Koch dans le traitement des tuberculoses.

Drs Lejars et Pilliet (de Paris). — Sur un cas de tuberculose musculaire.

Dr Leclerc (de Lyon). — Sur le traitement de la tuberculose par la tuberculine T. R. de Koch.

Dr Gautrelet, Cérémonie et Léon Petit. — Le sérum prétuberculeux hyperacide.

**Vendredi matin 29 juillet, à neuf heures, à la Faculté.**

Profr Landouzy. — Des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose.

Dr Berlioz (de Grenoble). — Traitement de la tuberculose par le séro-gaïacol ou sérum normal de bœuf, ou phosphite de gaïacol, et par l'organo-sérum.

Dr Sirot (de Beaune). — Recherches sérothérapiques appliquées au diagnostic précoce de la tuberculose.

Dr SCHWEINITZ. — Résultats obtenus dans l'emploi de la tuberculine pour le diagnostic dans le bétail aux États-Unis.

Dr CALOT (de Berck). — Sur le traitement non sanglant des arthrites tuberculeuses.

Dr COUDRAY (de Paris). — Même sujet.

CAGNY (de Senlis). — La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie.

Dr STUBBE (de Bruxelles). — De la prophylaxie de la tuberculose bovine en Belgique.

MAGNAN (de Nice). — Sur la prophylaxie de la tuberculose par le lait. — Sur un service de tuberculinisation des vaches laitières réglementé par un arrêté municipal.

ARLOING, GUINARD et DUMAREST (de Lyon). — Étude comparative des effets physiologiques des différents produits retirés des cultures du bacille de Koch.

MOROT (de Troyes). — De la stérilisation des viandes provenant d'animaux tuberculeux.

Ch. SIEGEN (de Luxembourg). — 1° Sur la stérilisation des viandes. Description des différents appareils en usage. — 2° Sur la présence des bacilles de la tubcrculose dans la litière de tourbe.

Dr FAUVEL (de Paris). — De l'action de la paratoxine T (extrait organique des muqueuses pituitaires et pharyngée). Sur la fièvre des tuberculeux et sur l'intoxication tuberculeuse en général.

**Vendredi soir 29 juillet, à trois heures.**

Dr CLAUDE (de Paris). — De l'application des rayons de Röntgen au diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Dr BÉCLÈRE (de Paris). — Des rayons X, radioscopie et radiographie dans le diagnostic de la tuberculose.

Profr BERGONIÉ (de Bordeaux). — Des rayons X dans le traitement de la tuberculose.

Dr Pierre TEISSIER (de Paris). — De l'action des rayons X sur la tuberculose expérimentale.

Profr A. RODET et BERTIN-SANS (de Montpellier). — De l'action des rayons X sur la tuberculose expérimentale.

Dr A. ESPINA (de Madrid). — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par les rayons X.

Dr MIGNON (de Paris). — Des rayons X dans le diagnostic de la tuberculose.

Dr COUDRAY (de Paris). — Même sujet.

*A cinq heures, séance de radioscopie et de skiographie dans l'amphithéâtre de M. le professeur Gariel.* — Projections de thorax — et de lupus avant et après le traitement par la méthode du professeur Finsen.

**Samedi 30 juillet le matin, à neuf heures, à la Faculté.**

Dr E. GUITER (de Cannes). — De la prophylaxie de la tuberculose et des mesures de préservation contre la contagion bacillaire à Cannes et dans les stations du littoral méditerranéen.

Dr LALESQUE (d'Arcachon). — La mise en pratique de la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire dans les villas d'Arcachon, ses procédés, ses résultats.

Dr Gustave WEIL (de Paris). — Prophylaxie de la tuberculose dans les lycées et dans les grands établissements d'instruction publique.

Drs SÉAILLES et DUFOURNIER (de Paris). — Prophylaxie et traitement des tuberculeux indigents et nécessiteux par les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris.

Dr Paul RICHARD (de Paris). — Prophylaxie de la tuberculose dans les crèches de la ville de Paris.

Dr GAUCHAS (de Paris). — Sur le même sujet.

Dr JOUSSET, père (de Paris). — Prophylaxie de la tuberculose.

Dr Léon DERECQ (de Paris). — 1° Des convalescences envisagées au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose infantile dans les villes. — 2° Présentation d'une ampoule, modèle déposé 1898. Procédé clinique permettant de recueillir opportunément les expectorations destinées à l'examen bactériologique.

Dr TISON (de Paris). — Sur la prophylaxie de la tuberculose.

Dr SEDAN (de Marseille). — Sur la désinfection des locaux et objets à l'usage des tuberculeux.

**Samedi après-midi, à trois heures.**

Dr CLADO (de Paris). — Sur un cas de tuberculose génitale.

Dr L. RÉNON (de Paris). — Sur les formes actinomycosiques de l'aspergillus fumigatus.

Profr ARLOING (de Lyon). — Quelques documents sur la présence du bacille de Koch en dehors des lésions tuberculeuses apparentes.

Dr PAVIOT (de Lyon). — Lupus et épithélioma. Un cas d'hybride tuberculo-épithéliomateux. Histogénèse de la cellule géante.

Dr BERNHEIM (de Paris). — Des formes associées de la phtisie pulmonaire.

Dr OZENNE (de Paris). — De la tuberculose de la clavicule.

Dr DUBARD (de Dijon). — Sur le même sujet.

Profr NOCARD (d'Alfort). — De l'identité des tuberculoses aviaire et humaine.

Dr RAPPIN (de Nantes). — Quelques expériences sur la tuberculose aviaire.

A. DE JONG (de Leyde). — La tuberculose et la pseudo-tuberculose vermineuse du mouton et de la chèvre.

SIEGEN (de Luxembourg). — Bacilles du règne végétal ressemblant aux bacilles de la tuberculose.

VALLÉE (d'Alfort). — Sur une nouvelle pseudo-tuberculose.

Dr CARTIER (de Paris). — Rapports de la morve et de la tuberculose.

Dr FAUVEL (de Paris). — La prétuberculose pulmonaire, son siège, ses lésions, ses symptômes et son traitement.

(*A suivre.*)

---

**CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES**

Par décision ministérielle, en date du 22 juillet 1898, M. le docteur Émily, médecin de deuxième classe de la marine, est inscrit d'office au tableau d'avancement, pour le grade de médecin de première classe; services exceptionnels dans l'Oubanghi.

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra ses réunions à Nantes du 4 au 11 août.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'externat s'ouvrira le lundi 17 octobre. Le concours de l'internat s'ouvrira le lundi 30 octobre.

— *Hôtel-Dieu de Nantes.* — M. le docteur G. Allaire est nommé chef du service d'électrothérapie et radiographie audit hôpital.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Carles, ancien agrégé, est chargé d'un cours d'hydrologie et de minéralogie.

Les prix suivants sont décernés aux étudiants en médecine dont les noms suivent :

Première année : prix : M. Gendre. — Deuxième année : prix : M. Boussenot; mention honorable : M. Léger. — Troisième année : prix : M. Louis Rocher; mention honorable : M. Emmanuel Petit. — Quatrième année : prix : M. Moulinier; première mention honorable, M. Pin; deuxième mention honorable, M. Joncourt. — Prix du Conseil général : prix : M. Fraikin; mention honorable, M. Micheleau.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Perriol (Marius-Antoine) est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *Legs Letiévant.* — Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, le legs fait à ladite Faculté par Mme veuve Jean-Joseph-Émile Letiévant, suivant son testament olographe du 1er janvier 1892, d'une somme de 5,000 francs, pour le revenu être employé à la fondation d'un prix quinquennal sous le nom de « Prix Émile Letiévant » et destiné à l'auteur de la meilleure thèse sur un sujet de chirurgie. Cette somme sera placée en rente 3 p. 100 sur l'État français, au nom de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

— *Legs Riboud.* — M. Léon Riboud, ancien avocat, a légué à la Faculté de médecine de Lyon une somme de 50,000 francs, dont les revenus accumulés pendant cinq ans constitueront un prix quinquennal à décerner par ladite Faculté au savant de Lyon, ou ayant au moins cinq ans de résidence soit à Lyon, soit dans les départements du Rhône, de la Loire, de Saône-et-Loire, de l'Isère et de l'Ain, qui par ses travaux, ses découvertes ou son enseignement, aura rendu de réels services à l'hygiène, à la santé publique, au progrès des sciences médicales ayant pour but la protection de l'enfance.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Peeters, père (de Neer-Oeteren); Paul Sicaud (de Talence); De Roeck (de Bruxelles).



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les vacances sont commencées ou peu s'en faut, on s'en aperçoit à l'Académie. Quelques rares communications à signaler.

M. Hervieux signale les variolisations comme perdant tout leur prestige en Algérie.

M. Albarran présente une femme chez laquelle il a pratiqué la résection autoplastique du rein.

M. Guépin, continuant des recherches que nos lecteurs ont pu suivre dans notre journal, fait, sur l'hypertrophie sénile et le cancer de la prostate, une communication que nous publions *in extenso*.

Un travail sur l'hydrocéphalie fœtale par M. Narich (de Beyrouth) et des recherches de M. Mencière sur le traitement des fractures et luxations, complètent le bilan de cette séance.

## HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT

### Paralysie passagère d'origine cardiaque; guérison (1).

Par le docteur J. Marty,
Médecin-major de première classe.

Dans la séance du 8 octobre, MM. Achard et Lévi présentaient, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un travail sur les paralysies passagères des cardiaques asystoliques.

Peu de jours auparavant nous observions, à l'hôpital militaire de Belfort, un malade dont l'histoire se relie, par quelques points, au travail en question. A ce titre, nous avons pensé que ce fait pourrait intéresser la Société.

Le voici :

Le soldat C..., du 35e régiment d'infanterie, est un homme de constitution plutôt forte, de tempérament sanguin-nerveux. Il appartient à une compagnie détachée dans un fort.

Son père, cultivateur, est depuis quinze ans environ sujet aux attaques de rhumatisme et aux migraines. Sa mère a parfois des crises de gastralgie, mais n'a jamais eu de crises de nerfs. Elle n'est pas émotive.

Il a lui-même eu, depuis l'âge de dix-huit ans, des douleurs rhumatismales plus ou moins fortes d'une façon presque continue.

Le plus souvent, elles sont assez légères pour ne pas l'arrêter, mais il n'en a pas toujours été ainsi. C'est ainsi que, à dix-neuf ans, il eut une atteinte plus grave, qui se serait compliquée d'accidents qu'il ne peut préciser, mais parmi lesquels figure le délire.

A la suite de cette atteinte qui le fatigua considérablement, il dut renoncer à son métier de boucher.

Il est ancien soldat et, depuis son incorporation, a été plusieurs fois en traitement à l'infirmerie ou à l'hôpital pour accidents rhumatismaux, cependant moins graves.

Il n'est pas sujet aux vertiges. Il ressent des palpitations, mais seulement quand il est fatigué, ou à l'occasion d'exercices relativement violents.

En juillet, dans la deuxième moitié du mois, il ressentit quelques douleurs. Il se fit porter malade et entra à l'infirmerie le 22. Cette atteinte fut sans gravité, au moins apparente, et il ressortit le vendredi 30. Il fit son service le 31.

Le dimanche 1er août, il resta au fort du Salbert, où était sa compagnie, ne se fatigua pas, et ne fit aucun excès.

Le 2, il sortit le matin avec sa compagnie pour aller à l'exercice. Il n'était point indisposé à ce moment. Il fit la première pause, mais vers la fin il se sentit très fatigué et s'assit.

Quand ses camarades reprirent l'exercice, il s'en rendit compte, mais essaya vainement de se relever.

Bien que la connaissance ne fût pas perdue, la tête était lourde, la connaissance obtuse et les mouvements difficiles.

On le releva et, soutenu par deux camarades, il put rentrer au fort, où on le mit sur son lit. Il y reçut les premiers soins.

Le médecin aide-major, demandé de suite, constata un état apyrétique (37 degrés), avec phénomènes cérébraux inquiétants, et le dirigea de suite sur l'hôpital.

2. Après l'entrée, le malade est dans le décubitus dorsal.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est qu'il ne peut émettre aucune parole. Pas la moindre plainte. L'aphasie est complète. On constate un affaissement considérable avec torpeur intellectuelle prononcée, mais cependant la connaissance existe. Le malade entend, comprend et cherche à obéir. Mais la perception est lente, ainsi que l'exécution des mouvements possibles.

Le clignement d'yeux est conservé. Mais les globes sont

(1) Observation communiquée à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

immobiles, fixés au plafond; ils ne suivent pas le doigt que l'on promène devant eux. Pupilles légèrement inégales.

Asymétrie faciale peu nette; la langue semble dévier à droite, dans une faible mesure.

Mais on observe une parésie remarquable dans les mouvements du maxillaire inférieur. Prié de tirer la langue, le malade a commencé par porter la main gauche à sa bouche, a aidé à l'abaissement de la mâchoire, puis a tiré la langue. Il y aurait donc paralysie des muscles abaisseurs du maxillaire inférieur.

Les mouvements des membres sont à peu près complètement abolis à droite. Les doigts exercent à peine une légère pression sur la main qu'on leur présente. Quand on dit au malade de soulever le bras, la main gauche se dirige vers l'avant-bras droit et le soulève. Pas de mouvements spontanés. L'état du membre inférieur droit est analogue. Cependant, la perte des mouvements est moins accusée que pour le bras. La jambe ne peut s'élever au-dessus du lit. Mais quelques contractions musculaires traduisent une tendance à accomplir ce mouvement, quand on le lui demande.

La sensibilité est conservée. Mouvements fibrillaires surtout marqués dans les muscles des membres inférieurs.

Le cœur ne présente pas d'hypertrophie. La pointe bat dans le quatrième espace intercostal. A l'auscultation, on constate un bruit assez rude, avec maximum dans le troisième espace intercostal, à gauche de la ligne médiane. Ce bruit ne correspond à aucun des foyers d'auscultation des orifices. Il ne se propage ni vers l'aisselle, ni vers le cou. Il persiste quand le malade interrompt sa respiration.

On conclut donc à un frottement péricardique ancien.

L'auscultation des orifices ne donne rien de net. Il semble cependant, par instants, qu'il est perçu du côté de la base un léger dédoublement. Pas de souffle.

Le malade n'a pas uriné depuis douze heures, paraît-il. Ce qui est certain, c'est que la vessie est pleine d'urine et que celle-ci n'est pas albumineuse.

Température à quatre heures, 36°4.

3. La nuit a été très calme. Il y a une évidente amélioration. Les mouvement des globes oculaires reparaissent. Le malade arrive à tourner la tête à droite. A quatre heures du matin, il a demandé à uriner, et a pu le faire seul.

La faiblesse du membre inférieur diminue. Du côté de la face, les phénomènes parétiques ne sont plus appréciables.

Température : matin, 36°4; soir, 37 degrés.

4. Amélioration. On a pu, dans la matinée, parvenir à faire tracer au malade quelques mots au crayon. Cette épreuve montre une fois de plus l'intégrité de l'intelligence. On remarque que le bruit cardiaque s'est atténué, bien qu'il soit toujours net.

Dans la soirée, il a pu émettre quelques syllabes isolées.

Température : matin, 36°2; soir, 36°5.

5. Retour de la parole. La voix est seulement rauque. Le pouls, fort ralenti, est à 42.

La force revient dans les membres. Stomatite érythémateuse.

Température : matin, 36°2; soir, 36°7.

6. L'amélioration s'accentue. Le pouls remonte à 72. La voix redevient naturelle.

Température : matin, 36°4; soir, 37 degrés.

7. Température : matin, 36°4; soir, 36°8.

Pouls à la contre-visite, 72.

8. L'amélioration va régulièrement et vite. Le malade ne se plaint que d'un degré de faiblesse à droite, qui diminue chaque jour, auquel se joindraient quelques douleurs, d'ailleurs légères, de la jambe. Pas de douleur de tête. Face normale.

Température : matin, 36°6; soir, 36°9.

La convalescence se poursuit sans incident, pas de maux de tête.

Le 20, le malade se trouve assez fort pour demander sa sortie.

A ce moment, l'état général est très bon. La force du bras droit se rapproche de la normale, sans l'avoir, cependant, retrouvée complètement, mais la différence devient peu appréciable. La jambe du même côté reste aussi un peu faible, il n'y a plus de douleurs, la marche est facile.

On retrouve toujours le bruit péricardique, mais il reste moins rude qu'à l'entrée.

On perçoit toujours, par instants, un dédoublement du deuxième temps à l'orifice aortique, et il semble que le premier temps est un peu sec.

Le malade est examiné au point de vue de l'hystérie.

Pas de rétrécissement du champ visuel; la sensibilité est égale des deux côtés du corps. Le réflexe pharyngien, seul, semble légèrement diminué.

Cette observation est doublement intéressante.

Elle l'est au point de vue du diagnostic exact. Elle l'est au point de vue de la marche des accidents.

L'examen des urines a permis d'éliminer l'urémie.

Il n'existe pas de tares nerveuses. Donc il semble qu'on puisse éliminer aussi l'hypothèse d'accidents de cet ordre.

On pourrait songer à du méningisme, dont le domaine s'accroît avec d'autant plus de facilité que ses limites sont plus difficiles à tracer. Souvent les accidents qui lui sont imputables se greffent sur un état morbide, infectieux ou non, que l'on arrive à constater une fois les phénomènes surajoutés disparus.

Ici, ce serait vraisemblablement le rhumatisme qui serait en cause. Mais au moment où ce malade a été frappé, il ne présentait pas d'accidents de cet ordre.

Un seul point était faible : le cœur.

Par là, cet accident se rapproche de ceux qu'ont décrits MM. Achard et Lévi, et, cependant, il en diffère profondément.

Ces messieurs ont observé les cas dont ils ont entretenu la Société chez des cardiaques asystoliques.

Le nôtre l'a été chez un sujet qui ne l'était nullement.

Non seulement il n'était pas asystolique, mais la seule lésion nette était de la péricardite.

A peine si une légère altération dans les bruits de base pouvait faire penser à une lésion qu'aucun souffle et aucune hypertrophie appréciables ne permettaient d'affirmer.

Cependant on trouve, dans la lésion du péricarde, un indice qui semble devoir diriger l'attention du côté du cœur, car elle trahit une ancienne poussée inflammatoire, dont elle est la suite tangible.

Vraisemblablement, c'est donc le cœur qui est ici le coupable, et il est à croire qu'en même temps qu'évoluait la péricardite dont nous trouvons la trace, l'inflammation à travers le myocarde a atteint l'endocarde, de telle sorte que toute la paroi de l'organe a été intéressée. Certes, l'absence de bruit anormal peut être invoquée contre cette façon de voir, mais ce n'est pas là une raison absolue, et bien limité, n'intéressant pas les valvules, un foyer d'endocardite peut exister sans signe physique net et sans grand retentissement sur l'organisme.

Maintenant, quel a été le mécanisme direct de l'accident?

On peut tout d'abord agiter la question d'une embolie, et c'est la première impression qui se présente à l'esprit. Mais l'hypothèse d'une embolie d'une certaine importance ne viendra à l'esprit de personne. On pourrait plutôt songer à des embolies microscopiques multiples, mais si celles-ci

peuvent expliquer les phénomènes de parésie des membres, les autres symptômes ont été trop fugaces et d'allure bien singulière pour relever d'altérations de cet ordre.

Aussi semble-t-il rationnel, en outre, de faire jouer un certain rôle à des troubles circulatoires avec stase céphalique et désordres cérébraux consécutifs.

Les causes occasionnelles ont été les efforts que demandait une série d'exercices plus mal supportée que d'ordinaire, pour une cause quelconque, à un cœur légèrement altéré.

Et c'est là l'intérêt de cette observation, qui semble tendre à démontrer que les paralysies transitoires d'origine cardiaque peuvent être observées non seulement chez des asystoliques, mais encore chez des malades porteurs de lésions insignifiantes en apparence.

## HYPERTROPHIE SÉNILE ET CANCER DE LA PROSTATE

Par le docteur A. Guépin,

Ancien interne lauréat des hôpitaux,
Membre de la Société de médecine de Paris.

L'étude clinique et l'observation prolongée des états pathologiques des glandes de la prostate ont conduit à la connaissance des relations qui les unissent les uns aux autres; elles ont désormais permis de concevoir comment et pourquoi la prostatite du vieillard aboutit parfois à l'hypertrophie sénile et de suivre pas à pas, pour ainsi dire, les transformations de l'organe, transformations que la thérapeutique de leurs causes peut, souvent tout au moins, enrayer dans leur marche progressive habituelle.

Il devient également facile de comprendre les rapports qui existent entre l'hypertrophie et le cancer de la prostate quand on se reporte à l'anatomie pathologique et d'interpréter la symptomatologie complexe, en apparence confuse, des néoplasmes prostatiques glandulaires.

Par nos recherches antérieures, il a été établi qu'au premier stade de l'évolution des lésions prostatiques, dont le terme est la sclérose totale (hypertrophie vraie), les glandes sont le siège de stagnation des sécrétions dans leurs cavités distendues et dilatées. Au deuxième stade, la sclérose périglandulaire commençante et l'infection ordinaire des sécrétions stagnantes compliquent la situation. Alors deux cas peuvent se présenter :

1° La progression des accidents prend fin et l'état local se maintient le même, tandis que peu à peu l'appareil urinaire (vessie, rein) dégénère à son tour en totalité ;

2° Les lésions se caractérisent; elles le font dans deux sens différents : *a*, vers la sclérose prostatique, troisième stade de l'hypertrophie sénile, véritable cicatrisation : l'organe se remplit de noyaux fibreux et ses parties sécrétantes atrophiées se réduisent de plus en plus, étouffées par les productions interstitielles; *b*, vers la prolifération épithéliale des culs-de-sac, c'est-à-dire vers le cancer glandulaire.

En 1895, mon maître Reliquet et moi, dans le tome second de notre étude sur les *Glandes de l'urèthre*, nous avons appelé *cancer glandulaire de la prostate* la forme commune des néoplasmes de cet organe. Cancer glandulaire, parce qu'il procède des éléments glandulaires et parce que ses signes se rapportent tous pendant longtemps aux troubles sécrétoires et excrétoires des glandes prostatiques intéressées. Depuis, bien que l'occasion se soit présentée de revenir sur ce sujet (*Presse médicale*, 15 janvier 1896), il n'a pas été traité d'une façon suffisamment complète pour que les liens qui la rattachent au reste de la pathologie prostatique deviennent évidents dans leur simplicité.

Il n'est pas qu'une variété de cancer prostatique; mais la forme glandulaire est, au début, chez l'adulte et surtout chez le vieillard, la plus fréquente et la plus rapidement fatale. Le néoplasme ne dépasse que rarement les limites de l'organe. On est alors à une période très avancée des lésions et souvent la mort survient avant que le cancer ait eu le temps de sortir de la loge prostatique ou de s'ouvrir par ulcération dans le rectum.

Un sujet atteint d'hypertrophie sénile au deuxième stade, avec ou sans rétention d'urine, éprouve une notable amélioration sous l'influence des soins rigoureux que commandait son état. La prostate a presque repris ses proportions et sa consistance normales, sauf dans un lobe — surtout le gauche d'après nos observations — où persiste un noyau dur assez volumineux, qui peu à peu progresse en même temps que reparaissent, avec une intensité nouvelle, les troubles fonctionnels de la miction. A partir de ce moment, l'envahissement total de l'organe se fait avec rapidité. Dans d'autres circonstances, la prostate n'a pas ou peu perdu de son volume pathologique : elle est devenue molle dans son ensemble, mais plus dilatée que jamais par d'abondantes sécrétions stagnantes; celles-ci, chassées partiellement au dehors spontanément et mélangées ou non aux urines, ou par une compression prudente, sont visqueuses, roussâtres, striées souvent de sang rouge. Une pression un peu trop forte occasionne une hématurie. Un nouvel examen, pratiqué à peu de temps d'intervalle, démontre que l'organe se développe de plus en plus. Ici les troubles vésicaux (fréquence des mictions, difficultés, rétention d'urine, douleurs) sont beaucoup moins accusés que lorsqu'il y a, comme dans le cas précédent, oblitération des conduits excréteurs glandulaires de quelques culs-de-sac. L'ulcération du noyau dur (kyste par rétention) explique cette différence, car elle est suivie d'une amélioration immédiate et le fait a été plusieurs fois signalé. De suite l'excitation vésicale diminue de violence, les besoins sont moins rapprochés et plus faciles à satisfaire. En somme, malgré tout, il s'agit toujours d'une seule et même forme de néoplasme et ce qui vient d'être dit justifie encore le qualificatif de glandulaire que nous lui avons attribué.

L'adénite inguinale et la cachexie sont des phénomènes tardifs; ils perdent par conséquent beaucoup de leur valeur diagnostique si leur importance pronostique en est accrue. L'hématurie, quand il n'y a pas eu un toucher trop violent ou un traumatisme quelconque, est loin d'être la règle. La terminaison est provoquée par des accidents pulmonaires (généralisation ou embolie) avant que le déclin des forces ait pu faire prévoir l'imminence de la mort.

Mais il convient de faire ressortir que la prostatite sénile a été pendant longtemps, en apparence, sinon en réalité, la seule cause des troubles dont souffrait le malade. Puis tout en restant localisées à la glande et dans les glandes elles-mêmes, des modifications essentielles dans la nature des lésions se sont produites et ont insensiblement évolué jusqu'au moment — tardif toujours — où le diagnostic de néoplasme est presque venu s'imposer.

Pour résumer ce qui précède et pour conclure, il existe à notre sens une variété relativement fréquente de cancer prostatique, débutant et évoluant dans les glandes de l'organe, traduisant sa présence par une symptomatologie où les

troubles sécrétoires et excrétoires de l'appareil glandulaire intéressé tiennent une place prépondérante.

Le cancer glandulaire paraît être une complication de l'hypertrophie sénile alors que la sclérose périglandulaire totale (guérison relative anatomo-pathologique) n'a pas encore détruit les organes de sécrétion en les comprimant de dehors en dedans. Au point de vue clinique, sans préjuger de ce que peut apprendre l'examen histologique de la tumeur, le néoplasme semble dériver des cellules épithéliales des culs-de-sac et évoluer parfois jusqu'à la mort sans dépasser les limites de la loge prostatique.

Peut-être est-il permis de se demander si l'irritation persistante provoquée par la stagnation des sécrétions modifiées dans la prostate, accompagnée de congestion intense, n'a pas été la cause occasionnelle de l'apparition du cancer? Ce serait une raison nouvelle de ne pas rechercher seulement les effets palliatifs du traitement des symptômes de la stagnation glandulaire, mais encore, et surtout davantage, de supprimer ses causes pour obtenir si possible la guérison définitive.

## THÉRAPEUTIQUE

**Solution contre la blennorragie aiguë.** (M. P. Unna.)

| | |
|---|---|
| Sulfophénate de zinc | 1 gramme. |
| Résorcine | 4 — |
| Hydrolat de fenouil | 200 — |

F. S. A. Usage externe.

Les injections doivent être pratiquées dès le début de la chaudepisse, et aussi bien pendant le jour que dans le courant de la nuit, à des intervalles réguliers. C'est, en effet, à l'absence d'injections nocturnes et à l'emploi tardif du traitement local que serait surtout due, d'après M. le docteur P. Unna (de Hambourg), la longue durée de l'écoulement blennorragique.

On fait ces injections d'abord toutes les deux heures, jour et nuit, en les continuant ainsi jusqu'à ce qu'il ne se montre plus de goutte au méat le matin au réveil. A partir de ce moment, les injections ne sont plus pratiquées que toutes les trois heures pendant la première semaine, et tous les huit jours on augmente d'une heure cet intervalle jusqu'à ce qu'il atteigne six heures pendant la quatrième semaine. Lorsque la blennorragie est légère, on peut se borner, dès le début, à ne faire les injections qu'à des intervalles de trois ou même de quatre heures, pourvu qu'on ne les interrompe pas pendant la nuit.

En procédant de cette façon, on verrait disparaître la goutte du matin au bout de huit jours ou, au plus tard, après quinze jours, et on obtiendrait rapidement la guérison définitive de la blennorragie.

Les patients s'astreignent volontiers aux injections nocturnes dont ils sont vite à même d'apprécier l'utilité et l'importance; ils ont recours, au besoin, à un réveille-matin pour pouvoir pratiquer l'injection au moment opportun. (*Sem. méd.*)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### COMMUNICATIONS

**Hypertrophie sénile et cancer de la prostate.** — M. A. Guépin fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 791.)

**Variolisation.** — M. Hervieux. La variolisation perd du terrain en Algérie. Dans la province d'Alger, les communes où elle se pratique sont de 76 p. 100; dans la province de Constantine de 68 p. 100 et dans celle d'Oran de 16 p. 100 seulement.

On a proposé, avec juste raison, de considérer la variolisation comme une tentative d'homicide et de la poursuivre comme telle. Au contraire, la vaccination et la revaccination obligatoires pour tous seraient mentionnées sur les cartes d'identité des indigènes.

Au Cambodge, la variole est très fréquente (90 p. 100) et la mortalité est de 40 p. 100.

**Hydrocéphalie fœtale.** — M. Narich communique l'observation d'une femme de trente-six ans, secondipare à terme, en travail depuis quinze heures quand il fut appelé. Présentation par le siège; le tronc et les membres pendaient hors de la vulve; impossibilité d'extraire la tête. Application du céphalotribe. Un jet de liquide céphalo-rachidien s'échappe, et la tête hydrocéphale, énorme, vidée et repliée sur ellemême, arrive à la vulve.

Délivrance naturelle et suites de couches normales.

A gauche de l'occipital, la fracture de cet os avait rendu possible l'issue du liquide céphalo-rachidien.

### PRÉSENTATION DE MALADES

**Résection autoplastique du rein.** — M. Albarran présente une malade âgée de vingt-deux ans, qui, à la suite de couches, eut une pyonéphrose gauche. La néphrotomie pratiquée, il resta une fistule lombaire laissant passer l'urine et du pus. Par le cathétérisme urétéral pratiqué avec son cystoscope, M. Albarran recueillit séparément l'urine des deux reins; l'analyse démontra que le rein malade sécrétait, dans les vingt-quatre heures, une quantité d'urine représentant le tiers du travail utile des deux reins réunis. Une sonde urétérale n° 12 fut laissée à demeure et, dès le premier jour, la fistule lombaire se ferma.

Depuis plus d'un an, la fistule était fermée, mais il fallait tous les deux jours pratiquer le lavage du rein sous peine de voir la fièvre et les douleurs rénales apparaître. A chaque cathétérisme urétéral, il s'écoulait par la sonde 250 grammes d'urine purulente retenue dans le rein.

Le diagnostic de rétention rénale s'imposait, et, pour la guérir, M. Albarran intervint de nouveau par la voie lombaire.

Avant l'opération, une sonde, introduite dans l'uretère facilita toutes les manœuvres. On trouva que l'uretère s'insérait au milieu de la poche rénale; au-dessous de son insertion, il restait une portion de la poche qui ne pouvait se vider. M. Albarran sectionna l'éperon que formait l'uretère en s'insérant dans le bassinet, sutura la muqueuse de l'uretère à celle du bassinet et obtint un orifice de communication plus large et plus déclive. Comme il restait encore une portion déclive de la poche rénale au-dessous de la nouvelle bouche urétérale, toute cette partie intérieure de la poche comprenant une partie du rein et du bassinet fut extirpée. On sutura ensuite les deux lèvres antérieure et postérieure de la poche pyélo-rénale sectionnée. La malade guérit complètement en quelques jours, et, actuellement, deux mois et demi après l'opération, elle ne présente plus ni fistule, ni rétention rénale, et peut vaquer à ses occupations.

### LECTURE

**Radiographie.** — M. Mencière lit une note sur le traitement rationnel des fractures et luxations à l'aide d'appareils en feutre perméables aux rayons de Röntgen.

La séance est levée.

## IVe CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

A PARIS, DU 27 JUILLET AU 2 AOUT 1898

**Lundi matin, 1er août.**

Drs Netter et Beaulavon. — Du traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoriums.

Dr P. Legendre (de Paris). — De la nécessité de multiplier les petits sanatoriums pour le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Dr Sersiron (de La Bourboule). — Sur la situation de nos phtisiques adultes et pauvres.

Dr Kouindjy. — Sanatorium populaire pour les tuberculeux en Allemagne.

Profr Sbhrötter (de Vienne). — Sur la question des sanatoria.

Dr Huchard (de Paris). — Sur les sanatoria.

Dr Dumont (de Saint-Vaury). — Le Sahara algérien, lieu de sanatoria d'hiver.

Dr Verhaeren (d'Alger). — Sur le sanatorium d'Alger Birmandreis.

Dr Léon Petit (de Paris). — L'assistance aux tuberculeux.

Dr Bernheim (de Paris). — Sanatoria pour tuberculeux pauvres.

Dr de Backer (de Paris). — Sur les sanatoria par pavillons séparés.

**Lundi soir, 1er août.**

Profr Thomassen (d'Utrecht). — Résultats d'une série d'expériences tendant à prouver la virulence de la substance musculaire d'animaux atteints de tuberculose généralisée, administrée par voie digestive à des poulets, dont quelques-uns avec résultat positif. — Sur la virulence des résidus de lait traité par le centrifuge, constatée sur des veaux.

Dr Kuss (de Paris). — Sur la tuberculose héréditaire.

Dr Middendorp (de Groningue). — Sur l'étiologie de la tuberculose d'après la doctrine de Koch.

Dr Chiaïs (de Menton). — Nutrition et contagion. — Diagnostic du mode nutritif qui rend l'organisme réfractaire à la contagion de la tuberculose.

Profr Thiron (de Iassy). — Sur l'alcoolisme, comme une des causes, prédisposantes par hérédité ou acquise individuellement, de la tuberculose.

Dr Sirot (de Beaune). — Valeur séméiologique et pronostique de la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire.

Dr Baratier (de Jeugny). — De la tuberculose au village.

Dr L.-H. Petit. — Comment la tuberculose naît et se propage dans un village.

Dr Ransome (de Bournemouth). — Sur les conditions de l'infection par la tuberculose.

Dr Dubousquet-Laborderie (de Saint-Ouen). — 1° Contagion maisonnière de la tuberculose; 2° Contagion de la tuberculose de l'homme aux animaux et des animaux entre eux.

Dr Pierre. — La tuberculose pulmonaire à Berck.

Dr Mignon (de Paris). — La tuberculose pulmonaire à l'asile de convalescence de Vincennes.

Dr Ricochon. — Sur l'influence réciproque des tuberculoses civiles et militaires.

**Mardi après-midi, 2 août.**

Dr Le Noir et H. Claude. — Tension artérielle dans la tuberculose.

Dr Bergeron (de Paris). — Sur l'emploi de l'air ozonisé chargé de vapeurs médicamenteuses dans le traitement de la tuberculose au début.

Dr Lalesque (d'Arcachon). — La cure marine.

Dr Gallot (de Menton). — Sur l'emploi de l'iodoforme en injections sous-cutanées dans les hémoptysies du début de la tuberculose.

Dr A.-M. Bloch (de Vincennes). — Examen pneumographique des tuberculeux traités par l'immobilisation du côté malade du thorax.

Dr Pénières (de Toulouse). — 1° Des résultats obtenus par nous dans le traitement des tuberculoses chirurgicales par les injections d'euphorbe, et plus particulièrement de la cure des tuberculoses ganglionnaires et génitales; 2° De l'euphorbe dans le traitement de la phtisie pulmonaire; mode d'emploi et technique opératoire.

Dr Raimondi (de Paris). — Contribution à l'étude des injections gazeuses intestinales, comme traitement de la tuberculose pulmonaire.

Hélouis et Dr Delarue. — Sur la vanadine.

A cinq heures, séance de clôture.

**Les samedi 30 juillet et mardi 2 août, à neuf heures.**

M. le professeur Bouchard se tiendra à la disposition des membres du Congrès, pour faire dans son laboratoire, à l'hôpital de la Charité, l'examen radioscopique des malades atteints d'affections de la poitrine.

**Dimanche matin 31 juillet, à neuf heures et demie.**

Réunion à l'hôpital Tenon. — Séance de radioscopie dans le laboratoire de M. le Dr Béclère.

**Dimanche après-midi.**

Excursion à Villiers-sur-Marne et à Ormesson. Départ de la gare de l'Est, à une heure et demie.

---

Banquet chez Marguery, lundi 1er août, à sept heures et demie.

---

## ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

**Liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'École du service de santé militaire.**

MM. Alaux, Alayrac, Alexandre, André, Appel, Azémar.

Baffet, Bailly, Barailhe, Barthélemy, Bastide, Baur, Baurrier, Beau, Beaussenat, Belgodère, Béraud, Bertrand, Béthoux, Bidache, Bonnet, Bordereau, Bouclier, Boudey, Bresselle, Bridier, Bru, Brun, Bumat.

Campana, Camus, Canuet, Capdevielle, Cardot, Carpentier, Castéret, Cellerier, Cenet, Charbonneau, Chrétien, Clarion, Colineau, Cormier, Coste, Couilliaud-Maisonneuve, Couturier, Cristiani, Cristol.

Danillon, Dautheville, Delestan, Deleuze, Delmas, Desdouits, Devy, Doche, Dodier, Douvier, Dreyfuss, Driaucourt, Duhamel, Dumoulin, Durand, Duvau.

Ebstein, Egmann, Enjalbert, Epaulard.

Fauquet, Firpi, Fischer, Flach, Fontan.

Galimard, Gailleur, Gaïsset, Garcin, Garnier, Gayraud, Geniaux, Gèzes, Girard, Gobinot, Godeau, Grenié, Grenier, Guénot, Guillon (J.-L.-S.-H.), Guillon (M.-R.-L).

Hahn, Haméon, Henriot, Henry, Herr, Heuls.

Isaac.

Joubert, Jousselin, Jouve, Jude, Julien-Laferrière.

Kermabon (de).

Lafourcade, Lannaux, Lecalve, Lecomte, Levet, Limasset, Linx-Labarrère, Long, Louis (E.-H.), Louis (J.-F.-M.).

Macaire, Mandoul, Martin, Matheron, Mathis, Metzger, Millet, Miorcec, Mourrut.

Noirot.

Orticoni.

Péchiné, Pélissier, Perrin, Picaud, Pinchon, Poirier, Potet, Pourpre, Poutet.

Queyrat, Quilliet.

Rambaud, Raoul, Rebierre, Rehm, Rit, Rocher, Rondot, Roualet, Rouyer.

Saint-Vincent de Parois (de), Salzes, Saulnerte, Saussié, Schwæbel, Séran, Sibille, Sicre, Soule, Sottelet, Stumpf.

Tessier, Testart, Trautmann, Trifaud.

Valette, Vallat, Van-Merris, Varenne, Veillon, Vermullen, Vigne, Vincent.

Winterer.

Les candidats auront à se rendre à la date fixée pour les épreuves orales, dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

### CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 juillet 1898, ont été promu ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier.* — M. Planchon, directeur de l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Paris.

*Au grade de chevalier.* — M. Jolyet, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux.

— Par décret, en date du 26 juillet 1898, ont été promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier.* — M. Lecorre, médecin en chef de première classe du corps de santé des colonies.

*Au grade de chevalier.* — MM. Preux, médecin principal des colonies; Ricard, médecin de première classe des colonies; Charropin, pharmacien principal des colonies.

— Par décret, en date du 10 juillet 1898, ont été nommés dans le Mérite agricole :

*Au grade d'officier.* — M. le docteur Normand-Duffié, propriétaire aux Églises-d'Argenteuil (Charente-Inférieure) : reconstitution d'un important vignoble. Fondateur du comice agricole de Saint-Jean d'Angély ; vingt-huit ans de pratique agricole. Officier de la Légion d'honneur.

*Au grade de chevalier.* — M. le docteur Labat, propriétaire à Ozourt (Landes) : vice-président du syndicat agricole de Montfort.

— Par décision ministérielle, en date du 21 juillet 1898, M. Duron, médecin-major de deuxième classe, est affecté aux hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— Par décision ministérielle, en date du 25 juillet 1898, sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Comte, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; Delamare, pour le 28e d'infanterie; Mickaniewski, pour le 17e d'artillerie.

— *Prix Zambaco.* — Le prix Zambaco sera décerné, tous les deux ans, par la Société de dermatologie et de syphiligraphie, à l'auteur du meilleur travail présenté au concours sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie. — La valeur du prix sera de 800 francs. — Le prix Zambaco sera décerné dans la séance générale annuelle de la Société. — Seront admis à concourir les auteurs français et les auteurs étrangers. — Les travaux envoyés au concours doivent être inédits et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devant être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné, les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent avoir été transcrits, copiés, écrits à la machine ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur. La suscription de cette enveloppe devra également ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés franco de port, sous pli recommandé, au secrétaire général de la Société, dont le nom et l'adresse seront indiqués pour chaque programme de prix. — Les travaux envoyés au concours devront être déposés avant le 30 novembre de l'année qui précède celle où le prix devra être décerné. — Les mémoires déposés deviennent la propriété de la Société ; il en pourra être pris copie par les auteurs dans des conditions déterminées. — La Société décidera, pour chaque prix, s'il y a lieu de mettre au concours un sujet déterminé ou si le sujet est laissé libre et au choix de chaque concurrent. Si la Société désigne le sujet du prix, la commission chargée de cette désignation sera composée de cinq membres tirés au sort dans le sein du Comité de la direction. — La commission chargée du jugement des travaux envoyés pour le concours sera nommée dans la séance de la Société qui suivra l'expiration du délai de dépôt des mémoires. Elle sera composée de cinq membres désignés par la Société sur une liste de dix noms proposés par le bureau. — Réglementairement, les membres du Comité de direction s'abstiennent de prendre part au concours. — Le prix ne peut être divisé. S'il n'est pas décerné, ou s'il n'est donné qu'une partie de la somme qu'il représente, à titre d'encouragements, le reliquat pourra être reporté sur le prix suivant, ou être utilisé de la manière que la Société jugera la meilleure, par exemple pour être capitalisé dans le but d'augmenter le fonds. — Ce règlement, établi pour le premier concours, peut être revisé par la Société, par une demande signée par dix de ses membres.

Le prix Zambaco, d'une valeur de 800 francs, sera décerné pour la première fois par la Société française de dermatologie et de syphiligraphie dans la séance générale de l'année 1900.

Le sujet proposé est : « De la contagiosité de la syphilis à toutes les périodes de la maladie. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur O. Du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Vacances de 1898.* — Trains de plaisir. — 1° *Paris-Clermont.* — Aller : départ de Paris, le 12 août, à 11 h. 10 soir ; arrivée à Clermont, le 13 août, à 9 h. 10 matin. — Retour : au gré des voyageurs, par tous les trains ordinaires (sauf les express), à partir du 15 août jusqu'au dernier train du 28 du même mois.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 32 fr. ; 3e classe, 20 fr.

2° *Paris-Genève.* — Aller : départ de Paris, le 6 août, à 4 h. 5 soir ; arrivée à Genève, le 7 août, à 8 h. 44 matin. — Retour : au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires (sauf les express), à partir du 9 août jusqu'au dernier train du 20 du même mois. Toutefois les voyageurs pourront utiliser les trains express nos 44, 46 et 50, entre Mâcon et Paris.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 50 fr. ; 3e classe, 26 fr.

3° *Paris-Berne-Zermatt.* — Aller : départ de Paris, le 11 août, à 4 h. 5 soir ; arrivée à Berne, le 12 août, à 8 h. 20 matin ; arrivée à Zermatt, le 12 août, à 3 h. 25 soir. — Retour : au gré des voyageurs, du 14 au 27 août inclus, par tous les trains ordinaires (sauf les express). Toutefois, les voyageurs pourront utiliser les trains express nos 44, 46 et 50 entre Dijon et Paris.

Prix (aller et retour) : pour Berne, 2e classe 45 fr., 3e classe 30 fr. ; pour Zermatt, 2e classe 63 fr., 3e classe 40 fr.

Les voyageurs pourront aussi s'arrêter dans toutes les gares d'arrêt comprises entre Pontarlier-Berne et Zermatt, tant à l'aller qu'au retour.

4° *Paris-Aix-les-Bains-Chambéry.* — Aller : départ de Paris, le 20 août, à 11 h. 15 soir ; arrivée à Aix-les-Bains, le 21 août, à midi 45 ; arrivée à Chambéry, le 21 août, à 1 h. 24 soir. — Retour : au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires (sauf les express) à partir du 22 août jusqu'au dernier train du 4 septembre. Toutefois, les voyageurs pourront utiliser les trains express nos 44, 46 et 50, entre Mâcon et Paris.

Prix (aller et retour) : 2e classe, 48 fr. ; 3e classe, 24 fr. 50.

On pourra se procurer des billets pour les trains de plaisir de Paris à Clermont, de Paris à Genève, de Paris à Berne et à Zermatt, de Paris à Chambéry, à dater du 25 juillet : à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot ; dans les bureaux succursales de la Compagnie et dans les diverses agences de voyages.

**Le micrographe préparateur**, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. — (Vol. VI, n° 4, juillet-août 1898.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr. ; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 86. — SAMEDI 30 JUILLET 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 30 JUILLET 1898. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### Des hémorragies du pancréas.

Par Louis ROCHE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Jusque dans ces derniers temps, la question des hémorragies du pancréas est restée une des plus obscures de la pathologie. Parfois on rencontre dans la glande de véritables foyers d'hémorragie, il peut se faire même que le sang se répande au dehors et inonde l'arrière-cavité des épiploons. Dans d'autres cas, il n'y a pas de foyer hémorragique proprement dit, mais une infiltration sanguine diffuse de la glande; c'est à cette disposition anatomique qu'on réservait plus particulièrement la dénomination, assez vague du reste, d'apoplexie du pancréas.

Cette facilité des hémorragies dans cette glande, l'aspect si particulier de cette congestion apoplectique, qui ne se rencontre pas dans les autres organes, a beaucoup intrigué les auteurs. Le jugement était rendu d'autant plus difficile, que ce sont là des faits assez rares.

M. Nimier (1), qui a beaucoup étudié les lésions du pancréas au point de vue chirurgical, a fait une très bonne étude d'ensemble de ses hémorragies et de son apoplexie : ses travaux nous ont beaucoup servi pour la rédaction de cette Revue.

Plus récemment, M. Carnot (2), au cours de recherches expérimentales sur la pathogénie et la nature des diverses formes anatomo-pathologiques des pancréatites, est arrivé à produire à volonté des lésions hémorragiques de la glande. Pour lui, ces hémorragies sont surtout liées à l'inflammation du pancréas et à l'auto-digestion consécutive. L'état apoplectique du pancréas se produit sous l'influence d'une pancréatite intense, grâce sans doute, dans une certaine mesure, à la riche vascularisation capillaire de la glande, mais ce qui donnerait aux lésions leur cachet et leur intensité particulière, ce qui ferait leur caractère si fréquemment hémorragique, c'est l'auto-digestion consécutive à la pancréatite aiguë. L'apoplexie et les hémorragies pancréatiques seraient ainsi, grâce à l'auto-digestion, la conséquence de l'inflammation aiguë du pancréas.

Si ces idées, théoriquement fort séduisantes, se confirment, l'apoplexie du pancréas ne devra plus être décrite à part ; son histoire prendra place tout naturellement dans le chapitre où se trouve étudiée la pancréatite aiguë. Il nous semble cependant insuffisamment démontré encore que les hémorragies du pancréas, observées à la suite d'un traumatisme de l'abdomen, soient toujours attribuables à la pancréatite, à moins d'admettre que celle-ci a précédé l'hémorragie, et que le trauma n'en a été que la cause occasionnelle.

Nous laisserons de côté dans cette étude les hémorragies du pancréas que l'on observe dans certains états morbides et qui sont liées, soit à des troubles de la circulation veineuse, soit à des altérations du sang. Dans ces cas, en effet, la lésion locale est secondaire ; elle passe inaperçue dans l'ensemble des accidents morbides. Il en est ainsi des hémorragies du pancréas rencontrées à l'autopsie de sujets morts à la suite d'affections graves du cœur, des gros vaisseaux ou des poumons, qui ont déterminé une stase sanguine générale. Dans le scorbut, la variole hémorragique, l'anémie pernicieuse, l'empoisonnement par le phosphore, on observe une extravasation sanguine dans la glande, mais là encore, la lésion n'est pas isolée et on retrouve des foyers hémorragiques dans les autres territoires de l'organisme.

Les lésions typiques de l'hémorragie pancréatique s'observent surtout à la suite du traumatisme, celles de l'apoplexie à la suite d'une pancréatite d'une intensité suffisante. Toutefois, la limite est mal marquée, et on ne peut pas dire d'une façon absolue que l'existence d'un véritable foyer hémorragique d'origine pancréatique soit exclusivement la conséquence d'un traumatisme, puisque celui-ci peut n'avoir joué que le rôle secondaire d'une circonstance occasionnelle.

Ces réserves faites, exposons l'anatomie pathologique de l'hémorragie et de l'apoplexie du pancréas.

#### I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Pour qu'un traumatisme puisse déterminer une hémorragie dans le pancréas, deux choses sont nécessaires : ou bien le pancréas est sain ou peu lésé, et alors il faut que la violence extérieure soit très intense pour provoquer un épanchement sanguin, ou bien le pancréas est malade, et alors il suffit d'un traumatisme léger

(1) NIMIER. *Rev. de méd.*, 10 mai 1894.
(2) CARNOT. Th. de Paris, 1898.

Dans les cas d'hémorragie traumatique, l'épanchement semble se localiser dans l'arrière-cavité des épiploons. La collection ne revêt pas toujours les mêmes caractères. Lorsque la mort a suivi de près le traumatisme, c'est du sang à peu près pur que l'on retrouve. Si, au contraire, il s'est écoulé un certain temps, et si le malade a survécu quelques jours à son affection, on trouve un liquide clair, transparent et ayant perdu quelques-unes de ses qualités hématiques. C'est que, dans ces cas, grâce à une déchirure du canal de Wirsung, une certaine quantité de liquide pancréatique est venue se mêler au sang épanché. Par suite de la réaction réciproque des deux liquides, la collection se modifie peu à peu et finit par revêtir les caractères de certains kystes remplis de liquide pancréatique. De plus, la présence de l'épanchement peut déterminer dans les tissus voisins un travail inflammatoire, grâce auquel le kyste se limite et son contenu augmente. Dans ses rapports anatomiques, la tumeur se développe en arrière de l'estomac, au-dessus du mésocôlon transverse; elle refoule en bas le côlon transverse, et elle peut envoyer un prolongement profond sur le côté gauche de la colonne lombaire, en dedans du rein, à hauteur des dernières côtes. De l'étude de ces faits on peut tirer comme conclusion qu'un certain nombre des kystes du pancréas ne sont que d'anciennes collections hémorragiques modifiées.

L'*apoplexie* du pancréas est constituée par une hémorragie diffuse intra-glandulaire. Le sang épanché s'insinue entre les lobules, les dissocie et la glande se trouve même parfois entièrement détruite. Mais l'hémorragie ne se limite pas là et le tissu cellulaire voisin est le plus souvent infiltré. L'aspect de la glande est absolument variable et l'on observe tous les degrés de l'épanchement sanguin. Parfois, on ne constate que quelques ecchymoses visibles à la surface de la glande à travers le péritoine et qui revêtent à la coupe la forme d'un infarctus mal limité. Rarement l'ecchymose est unique; plus souvent on en trouve plusieurs, et l'on peut même en retrouver qui, modifiées dans leur couleur et leur constitution chimique, font reconnaître l'existence de lésions anciennes.

D'autres fois, au contraire, le pancréas est volumineux, rouge ou violet, noir même, transformé en un caillot ou même une poche pleine de sang. La glande, dans ces cas, semble complètement détruite, et ce n'est qu'après des recherches minutieuses que l'on peut arriver à découvrir quelques lobules glandulaires dissociés. Au milieu de ce magma sanguin, il est même parfois difficile de retrouver le canal de Wirsung. C'est dans ces cas complexes que Hildebrand a signalé, sur le pancréas ou dans les environs, l'existence de petites masses arrondies et blanchâtres, que l'examen démontre formées de graisses et de cristaux d'acides gras, qui, pour cet auteur, seraient le résultat de l'action digestive du suc pancréatique sur les lobules graisseux. A la coupe l'aspect est absolument variable. Quelquefois on peut à peine retrouver la structure lobulaire de la glande et on observe un caillot noirâtre traversé çà et là par quelques travées conjonctives. Plus souvent, les îlots hématiques sont séparés les uns des autres par des îlots glandulaires, entre les lobules desquels le sang s'est infiltré. Enfin, dans quelques cas rares, à l'examen extérieur la glande semble seulement vascularisée et infiltrée, possédant une coloration violacée. Souvent alors l'infiltration sanguine s'est faite lentement, s'insinuant entre le lobule et prenant pour ainsi dire la place des travées conjonctives, sans détruire la structure glandulaire du pancréas.

Parfois, le sang, épanché seulement dans la glande, constitue un hématome limité; mais souvent aussi, au pourtour du pancréas, l'infiltration sanguine s'étend dans le mésocôlon transverse, le mésentère, le grand épiploon et le tissu cellulaire sous-péritonéal; on trouve même parfois du sang libre dans la grande cavité péritonéale.

Quant à la recherche du vaisseau, cause de tout le mal, il semble qu'elle soit impossible à réaliser au milieu des caillots sanguins. D'ailleurs, rarement la source de l'hémorragie est unique. Plus souvent, plusieurs vaisseaux ont donné en même temps, ainsi que semblent le prouver la dissémination des foyers hématiques dans les cas de faible intensité.

II

Pathogénie. — On peut admettre que l'hémorragie traumatique est le résultat de l'action directe de la violence extérieure sur la glande. Mais, pour Fischer (1), le pancréas profondément situé est suffisamment protégé, et l'action du traumatisme serait beaucoup plus complexe. Le choc provoquerait dans la glande une lésion nerveuse périphérique qui, à son tour, produirait une lésion nerveuse centrale, et, sous l'influence de celle-ci, se produirait une véritable apoplexie du pancréas.

Toutefois, l'intervention d'une pancréatite antérieurement ou secondairement au traumatisme, rendrait beaucoup plus facilement compte de la production de l'hémorragie.

La pathogénie de l'apoplexie du pancréas était, jusque dans ces derniers temps, entourée d'une grande obscurité et un grand nombre d'hypothèses ont été émises sur ce sujet.

L'observation clinique et anatomo-pathologique tendait déjà à démontrer qu'elle peut être la conséquence de la pancréatite; en effet, pendant la vie, on avait relevé bien des fois de la fièvre et des phénomènes infectieux. A l'autopsie, on avait constaté des lésions de péritonite au voisinage du pancréas et la dégénérescence graisseuse de la glande. Aussi, certains auteurs avaient-ils été amenés déjà à identifier l'apoplexie du pancréas et la pancréatite hémorragique. Dans cette dernière, l'infiltration sanguine et même la production de foyers sanguins paraissaient être le résultat d'une congestion inflammatoire intense.

C'est, en effet, ce que tendent à prouver les expériences récentes de Carnot (2) sur les chiens. Le microbe, celui qu'on retrouve le plus souvent dans le pancréas quand il est lésé, le colibacille, produit des lésions toutes différentes suivant son degré de virulence. Très virulent, il donnerait lieu à la pancréatite hémorragique; moins virulent, il occasionnerait seulement la pancréatite suppurée; enfin, on n'observe plus que de la sclérose simple lorsque la virulence est minime.

Il est donc bien difficile de se rendre compte si l'on a affaire à une pancréatite hémorragique ou à une apoplexie pancréatique greffée sur une pancréatite ancienne.

Si l'on fait sommairement l'étude anatomique du pancréas, on voit que cette glande est particulièrement prédisposée aux hémorragies. Sappey nous a, en effet, montré que sa vascularisation est extrêmement riche. Partant de

(1) Fischer. *The Lancet*, 27 janv. 1894.
(2) Carnot. Loc. cit.

cette constatation, quelques auteurs ont fait jouer un rôle pathogénique important à la dégénérescence graisseuse des vaisseaux intra-glandulaires, à leur athérome, ou à un trouble d'innervation vaso-motrice.

L'artério-sclérose a été relevée chez un certain nombre de malades morts d'apoplexie pancréatique. De plus, dans quelques cas, et notamment dans deux observations, l'une de Seitz, l'autre de Schmackpfeffer, on a retrouvé la syphilis dans les antécédents, et l'on s'est demandé si l'on était en présence d'une apoplexie toxique due à l'ingestion du mercure ou d'une rupture vasculaire due à l'artérite syphilitique.

Ne pouvant trouver dans l'anatomie pathologique l'explication des phénomènes et la cause première de l'affection, on a essayé, par des expériences sur les animaux, de reproduire les lésions que l'on observe chez l'homme, et de déterminer ainsi la physiologie pathologique.

Ces expériences ont porté tantôt sur les vaisseaux de la glande, tantôt sur les canaux excréteurs. Thirloix constata chez des chiens que l'injection de chlorure de zinc dans le canal de Wirsung amenait rapidement la mort. A l'autopsie il constata que le pancréas était détruit et remplacé par un caillot sanguin.

Lépine reproduisit les mêmes lésions en agissant sur l'appareil circulatoire de la glande et en injectant de la poudre de lycopode dans le bout périphérique de l'artère pancréatique principale.

Plus récemment, les expériences furent reprises par Hlava qui en fit le sujet d'une communication au Congrès de Moscou. Liant successivement les artères et les veines de la glande, il ne put reproduire l'apoplexie pancréatique. Puis il introduisit des micro-organismes dans le canal de Wirsung; il échoua avec le staphylocoque, le pneumobacille, le streptocoque. Enfin, il obtint des lésions, en tout semblables à l'apoplexie vraie, en introduisant du suc gastrique dans le canal excréteur. Il en conclut que l'affection est due à la pénétration du suc gastrique dans le canal de Wirsung, et que ce n'est que secondairement que les colibacilles envahissent la glande.

Nous allons voir qu'il n'était pas nécessaire d'admettre la pénétration assez problématique à l'état normal du suc gastrique dans le canal de Wirsung, pour faire intervenir l'auto-digestion dans la pathogénie des hémorragies interstitielles du pancréas.

Par une suite de travaux dont les résultats ne furent publiés que dans ces derniers temps, M. Carnot (1) reprit les expériences de ses prédécesseurs, en institua de nouvelles et montra que plusieurs causes pouvaient reproduire l'affection. D'abord l'injection canaliculaire de substances toxiques, soit du chlorure de zinc, soit de l'acide chlorhydrique à 2 p. 1000; puis l'injection canaliculaire de papaïne; les toxines et en particulier la toxine diphtérique injectée dans le canal de Wirsung ou en plein tissu glandulaire; enfin les microorganismes et en particulier le bacille de Lœffler et le colibacille, mais dans ce dernier cas, les lésions sont discrètes et représentées seulement par quelques taches hémorragiques limitées. Ses conclusions jettent un jour tout nouveau sur la pathogénie de l'affection : « En nous servant de doses considérables de ferments voisins de la trypsine, nous avons pu surmonter la défense que la glande oppose à sa propre sécrétion et déterminer des pancréatites hémorragiques. Nous pensons donc que les causes provocatrices expérimentales (d'ordre mécanique, toxique, diastasique, toxinique, infectieux) ne sont que l'amorce d'une lésion qui continue d'elle-même par auto-digestion et infection spontanée. Cette lésion est donc à rapprocher des lésions de même ordre observées sur d'autres organes capables de s'auto-digérer (ulcère de l'estomac, du duodénum), lésions qui s'accompagnent également d'hémorragies et dont les causes provocatrices paraissent aussi les plus diverses. »

(1) Carnot. Loc. cit. — Soc. de biol., 19 fév. 1898.

Il est assez difficile de comparer les hémorragies interstitielles du pancréas aux hémorragies à ciel ouvert de la muqueuse stomacale; malgré cela, on voit que, d'après M. Carnot, l'auto-digestion, dans le pancréas comme dans l'estomac, serait la cause la plus importante de l'infiltration ou de l'effusion hémorragique.

« Les lésions des organes proprement digestifs se correspondent donc. Pour les uns comme pour les autres, on doit invoquer une pathogénie très large; car les causes premières ne sont que l'amorce d'une lésion qui se continue d'elle-même, grâce aux propriétés physiologiques de la glande (1). »

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur cette pathogénie et sur les hypothèses émises à ce sujet, on voit combien paraissent nombreuses les causes de l'affection. Cependant on peut tenter, ainsi que l'a fait Carnot, de les réunir en un certain nombre de chapitres distincts et nous aurons ainsi :

Les hémorragies traumatiques;
— toxiques;
— diastasiques;
— toxiniques;
— infectieuses.

Nous devons ajouter à cette énumération les hémorragies de causes vasculaires.

1° *Traumatiques.* — L'action du traumatisme est absolument différente suivant les cas. Parfois, et c'est ce qui se produit le plus fréquemment, l'hémorragie succède à un choc violent dans la région épigastrique. C'est ce que l'on rencontre dans les observations de Little Krood, de Lloyd, de Martin et de Morison. Dans d'autres cas, il suffit d'un traumatisme léger sur un pancréas malade, c'est ainsi que, dans une observation de Gussenbaum, on voit une hémorragie du pancréas survenir après une séance de massage sur l'abdomen. Enfin le traumatisme peut agir sur la glande et la blesser sans déterminer d'apoplexie immédiate, mais l'organe lésé reste extrêmement susceptible et la moindre cause déterminante peut amener une hémorragie : c'est ainsi que Newton Pitt et Jacobson rapportent l'exemple d'un homme qui, recevant un coup de pied en 1886, ressent dans la suite de vagues douleurs abdominales, mais ne présente de phénomènes vraiment graves qu'en 1889, trois ans après.

2° *Vasculaires.* — Les vaisseaux du pancréas peuvent être, ainsi que toute la glande, en dégénérescence graisseuse et c'est ainsi que l'on peut s'expliquer que la moindre cause détermine leur rupture. Nimier différencie l'hémorragie du pancréas liée à l'artério-sclérose de celle qu'on observe chez les gens obèses dont la glande est atteinte de nécrose graisseuse. La nécrose graisseuse de la glande a été reconnue

(1) Carnot. Loc. cit.

fréquemment à l'autopsie et de nombreuses observations en font foi. Quant à l'athérome des artères pancréatiques, il a été mis en lumière par plusieurs observations et notamment par une observation de Gade (1).

« *Observation. Résumée.* — Une dame de trente-cinq ans, robuste, chargée d'embonpoint, soignée déjà pour mal de Bright et goutte, fut très éprouvée pendant une traversée d'Amérique en Norwège. Outre de violents vomissements, elle souffrit de douleurs vagues dans l'abdomen.

... La femme succomba le troisième jour sans avoir présenté aucun nouveau symptôme.

A l'autopsie, on trouva dans le péritoine trois quarts de litre de sérosité sanguinolente, sans pus. L'intestin est normal; l'épiploon chargé de graisse. Le tissu cellulaire autour du pancréas et des deux reins est occupé par des caillots et l'infiltration sanguine. Les deux tiers gauches du pancréas sont aussi imprégnés de sang; ses vaisseaux calcifiés sont béants et rigides. L'hémorragie provient de l'artère pancréatique. »

3° *Toxiques.* — Nous avons vu que, expérimentalement, Thiroloix avait pu reproduire l'hémorragie pancréatique par l'injection de chlorure de zinc dans la glande. Cliniquement on a pu observer des cas analogues attribuables soit à la morphine, soit au mercure. Mais dans ces derniers cas, il est bon de faire la part de ce qui revient à l'intoxication mercurielle et de ce qui appartient à l'artérite syphilitique, car c'est au cours d'un traitement antisyphilitique que les accidents ont été observés. Notamment dans une observation de Litz, il semblait bien que l'hémorragie fût attribuable à l'artérite syphilitique d'une petite branche du tronc cœliaque.

Enfin, nous avons déjà dit plus haut que Hlava avait produit l'apoplexie du pancréas, en injectant du suc gastrique dans la glande et qu'il en avait conclu que la principale cause de l'affection se retrouvait dans la pénétration du suc gastrique dans le canal de Wirsung.

4° *Toxiniques.* — Nous avons vu que Carnot a pu reproduire les lésions par l'introduction de toxines diphtériques dans la glande.

5° *Diastasiques.* — Prouvées par l'introduction de doses élevées de papaïne dans le canal de Wirsung.

6° *Infectieuses.* — Pour certains auteurs ce seraient les plus plus fréquentes.

En 1894, Carnot et Charrin firent connaître les résultats de leurs expériences et apprirent que l'hémorragie du pancréas peut se produire par l'injection glandulaire de colibacille ou de bacille pyocyanique. Mais le colibacille doit être très virulent pour que l'inflammation soit capable de produire l'extravasation sanguine.

Pour Hlava, l'infection microbienne ne serait jamais primitive et ce n'est qu'après l'introduction du suc gastrique dans le canal de Wirsung, qu'on pourrait constater l'existence du colibacille dans la glande. Ponfick, de son côté, admet l'origine infectieuse mais, il admet un microbe spécial et caractéristique de l'affection.

En résumé, on peut dire que, si l'infection n'est que rarement la cause de l'apoplexie du pancréas, il n'est pas rare qu'elle vienne se surajouter pour transformer, en foyer purulent, un hématome pancréatique aseptique au début.

(1) Gade. *Séparataftryk. af. N. Mag. f. Lœger*, n° 9, 1893.

III

Symptomes. — Qu'elle soit précédée d'un traumatisme, ou qu'elle survienne sans cause provocatrice apparente, l'hémorragie du pancréas revêt une symptomatologie à peu près identique.

Suivant l'intensité des phénomènes, et suivant aussi la rapidité d'évolution, on peut, avec Nimier, décrire quatre formes à l'affection :

1° La forme foudroyante qui tue en quelques instants;
2° La forme suraiguë, qui tue en quelques heures;
3° Aiguë, qui amène la mort en quelques jours;
4° Lente, qui semble se terminer par la guérison.

Dans ce dernier cas, cependant, l'accalmie est généralement trompeuse, et on ne tarde pas à voir une seconde crise qui, revêtant le caractère aigu ou suraigu, emporte le malade.

Dans les cas foudroyants, ainsi qu'on peut le déduire des observations de Zenker, l'hémorragie provoque une mort qui peut être qualifiée de subite. Elle rappelle en effet la mort subite qui survient par syncope, par hémorragie interne ou par angine de poitrine.

Observation de Zenker (1). « Un homme, âgé de quarante-huit ans, très gras, ayant le cœur et les poumons malades, et souffrant depuis trois années de légers troubles digestifs, s'éveille une nuit ne se sentant pas bien et éprouvant le besoin d'aller à la garde-robe, il sort de son lit, est pris de nausées, se recouche aussitôt et meurt.

A l'autopsie, on trouve une infiltration hémorragique de tout le pancréas et du tissu cellulaire voisin avec un épanchement sanguin dans le duodénum. Le cœur est complètement flasque, ses cavités sont exsangues; les organes abdominaux sont gorgés de sang. On remarque l'hypérémie veineuse du plexus solaire. »

Les formes suraiguës et aiguës peuvent être confondues dans une même description, car elles ne diffèrent l'une de l'autre, que par la durée des phénomènes. Dans le premier cas, en effet, les accidents durent quelques heures tandis qu'ils sont d'une durée de deux et trois jours dans le second. Thiroloix a rapporté l'observation d'un malade, qui, pris d'accès de coliques intenses, succombe en quelques heures et chez lequel on trouve une apoplexie pancréatique. Il en est de même dans les observations de Husson Rugg (2) et de Kollmann (3). Dans d'autres cas, l'affection se caractérise mieux et la maladie dure un jour et demi comme dans l'observation de Hilty (4) ou soixante heures comme chez le malade de Herbert Hawkins (5).

Le plus souvent le tableau symptomatique est variable, mais on peut cependant, des nombreuses observations publiées, tirer une description d'ensemble.

Un sujet bien portant jusqu'alors, ou ayant éprouvé quelques troubles digestifs mal déterminés, ordinairement obèse, ressent brusquement dans l'abdomen une douleur intense avec maximum épigastrique ou lombaire. On voit survenir du tympanisme, des nausées, des vomissements et la constipation s'établit. En même temps les phéno-

(1) Zenker. *Tageblatt der 47 Versamml. d. Deutsch. Naturforscher*, Breslau 1874, p. 20.
(2) Rugg. *The Lancet*, 1850.
(3) Kollmann. *Verhandl. d. Phys. Med. Gisell*, Wursbourg 1880.
(4) Hilty, *Corresp. Bl. f. Schw. Ærtz.*, 15 nov. 1877.
(5) Hawkins. *The Lancet*, 15 nov. 1893.

mènes généraux sont graves ; il y a de l'angoisse ; le malade est dans un état voisin du collapsus, le pouls est accéléré et on observe une dyspnée qui peut parfois être intense. La température est variable ; parfois elle est élevée, d'autres fois au contraire il y a hypothermie. Enfin la mort ne tarde pas à survenir.

De tous les phénomènes qui précèdent, celui qui domine généralement la scène c'est la douleur. Mais elle ne revêt pas toujours le même caractère et une description uniforme pour tous les cas, ne répondrait pas à la réalité. Parfois, en effet, la douleur fait, pour ainsi dire, défaut ; le malade accuse une sensation de malaise, de pesanteur à la région épigastrique. Dans d'autres cas, par sa situation plus élevée, elle semble plutôt en rapport avec une affection cardiaque. Enfin il y a des exemples où, par son siège primitif dans l'hypocondre droit et ses irradiations vers l'épaule droite, elle a revêtu le caractère d'une colique hépatique.

Le voisinage du plexus solaire, et les connexions intimes que le pancréas affecte avec les filets nerveux qui en émanent, ont permis d'expliquer la variabilité des phénomènes douloureux. De plus, c'est par les rapports intimes de la glande avec les filets nerveux voisins que Ströjanovitz a pu tenter une explication physiologique des phénomènes généraux, dont la gravité semble, en effet, disproportionnée lorsqu'on la compare au peu d'étendue des lésions. La sensibilité du sympathique, écrit François Frank, « peut s'exalter au point de devenir la cause de douleurs violentes, et le point de départ de réactions pathologiques générales, dans les cas où des excitations anormales ou excessives atteignent les organes viscéraux. » Les filets terminaux sensitifs du sympathique dans le pancréas se trouveraient excités par l'irritation portée sur la glande. Ce serait là le point de départ d'une impression douloureuse, qui, gagnant la moelle, atteindrait dans le bulbe les noyaux d'origine des pneumogastriques et, en les excitant, déterminerait l'arrêt du cœur. La mort serait due à une syncope par inhibition centrale. Ou bien il s'agirait d'une syncope amenée par la vaso-dilatation abdominale due à l'excitation du sympathique et qui serait la cause d'une anémie cérébrale consécutive.

La même pathogénie symptomatique peut s'appliquer aux troubles de la respiration, aux vomissements et à la constipation.

L'état de collapsus peut s'expliquer d'abord par l'action directe sur les centres nerveux, et ensuite, par l'entrave que les troubles de la circulation et de la respiration apportent aux échanges dans l'intimité des tissus.

Avant de terminer l'étude de la symptomatologie, nous devons étudier cette forme lente que nous avons signalée plus haut. Après un début brusque, en tout semblable aux phénomènes de la forme aiguë, on voit les accidents s'amender et tout rentre peu à peu dans l'ordre après des alternatives de mieux et de pis. La guérison semble alors complète, et il est des cas où aucun accident ne s'est reproduit dans la suite. Mais le plus souvent ce n'est qu'une accalmie trompeuse et on ne tarde pas à voir survenir une seconde attaque, au cours de laquelle le malade succombe.

Dans ces cas prolongés, Leitz signale un certain nombre d'autres modes d'évolution qui entraînent la terminaison fatale au bout de quelques semaines, ou de quelques mois.

Parfois, c'est une péritonite localisée à la séreuse voisine du pancréas ou généralisée à toute la grande cavité péritonéale. D'autres fois, c'est la thrombose des veines du pancréas qui entraîne à sa suite la thrombose de la veine porte. Enfin l'invasion microbienne peut déterminer la suppuration de la glande qui peut aussi se gangrener.

## IV

Diagnostic. — Pour se rendre compte de la difficulté du diagnostic de l'affection, il suffit de lire les nombreuses observations qui ont été publiées. Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels que la maladie a été reconnue, et l'apoplexie du pancréas a été bien plus souvent une trouvaille d'autopsie.

Le diagnostic d'hémorragie traumatique pourra être posé lorsque, à un traumatisme abdomidal, succède une douleur assez forte à maximum épigastrique. Ces phénomènes du début seront suivis de la formation d'une tumeur siégeant dans la région abdominale supérieure, tumeur que l'on peut trouver par la palpation, dont la matité remplacera la sonorité gastrique normale et d'où la ponction exploratrice faite peu après son apparition retirera un liquide franchement hémorragique.

Quant à l'apoplexie vraie, son diagnostic ne sera presque jamais fait. Elle pourra cependant être soupçonnée. Les caractères de la douleur, son siège, son apparition subite chez un sujet jusque-là bien portant mais obèse ; les phénomènes généraux, troubles respiratoires et circulatoires et collapsus qui l'accompagneront ; les vomissements et la constipation, constitueront un ensemble symptomatique en faveur de l'hémorragie spontanée du pancréas.

Malheureusement cet ensemble de phénomènes ne se rencontre que bien rarement au complet, et si on prend chaque symptôme séparément on comprendra combien il est facile de commettre une erreur.

L'hémorragie foudroyante, survenant sans traumatisme antérieur, entraînant la mort en quelques instants, sera facilement confondue avec les ruptures vasculaires internes, quelle que soit leur origine, et avec les affections cardiaques qui se terminent par la mort subite au milieu des phénomènes de collapsus.

Lorsque l'évolution est moins rapide, dans la forme aiguë par exemple, les symptômes se précisent davantage et l'attention du médecin peut être attirée vers l'abdomen. Mais les erreurs sont d'autant plus faciles à commettre que tel ou tel signe prend le pas sur les autres et peut même parfois dominer la scène.

Les observations nombreuses publiées sur le sujet nous fournissent des exemples suffisants, et nous montrent pourquoi et dans quel sens a pu errer le diagnostic. Nous avons vu plus haut que parfois, au début, la douleur se localisait dans l'hypocondre droit et même irradiait vers l'épaule. C'est dans un cas analogue que Huber (1) crut avoir affaire à une crise de coliques hépatiques ; le malade succomba dans une seconde attaque et à l'autopsie on trouva les lésions pancréatiques avec absence complète de calculs dans les voies biliaires.

Plus souvent, le médecin se trouvant en présence d'un malade se plaignant de fortes douleurs abdominales accompagnées de tympanisme, de constipation, de vomissements et se trouvant dans un état complet de prostration, croira avoir affaire à une péritonite par perforation ou bien à une obstruction intestinale. Ce sont les erreurs qui ont été le

(1) Huber. *Arch. f. Klin. Med.*, 1875, t. XV, p. 455.

plus fréquemment commises, mais elles sont peu graves en elles-mêmes, car un tel diagnostic entraine le plus souvent une intervention chirurgicale, une laparotomie, qui, en faisant constater l'erreur commise, permettra, dans certains cas, le traitement de l'affection qui sera presque toujours du domaine de la chirurgie.

Successivement et dans des cas analogues Biggs et W. E. Paul firent le diagnostic de péritonite; le premier pensant avoir affaire à une appendicite avec perforation, le second pensant à une perforation du duodénum ou des voies biliaires.

Plus souvent encore on a pu songer à un étranglement interne et cinq fois on se décida à intervenir, ainsi qu'on le constate dans les observations de Hischberg, Fitz, Zahn, Otto Gerhart et Rolleston.

En résumé, on peut conclure avec Nimier que le diagnostic n'est presque jamais fait. D'abord l'affection est relativement rare et le médecin n'y songera que dans des cas exceptionnels. Ensuite, par elle-même, elle n'offre aucun symptôme qui lui appartienne en propre et qui permette d'affirmer son existence. Enfin, tous les symptômes réunis n'offrent pas un complexus assez défini et assez caractéristique pour qu'on ne puisse pas aussi bien songer à une obstruction intestinale.

## IV

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — D'une façon générale on peut dire que le pronostic sera toujours grave. Il sera réservé dans les cas d'hémorragies semblant guéries, car les récidives seront toujours à craindre et le malade pourra succomber dans une seconde crise. Enfin, s'il est toujours fatal dans les cas d'apoplexie vraie du pancréas, il sera moins sombre dans les cas d'hémorragie traumatique, car, outre que, dans ces cas, l'enkystement de la collection pourra être espéré, le traitement chirurgical pourra, de plus, être efficace, soit en agissant immédiatement sur la collection hémorragique, soit plus tard sur le kyste formé.

Le traitement chirurgical est en effet le seul. Il a été parfois appliqué par erreur de diagnostic, mais avec succès, dans les cas d'hémorragie traumatique ayant donné lieu à un kyste hématique bien localisé. Dans tous les cas il faudra agir sur la poche directement après la laparotomie préalable et ne jamais faire une ponction à travers la paroi abdominale, car le trocart, poussé même avec précaution, pourrait atteindre les organes importants de la région.

Mais ce traitement n'a jamais été appliqué dans les cas d'apoplexie vraie du pancréas.

D'abord serait-il efficace? C'est ce que Nimier a étudié et ses conclusions sont négatives.

Si, en effet, on examine certaines observations de laparotomies faites par erreur dans certains cas, on voit que le chirurgien, dominé par la pensée de son diagnostic premier, a toujours négligé d'examiner la région épigastrique, et que, ne trouvant ni l'obstruction, ni la perforation à laquelle il avait songé, il a refermé l'abdomen sans aller vers le pancréas chercher la cause des accidents.

Quand bien même le chirurgien verrait le sang sourdre du pancréas, la vascularisation extrêmement riche de la glande lui rendrait l'intervention bien difficile. Il lui serait impossible de dilacérer le pancréas pour aller, en cheminant entre les lobules, lier le bout central de l'*artériole* qui saigne et il devrait porter son action sur les gros troncs nourriciers. Mais là, se dressent des obstacles insurmontables. D'abord les artères qui vont au pancréas sont nombreuses et toutes s'anastomosant richement, ainsi que l'a montré Sappey, il est impossible d'assigner à chacune d'elles un territoire glandulaire précis. Ensuite, aucune artère n'est propre au pancréas et on ne pourrait en lier aucune sans compromettre la vitalité d'un organe important du voisinage. On ne pourrait pas lier la splénique, ni la mésentérique, ni la pancréatico-duodénale sans amener de troubles circulatoires graves du côté de la rate, de l'estomac et de l'intestin.

Malgré tout, Nimier propose un manuel opératoire, qui est, d'ailleurs, purement théorique : « Après avoir ouvert l'abdomen et relevé l'estomac, le chirurgien pénètre au-dessus du côlon transverse, à travers l'épiploon gastro-colique, dans l'arrière-cavité des épiploons, puis dans le foyer sanguin, avant ou après la déchirure du feuillet péritonéal postérieur. Alors, après évacuation des caillots dans la mesure du possible, cautériser au thermo-cautère, tamponner à la gaze iodoformée, telles sont les données opératoires, que, théoriquement, l'on peut se proposer de suivre (1). »

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Examens de médecine.* — Aux termes de l'article 4 § 2 du décret du 20 juin 1878, le troisième examen de doctorat en médecine ne peut être subi qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études.

Le décret du 31 juillet 1893, qui a institué le nouveau régime d'études médicales, n'ayant pas reproduit cette disposition restrictive, il s'ensuit que les étudiants inscrits sous ce régime peuvent se présenter aux quatrième et cinquième examens dès la prise de leur seizième inscription, soit après l'expiration du quinzième trimestre.

Il a paru au ministre de l'Instruction publique qu'il serait équitable de faire bénéficier de l'état de choses inauguré par le décret de 1893 les étudiants qui ont commencé leur scolarité sous l'ancien régime d'études. Le comité consultatif de l'enseignement public, consulté à ce sujet, a émis dans ce sens un avis favorable.

Conformément à cet avis, il a été décidé que les aspirants au doctorat (régime de 1878) seraient admis à se présenter au troisième examen dès la prise de la seizième inscription.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Castex, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique.

Sont maintenus, pour l'année scolaire 1898-1999, dans les fonctions ci-après désignées : MM. les professeurs Bellamy, chargé des fonctions de chef des travaux de chimie; Castex, chargé des fonctions de chef des travaux de physique; Perrin, de La Touche, chargé d'un cours de médecine légale; — MM. les suppléants Bodin, chargé d'un cours d'hygiène; Follet, chargé d'un cours d'anatomie pathologique; Le Moniet, chargé d'un cours de médecine opératoire; Topsent, chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.



(1) NIMIER. Loc. cit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

| | | | |
|---|---|---|---|
| FRANCE. . . . . . | 3 mois : 8 fr. 50. | — 6 mois : 16 fr. | — 1 an : 30 fr. |
| UNION POSTALE. | 3 mois : 10 fr. | — 6 mois : 18 fr. | — 1 an : 35 fr. |

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 1er août 1898.

Le IVe Congrès de la tuberculose s'est ouvert, comme nous l'avions annoncé, le mercredi 27 juillet.

Dans la matinée, les congressistes ont visité l'hôpital Boucicaut et tout particulièrement les pavillons *B* affectés par M. Letulle aux tuberculeux.

Ces deux pavillons sont consacrés l'un aux hommes, l'autre aux femmes; le premier renferme vingt et un lits, dix-huit au rez-de-chaussée dans une grande salle — ce qui constitue une très regrettable disposition contre laquelle M. Letulle proteste encore en vain, — une chambre à un lit complète le rez-de-chaussée; au premier étage, deux chambres à un lit sont réservées aux malades du Bon Marché.

Le pavillon des femmes possède au rez-de-chaussée une grande salle de dix lits, qui attend son dédoublement, et une chambre à deux lits; au premier étage, deux chambres à un lit pour les malades du Bon Marché.

Sur les 125 malades tuberculeux reçus en huit mois par le médecin de consultation, M. de Gennes, — et cela sans choix spécial et au hasard des lits vacants, — 27 ont été *améliorés*. M. Letulle entend par *améliorés* les malades qui, après plusieurs semaines de séjour, ont augmenté notablement de poids. Toutes les semaines, à la même heure, tous les malades sont pesés avec soin. Et cette pesée excite une véritable émulation qui engage ces malades à s'alimenter davantage pour gagner, la semaine suivante, sur leur voisin.

Mais l'importance des efforts de M. Letulle et les enseignements qui en ressortent justifient la publication que nous croyons devoir faire immédiatement de l'organisation de cet intéressant service. On trouvera plus loin des détails fort curieux sur les améliorations obtenues à Boucicaut. L'hygiène générale du service est sévère, presque impeccable. La simple cure hygiéno-diététique des tuberculeux s'y établit progressivement et sera, dans quelques semaines, aussi complète que la disposition régionale de l'hôpital le peut permettre.

Un dernier vœu de M. Letulle — auquel souscriront tous les médecins — est la création de sanatoriums populaires suburbains ou provinciaux.

— A trois heures, le Congrès était réuni dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Nocard (d'Alfort).

M. Nocard, tout d'abord, rappelle la mémoire du professeur Verneuil, qui était l'âme de ce Congrès, et de Villemin, « cette gloire de la médecine française, ce génie modeste et patient d'où procède le merveilleux mouvement scientifique qui nous réunit pour la quatrième fois dans cette enceinte. »

C'est, en effet, pour la quatrième fois depuis dix ans que médecins et vétérinaires sont réunis pour étudier les questions si passionnantes et si nombreuses qui touchent à la tuberculose, et dont la plus grave et la plus urgente à résoudre est la prophylaxie.

Depuis la célèbre découverte de Koch, on s'est ingénié à rechercher les moyens de détruire le bacille dans l'organisme même : ni l'inoculation du virus atténué, dans l'espoir d'une vaccination préventive, ni l'emploi des produits solubles du bacille, ni les injections sous-cutanées intra-péritonéales ou intra-veineuses de sérums provenant d'animaux réfractaires, ni les sérums les mieux préparés, n'ont pu venir à bout de la pullulation du bacille, ni lutter contre son action progressivement destructive.

Cette longue série d'échecs ne doit ni étonner, ni décourager, car, comme l'a dit Roux, « la question de la tuberculose est de celles qui ne pourront être résolues que par des recherches longuement et patiemment poursuivies; il ne faut donc pas compter qu'on nous apportera tout d'un coup la « découverte éclatante »; elle nous arrivera, sans doute, en plusieurs fois, morceau par morceau. »

La tuberculose est loin d'être incurable, mais il faut intervenir de bonne heure, avant que le mal n'ait créé des désordres irrémédiables.

La prophylaxie de la tuberculose est donc le point capital vers lequel doivent converger tous les efforts.

L'exemple, donné par le Danemark est des plus encourageants. La production du bétail et de l'industrie laitière y était menacée à bref délai; les mesures prophylactiques ont été prises résolument et méthodiquement appliquées, à tel point que « l'on peut entrevoir dès maintenant l'époque assez rapprochée où le Danemark sera définitivement affranchi du lourd tribut qu'il payait chaque année au fléau.

Lors du concours ouvert en 1896, par l'Académie de médecine, sur le rôle de l'hérédité et de la contagion en matière de tuberculose, celui des sept concurrents qui se montrait le plus ferme partisan de l'hérédité tuberculeuse

lui attribuait seulement le sixième des cas qu'il avait observés.

Acceptons ces chiffres et nous en conclurons que, sur 150000 Français qui, chaque année, succombent à la tuberculose, 125000 pourraient être sauvés s'ils étaient mis à l'abri de la contagion.

Ainsi donc, chez l'homme comme chez les animaux, c'est la contagion qui est la cause incomparablement la plus fréquente de la tuberculose. C'est donc contre la contagion que nous devons diriger tous nos efforts; c'est la contagion que nous devons empêcher. »

En terminant, M. Nocard rappelle les moyens si simples et si pratiques qui sont en notre pouvoir pour arriver à supprimer le plus grand nombre des chances de contagion, et arriver ainsi à réaliser la prophylaxie de la tuberculose.

— Bornons-nous aujourd'hui à signaler cette ouverture, et, suivant notre coutume, nous analyserons les communications intéressantes et nous rechercherons à en reproduire tout ce qui nous paraîtra utile au but poursuivi par les promoteurs de ce Congrès.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

C'est la dernière séance de l'été. Quelques rares fidèles sont encore venus hier. Ils ont fait de toutes petites communications, et bien vite ils sont partis. Pendant deux mois, la science ne va plus marcher!...

MM. L. Galliard et Ch. Monod ont observé un cas d'**abcès gazeux sous-phrénique consécutif à une perforation de l'estomac**; ils en font part à la Société médicale. Il s'agit d'une femme de trente-six ans, présentant depuis environ un an les signes ordinaires de l'ulcère simple de l'estomac. Le 2 juin dernier, cette femme ressentit une douleur violente au côté gauche; elle eut des vomissements, du météorisme, des signes de péritonite aiguë, de la fièvre; elle maigrit, perdit ses forces. Dix jours plus tard, on constatait à l'épigastre une voussure très remarquable avec sonorité exagérée et bruit de succussion. Le tympanisme s'étendait à gauche du thorax, où l'on retrouvait en arrière le bruit de succussion et où les bruits respiratoires étaient abolis. Le diagnostic d'abcès gazeux paraissant évident, on fit la laparotomie; la malade guérit facilement.

MM. Mathieu et Laboulaye présentent à la Société une **sonde pour le lavage de l'estomac**. C'est la sonde de Frémont modifiée, et qui permet, par le changement de position d'une poire en caoutchouc, placée en son milieu, d'évacuer le contenu gastrique soit par expression, suivant la méthode d'Ewald, soit par aspiration, la sonde pouvant s'amorcer d'elle-même. Cette petite modification ne bouleversera peut-être pas la grande majorité des médecins habitués à ne pratiquer le cathétérisme de l'estomac que de loin en loin, mais elle sera vivement appréciée des spécialistes, des « professionnels de la sonde » comme les appelle spirituellement M. Mathieu; elle fera, nous l'espérons, le bonheur des malades dont l'estomac pourra être à la fois, et au choix, examiné par l'expression et par l'aspiration.

Heureux malades!

MM. L. Rénon et R. Follet rapportent un cas d'**anomalie d'éruption de la rougeole** chez un homme de trente ans, atteint tout d'abord d'un catarrhe oculo-nasal abondant. L'éruption débuta par la face; elle était constituée par une série de petites plaques rouges foncées, papuleuses, ne disparaissant pas à la pression, semées sur un fond rouge plus clair, ayant tous les caractères d'un exanthème scarlatiniforme. C'est là un fait rare, exceptionnellement rencontré par Sanné, et signalé seulement au début de la rougeole avant l'éruption (Robert), et au cours de rougeoles contemporaines et variables (Feltz).

## HOPITAL BOUCICAUT. — M. Letulle.

### Hospitalisation des indigents tuberculeux de Paris (1).

#### I. — *Hygiène générale du service.*

Fort de cette vérité que l'asepsie doit être plus rigoureuse dans un service de médecine (exposé chaque jour à toutes les contaminations microbiennes) qu'en chirurgie, où les infections contagieuses ne sont que des accidents toujours et facilement évitables, je pratique à Boucicaut l'hygiène hospitalière la plus sévère. Il n'y a plus de poussières pathogènes autochtones; les crachoirs prodigués à l'excès s'opposent à l'expectoration sur le sol, même dans les jardins. Les mouchoirs sont bannis et remplacés par des compresses propres, désinfectables sur-le-champ. Le personnel hospitalier, bien stylé, se lave les mains, se couvre de la blouse administrative. Les malades ne sont couverts que de vêtements aseptiques fournis par l'hôpital. Ils entrent propres dans les salles et y demeurent aussi propres que possible jusqu'à leur sortie. Leur bouche est astreinte à l'usage de la brosse et de l'eau dentifrice. Leur corps est lavé, lotionné aussi souvent que possible, malgré l'absence de service de balnéation et d'hydrothérapie (non encore installé dans cet hôpital neuf qui devrait être un modèle). Les crachoirs sont, chaque jour, soigneusement désinfectés, ainsi que les ustensiles qui servent aux repas des malades.

Il ne reste qu'un seul danger, qu'il m'a été, jusqu'à ce jour, impossible de supprimer: la contamination des salles par les poussières étrangères apportées les jours de visite familiale par les parents et amis des malades. Je n'ai pu encore faire admettre la nécessité de revêtir les visiteurs d'une blouse aseptique. Ce que nous faisons, le matin, pendant le service, n'est pas de mise l'après-midi pour les étrangers au service.

Sauf ce détail, tout fonctionne d'une manière très propre, hygiénique, et mes malades y ont trouvé leur bénéfice, puisqu'en huit mois je n'ai pas encore eu un seul cas de broncho-pneumonie aiguë, accidentelle, mortelle ou non, surajoutée à la tuberculose en marche.

#### II. — *Cure hygiéno-diététique.*

Le traitement hygiénique prophylactique de mes tuberculeux étant à peu près parfait, reste leur cure hygiéno-diététique.

*A.* Commençons par la *cure d'air*. L'aération de mes salles est assurée jour et nuit; les fenêtres élevées, coupées en trois portions, conservent ouverte, la nuit, la portion la plus haute. L'air circule largement dans la salle, et les

(1) Extrait du rapport lu au Congrès de la tuberculose le 27 juillet 1898.

malades, bien couverts, s'habituent vite, et sans difficultés, à cette médication inconsciente. On a beau dire et répéter que la cure d'air à Paris ne peut et ne doit être qu'une « cure d'air impur », les résultats de la fenêtre ouverte sont cependant indéniables, même, je dirai volontiers, surtout dans les salles de malades.

Reste la cure d'air hors des salles. Pour cela, mes malades valides s'en chargeaient spontanément, en allant, sitôt la visite terminée, s'asseoir, s'étaler sur les bancs du jardin. Grâce à la libéralité de l'administration, j'ai obtenu vingt-deux chaises longues munies de matelas et d'oreillers en balle d'avoine, sur lesquels douze hommes et dix femmes font chaque jour une cure d'air à l'extérieur des salles.

En attendant l'installation promise d'une galerie de cure bien orientée, entre mes deux pavillons, galerie où vingt chaises longues tiendront à l'aise, j'ai eu recours à la tente. Deux tentes, placées au milieu des pelouses du jardin, reçoivent l'une douze hommes, l'autre dix femmes, qui peuvent y séjourner sur leurs chaises longues.

*Heures obligatoires* : matin, de cinq heures et demie (heure du réveil dans les salles) à neuf heures, cure d'air sur la chaise longue. Soir, de cinq heures et demie à neuf heures, nouvelle séance de cure sous la tente.

*Heures facultatives* (à cause du soleil et de la chaleur peut-être intolérable sous la tente) : de midi à cinq heures.

Ce qui me donne trois heures et demie le matin et trois heures et demie le soir = sept heures de cure obligatoire, plus cinq heures facultatives pour les chauds après-midi.

Inutile d'ajouter que les malades sont pourvus de couvertures et de vêtements appropriés; qu'à leur chaise longue est adjointe une petite table, et le nombre de matelas et oreillers nécessaires.

*B. La cure de repos* est la conséquence obligée de la cure d'air. Il faut remarquer que, chez le plus grand nombre de nos malades, cette médication sédative et antithermique par excellence est nécessaire, la fièvre étant à peu près la règle au moment de l'entrée dans le service.

Pour cette cure, il faut non seulement des chaises longues, mais encore de bons sièges, de bons fauteuils-abris qui nous seront généreusement fournis par l'administration, j'en ai du moins l'espérance. Car, on ne saurait trop le répéter, en phtisiothérapie, il n'y a pas de petits détails négligeables, tout a une réelle importance. J'en vais donner la preuve avec la cure d'alimentation.

*C. La cure d'alimentation* doit être, avant tout, la cure par excellence, et, par le terme d'alimentation, nous entendons la suralimentation. Le tout n'est pas de nourrir les tuberculeux, il les faut encore « trop bien nourrir ».

Cette vérité, indiscutable, l'expérience le démontre, m'a obligé à organiser à Boucicaut les repas des tuberculeux.

Or, jusqu'à présent, l'alimentation des phtisiques hospitalisés ne diffère pas de celle des autres malades : premier, deuxième, quatrième degré, et tout est dit. J'y ajoute, cependant, le lait qu'on accorde largement, les œufs frais qu'on nous donne sans compter, enfin, la viande crue et les poudres de viande. Mais avec cela, on ne peut guère varier les repas de ces pauvres diables qui sont presque tous inappétents.

Après bien des démarches, j'ai obtenu, pour mes pensionnaires, une double réforme qui explique en partie mes succès à Boucicaut.

Grâce aussi à cette laxité relative dans le choix des aliments, je peux organiser, autrement que dans les autres services, mes repas. Voici les horaires.

Matin, sept heures, lait-soupe ; dix heures et demie, déjeuner.

Soir, trois heures, goûter, lait, pain, beurre ; cinq heures, dîner ; huit heures, lait.

Actuellement, je nourris mes trente et un malades le plus largement possible, en insistant sur les légumes qui, associés aux viandes, les font mieux passer.

La salle d'hommes reçoit en surplus 2k400 de viande crue ; et la salle de femmes 1k200. Toutes les douze femmes boivent deux litres de lait ; dix hommes suivent leur bon exemple. Les uns et les autres y adjoignent, il est vrai, une bouteille de bière ; mais le vin, pendant la saison froide et les liquides alcooliques sont, sur mon conseil, très mal vus. Les estomacs des tuberculeux parisiens sont presque tous (à l'hôpital) des estomacs alcooliques.

Je disais plus haut que les plus petits détails ont leur importance dans la cure des tuberculeux. En voici un exemple. Sous prétexte que : 1° les malades ont besoin de douceurs; 2° que l'entrée des aliments n'est guère permise dans les hôpitaux généraux, les parents de mes tuberculeux leur apportaient, en abondance, qui chocolat, qui sucre d'orge et bonbons ! J'ai pu faire le compte des dépenses hebdomadaires ainsi faites par les amis de certains malades. Elles dépassent souvent plus de 5 francs.

D'accord avec mon excellent directeur, M. Longepierre, auquel je ne saurais trop rendre hommage, j'ai dressé une liste des aliments *autorisés*, *défendus* et *recommandés* pour les malades et leurs parents.

ALIMENTS. — 1° *Défendus* : Gibier, homards, langoustes, écrevisses, vin, alcool, liqueurs quelconques, bonbons, sucre d'orge, biscuits, prunes, groseilles, noix, noisettes, amandes.

2° *Autorisés* : Croissants, petits pains, chocolat, confitures, sucre, châtaignes cuites, marrons cuits, bière, café, thé, cerises, fraises, abricots, poires, gâteaux, pommes, figues, dattes, pâtisseries, pain d'épice.

3° *Recommandés* : Fromages (gruyère, camembert, roquefort, etc.), crème fraîche, beurre frais (ou salé), rillettes, foie gras, saucisson, graisse d'oie, jambon, poulet rôti, rosbif froid, gigot froid, œufs frais, sardines, thon, maquereaux à l'huile, huîtres, oranges, raisin, pêches, miel, gâteaux secs.

On livre au public cette liste, on l'invite à favoriser nos efforts de suralimentation, et, en même temps, on évite à nos patients les lourdes indigestions de sucreries et de chocolateries folles que nous connaissons si bien, à Paris.

### III

Un dernier mot, à propos des traitements employés chez mes malades. J'ai depuis longtemps banni les médicaments héroïques tuberculicides. La tuberculine R ne m'a rendu que des services discutables; elle n'a pas nui, c'est le plus grand éloge que j'en puisse faire.

L'hydrothérapie, le massage, les douches tièdes si utiles, si efficaces dans la cure des tuberculeux, n'ont pu être commencés, faute d'installation.

Matin et soir nous faisons une séance d'atmosphère ozonisée dans la salle des hommes, de neuf heures à dix heures le matin et de cinq à six heures le soir, sous la savante

direction de mon ami et collaborateur dévoué, M. Donatien Labbé.

De temps à autre, pour faire quelque chose et parce que, parfois, j'ai vu cette méthode produire des résultats abondants, je pratique des injections sous-cutanées d'huile stérilisée, à laquelle j'ajoute 1 gramme de gaïacol pour 1000 d'huile, afin « d'odoriser » le médicament.

Aux anorexiques mon ami dévoué M. Ribard applique ses cataplasmes de neige carbonique, et cette « crymothérapie » produit souvent un résultat remarquable, pendant, au moins, quelques jours.

Pour le reste, les médicaments usuels, banals, l'arsenic, la quinine, le tanin surtout sont régulièrement employés; car les malades de Paris demandent des drogues et se croient mieux soignés quand ils sont médicamentés à l'intérieur. Notre thérapeutique, toutefois, n'est jamais funeste pour l'estomac, la place d'armes de la défense du tuberculeux.

IV

De tout ce qui précède, une conclusion se dégage que je désire mettre en lumière en quelques mots.

Malgré les améliorations réelles que je viens de résumer dans la situation des tuberculeux hospitalisés à Paris, ce n'est pas dans Paris qu'il faudrait les traiter, mais en dehors, assez loin de la terrible ville pour leur amener les bénéfices de la cure d'air et de repos.

Sauf les cas de force majeure (pleurésie aiguë, pneumopéritonite tuberculeuse, etc.), les tuberculeux curables devraient ne faire que passer dans nos services urbains. On les dirigerait de là sur les sanatoria populaires de la ville de Paris, que tout le monde réclame et que personne, jusqu'à présent, hélas! n'obtient; ne resteraient chez nous que les incurables ou les « refus par cause majeure ».

Le sanatorium avec son hygiène, sa vie calme, sa réputation de grand curateur, devrait être l'espérance de nos indigents tuberculeux. Espoir pour ceux qui n'y sont pas et attendent d'y être admis, joie pour ceux qui y sont reçus et s'y voient si vite améliorés; enfin, école d'hygiène et de prophylaxie pour les heureux qui en sont sortis, tel est, d'après moi, le rôle, l'avenir des sanatoria populaires.

Actuellement, Paris n'a pas un lit de sanatoria pour les milliers de tuberculeux curables qu'il reçoit dans ses hôpitaux. Les maisons de convalescence, telles que les asiles de Vincennes et du Vésinet, sont interdites à nos tuberculeux hospitalisés. Ils n'y entrent que par fraude ou par surprise.

Voici, en résumé, mes conclusions :

*Conclusions.* — L'isolement des tuberculeux, dans les hôpitaux urbains, nécessaire au point de vue de l'hygiène prophylactique, indispensable pour leur traitement hygiénodiététique, n'est qu'une ressource incomplète et cruelle, s'il ne se double pas de la création de sanatoria populaires, suburbains et provinciaux.

Néanmoins, la triple cure d'air, de repos et d'alimentation doit être organisée et rendue pratique dans tous les services hospitaliers destinés aux tuberculeux. L'installation nécessaire en est facile; les dépenses qu'elle impose sont légères et les résultats satisfaisants qu'elle donnera serviront, non seulement au traitement matériel, mais encore au moral des indigents tuberculeux obligés de s'hospitaliser. La cure des tuberculeux à domicile est absolument impraticable.

La création de sanatoria populaires s'impose pour toutes les raisons précédentes et encore parce qu'à Paris les bénéfices, dans les maisons de convalescence destinées aux hôpitaux (Vincennes et Vésinet), demeurent interdits à nos tuberculeux.

---

## TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE

Par le docteur A. Darier.

I

Il n'est pas d'affection plus diverse et plus multiple dans son évolution que la conjonctivite granuleuse. Comment donc penser qu'un seul et même traitement soit applicable à tous les cas?

Ici, plus que partout ailleurs, il faut individualiser et traiter le malade en même temps qu'on doit chercher par tous les moyens indiqués par l'état particulier du sujet à détruire d'une façon aussi complète que possible l'élément infectieux.

Or, c'est ce dernier point qui est la dominante, le pivot autour duquel doivent évoluer tous nos efforts thérapeutiques, car la conjonctivite granuleuse est une affection microbienne locale, comme le sont le lupus, l'épithélioma superficiel et les tuberculoses cutanées.

Cliniquement, sa nature infectieuse est démontrée tant par sa contagiosité, son épidémicité, que par son développement, sa marche et sa propension aux rechutes.

Anatomiquement, toutes les descriptions histologiques faites jusqu'à ce jour, et sur lesquelles on avait cru pouvoir établir les bases d'un diagnostic différentiel entre les vraies et les fausses granulations, n'ont plus, aujourd'hui, que la valeur qu'ont conservée pour les tuberculoses le tubercule histologique et sa cellule géante.

Le microbe pathogène pourra seul nous fournir les éléments d'un diagnostic scientifique; malheureusement, ni sa morphologie ni sa biologie ne sont encore bien établies.

Les *granulations conjonctivales* doivent être différenciées des élevures folliculaires qui caractérisent la conjonctivite dite folliculaire, si fréquente dans les écoles et chez les jeunes sujets. La conjonctivite folliculaire paraît être un terrain favorable à l'évolution d'une infection granuleuse.

C'est ce qui a fait dire aux unitaristes que la conjonctivite folliculaire n'est qu'une première phase ou qu'une forme atténuée de l'infection granuleuse.

Tant que l'agent pathogène du trachome n'aura pas été trouvé, il sera prudent de s'en tenir à ce principe qui révèle un bon jugement et un esprit clinique, et que nous avons entendu formuler au Congrès de Moscou par le professeur Kuhnt (de Königsberg) :

« *Au point de vue thérapeutique*, il faudra traiter les conjonctivites folliculaires comme si elles étaient d'essence trachomateuse; mais, au point de vue *pronostic* et *statistique*, il faut en faire une maladie spéciale à part. »

II

Divisions. — Infini serait le nombre de formes du trachome, si l'on voulait décrire comme types toutes les manifestations si diverses de l'infection granuleuse; qu'il nous suffise, au point de vue thérapeutique, de diviser les cas principaux en deux grandes catégories : les *conjonctivites granuleuses aiguës inflammatoires* et celles à forme *chronique atone* ou à poussées subaiguës.

La première peut n'être que le stade prodromique de la seconde, et celle-ci peut arriver à des paroxysmes inflammatoires qui la ramènent à la forme aiguë.

Inutile de faire un tableau de cette affection trop connue; son diagnostic n'est difficile qu'avec la conjonctivite folliculaire, et cela seulement à la période où la conjonctivite granuleuse guérit très bien par les caustiques, et si ce que l'on avait pris pour une folliculite résiste pendant plusieurs mois à un traitement sérieusement appliqué, on est bien à peu près certain que l'on a affaire à une affection trachomateuse, et il faut alors la traiter comme telle.

III

Traitement. — Il serait aussi insensé de vouloir traiter chirurgicalement toutes les conjonctivites granuleuses qu'il serait rétrograde de vouloir rejeter toute intervention armée, dans les cas de *trachomes chroniques* ayant résisté à tous les traitements médicaux classiques. Quand, en 1890, j'ai publié mon premier travail sur le traitement chirurgical des granulations, traitement dont mon maître Abadie s'est fait ensuite un des plus chaleureux partisans, j'ai bien spécifié que ce mode de traitement s'adressait surtout aux formes chroniques ayant déjà résisté à de nombreuses applications de caustiques les plus divers.

Dans cette étude, je laisserai intentionnellement de côté toute cette catégorie de conjonctivites granuleuses qui guérissent par les seules cautérisations au sulfate de cuivre, au nitrate d'argent, etc.

Pour faire bien comprendre les indications thérapeutiques multiples des différentes formes de conjonctivites granuleuses, voici plusieurs faits que je viens d'observer et qui nous donnent toute la gamme des interventions médicales et chirurgicales en trachomethérapie.

Observation I. — Mme V..., dont les deux fillettes sont atteintes de conjonctivites granuleuses déjà anciennes (deux ans), a contracté depuis quatre mois la même affection. Pendant deux mois, je la soumis aux cautérisations au nitrate d'argent, puis au sulfate de cuivre. Une amélioration considérable s'était produite, mais la malade commençait à trouver le temps long. Je lui proposai une intervention chirurgicale, qui fut acceptée. Les granulations étant peu abondantes et facilement accessibles, la fente palpébrale étant large et les paupières bien souples, je jugeai la narcose inutile et n'employai que la cocaïne. Au moyen d'un scarificateur spécial, j'incisai toutes les parties granuleuses de façon à pouvoir évider complètement le contenu des granulations au moyen de la curette tranchante.

Après cela, un bon lavage au CyHg 1/2000 et ensuite, tous les jours, attouchement de toute la surface conjonctivale avec argentamine à 5 p. 100 (ce qui équivaut à une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100).

Je n'avais opéré que l'œil gauche; au bout de quatre jours, il était assez bien pour permettre à la malade de se conduire. J'opérai alors l'œil droit de la même façon. La réaction fut minime. Au bout de dix jours, les conjonctives, encore très rouges, étaient parfaitement lisses et souples, et je considérai la malade comme guérie. Ce qui ne m'empêcha pas de lui continuer les cautérisations à l'argentamine tous les jours, tous les deux, puis tous les trois jours. Elle a aujourd'hui les yeux absolument sains, et il est impossible de voir aucune cicatrice vicieuse.

Obs. II. — La fille de cette femme, âgée de dix ans, granuleuse depuis un an, avait déjà été opérée dans un hôpital d'une manière incomplète. Comme elle avait un rétrécissement considérable de la fente palpébrale en même temps qu'une infiltration diffuse du tarse et des culs-de-sac, je la chloroformai, débridai largement les paupières et pratiquai la scarification méthodique de toute la surface trachomateuse en procédant successivement par zones.

Une fois la conjonctive scarifiée, le contenu des granulations était soigneusement évidé avec la curette tranchante, puis nettoyé minutieusement avec une brosse à poils courts trempée dans la solution de CyHg à 1/500, de manière à obtenir un lavage aussi efficace et antiseptique que possible.

Cette opération est des plus délicates si l'on veut avoir conscience qu'on n'a pas laissé échapper un seul point granuleux, faute de quoi on est à peu près sûr d'une rechute. Or, pour atteindre l'extrême cul-de-sac, il est absolument nécessaire d'inciser l'angle externe et de retourner les paupières avec une pince spéciale. La caroncule doit être aussi très soigneusement débarrassée du tissu granuleux qui l'infiltre presque toujours. Ici, la pince de Knapp peut être réellement utile, de même que dans certaines formes de conjonctivites granuleuses, où l'expression est rendue facile par une mobilité, une flaccidité particulière des conjonctives. Bien avant le travail de Knapp, je pratiquais l'expression des granulations avec des pinces spéciales, mais moins bien conçues que celles de Knapp, je me fais un plaisir de le proclamer.

L'opération terminée, je fais appliquer comme pansement des compressions froides et, aussitôt que possible, j'engage le malade à ouvrir les yeux, s'il le peut, en lui recommandant de les faire mouvoir dans tous les sens et de les masser légèrement pour amener un dégonflement plus rapide des paupières.

Les lotions, les compresses et les malaxations sont continuées pendant les deux jours qui suivent. Dès que les paupières sont assez dégonflées pour pouvoir être retournées facilement, je pratique des attouchements légers à l'argentamine, d'abord à 5 p. 100, puis à 10 p. 100. J'ai absolument renoncé, depuis trois ans, aux frottements énergiques au sublimé, dont le but était de détruire après coup les germes granuleux restés dans le tissu sous-conjonctival.

Ce que je cherche à obtenir, c'est une cicatrisation aussi prompte que possible, et ce qui m'a donné dans ce but les meilleurs résultats, ce sont les attouchements à l'argentamine. Ils sont infiniment moins douloureux que ceux au nitrate d'argent et d'une efficacité plus grande à mon avis.

La cicatrisation, dans les cas peu graves, est à peu près complète en dix jours, et l'on peut très bien considérer comme guéris les cas où l'on voit que partout la conjonctive est lisse et saine avec seulement quelques minimes cicatrices; en revanche on peut voir aussi à ce moment si quelques points granuleux ont échappé à la curette et au brossage, et il est facile alors, après cocaïnisation, de scarifier les quelques granulations visibles et de les évider à la curette. Les cautérisations à l'argentamine, puis au sulfate de cuivre si c'est nécessaire, feront le reste.

Nous n'avons vu, jusqu'ici, que des cas relativement peu graves, et pourtant ils avaient résisté à un long et sérieux traitement.

Mais il est des formes plus graves de trachome invétéré avec cicatrices vicieuses, atrophie et incurvation des cartilages tarses, disparition presque complète des culs-de-sac, altérations cornéennes, entropion, etc... Eh bien! c'est dans ces formes justement que le traitement chirurgical bien

appliqué donne les meilleurs résultats, surtout si l'on a soin de n'opérer qu'après avoir tari toute sécrétion purulente.

Il va sans dire que, dans ces cas, il est de première nécessité d'agrandir la fente palpébrale et de remédier au mauvais état des voies lacrymales, à la position vicieuse des cils, etc. *(A suivre.)*

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet 1898. — Présidence de M. Berger.

### COMMUNICATIONS

**Pied bot; l'opération de Phelps.** — M. Felizet ne croit pas que le procédé de Phelps mérite la défaveur qu'on a jetée sur lui. Depuis huit ans, M. Felizet n'a jamais attaqué un pied bot par le côté externe; il a toujours incisé au côté interne, coupé hardiment tous les tissus, en épargnant, bien entendu, les vaisseaux et les nerfs, et les résultats obtenus en pratiquant une section transversale de l'astragale, ont toujours été excellents. Ainsi modifié, ce procédé ne provoque pas de désossement, remédie bien aux pieds bots paralytiques dans lesquels les os sont peu déformés et ne détermine pas de raccourcissement notable du pied.

M. Kirmisson a introduit, il y a dix ans, cette opération en France, en ajoutant au manuel opératoire une large arthrotomie. M. Felizet y apporte une nouvelle modification en faisant une ostéotomie transversale. M. Kirmisson reste partisan de la méthode qui lui a toujours fourni de bons résultats.

M. Championnière constate que, par les modifications qu'on vient de rapporter, on ne pratique plus la véritable opération de Phelps. Ces procédés n'en constituent pas moins encore des procédés défectueux et insuffisants. On peut faire mieux et plus simplement; il n'y a qu'à enlever les os déformés qui sont remplacés par du tissu osseux et du tissu fibreux solide.

Les résultats, même dans les cas de pieds bots paralytiques, sont également bons. M. Felizet ne croit pas avoir de déformation dans ces cas; c'est une erreur, elle existe manifestement. Le raccourcissement du pied après l'opération ne doit pas préoccuper; elle est peu prononcée et ne nuit pas à la marche.

M. Felizet n'a pas prétendu qu'il n'y ait pas de déformation osseuse. Quant au raccourcissement, il atteint quelquefois jusqu'à 3 centimètres et s'accompagne d'un étalement des métatarsiens.

**Traitement des suppurations pelviennes.** — M. Tuffier ne pense pas que, dans les cas de suppuration, il soit possible de poser de règles absolues. L'hystérectomie, la laparotomie et la colpotomie ont chacune leurs indications. Il est nécessaire de faire une distinction entre les différentes collections; le même traitement ne leur est pas applicable à toutes. Le diagnostic, souvent difficile avant l'opération, peut être fait pendant le cours de l'intervention, on modifie alors les manœuvres ultérieures.

Sur 66 colpotomies, M. Tuffier a constaté 21 fois des hématocèles suppurées, et 45 fois des collections péri-utérines.

Les grosses collections à parois minces, les foyers unilatéraux et les suppurations à marche aiguë sont justiciables de la colpotomie. Au contraire, celle-ci est contre-indiquée dans les collections à parois épaisses ou haut situées.

M. Tuffier attache une grande importance, pour le succès définitif, aux soins post-opératoires. Ces soins, minutieux et prolongés, font disparaître tout élément d'inoculation. Aussi, est-ce une des raisons pour lesquelles, chez les malades des hôpitaux, une opération plus radicale peut être indiquée.

Quant au manuel opératoire, M. Tuffier, après l'incision et l'ouverture de toutes les poches, draine chacune d'elles pour éviter les récidives.

M. Chaput. Les collections purulentes peuvent siéger sur les parties latérales ou sur la ligne médiane en arrière ou en avant. Font-elles saillie, il faut les attaquer par la ponction; si elles sont haut situées, on doit les traiter par l'hystérectomie ou par la laparotomie. Si l'ouverture peut être faite par le vagin, M. Chaput se sert d'une pince perforatrice qu'il manœuvre sur chaque poche. Il n'a jamais eu d'accidents et n'a eu à noter que deux récidives.

M. Monod n'a réellement préconisé la colpotomie que dans les collections récentes, et chez les jeunes femmes; il n'a jamais soutenu qu'il fallait ainsi traiter toutes les suppurations. On en a exagéré les dangers et M. Schwartz a dû tomber sur une mauvaise série. Avec MM. Routier, Le Dentu et Reynier, M. Monod pense que la colpotomie devrait être plus souvent employée.

**Adéno-lymphocèle filarienne.** — M. Schwartz a observé un enfant de treize ans originaire de la Plata. Cet enfant, à Paris depuis un an, portait dans la région inguino-crurale droite, une tuméfaction datant de quelques mois, indolente, ayant l'aspect d'une hernie crurale aplatie; la peau non enflammée adhérait à cette tumeur. M. Schwartz en fit l'ablation facilement; les suites opératoires furent simples. Dans cette adéno-lymphocèle, on trouva une filaire adulte. M. Schwartz recommande de faire avec grand soin, dans cette opération, la ligature de tous les vaisseaux lymphatiques.

**Pyonéphroses; néphrotomie précoce.** — M. Bazy pense que, dans les pyonéphroses, plus la néphrotomie est précoce, plus le succès est probable. Il cite le cas d'une malade présentant, depuis une dizaine de jours, les signes d'une suppuration du rein. Le volume de ce rein paraissait quatre fois plus considérable qu'à l'état normal; l'autre rein, déplacé, était sain. M. Bazy ayant pratiqué une incision lombaire, trouva un rein considérable, mais celui-ci sectionné, on ne retira du bassinet qu'une cuillerée à soupe d'un pus verdâtre. La guérison fut très rapide.

### PRÉSENTATION DE MALADES

**Pylorectomie.** — M. Hartmann présente un malade auquel il a pratiqué la pylorectomie.

Corps étranger. — M. Tuffier présente un verre qu'il a retiré d'un rectum.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de chirurgie entre en vacances et ne reprendra ses séances que le mercredi 5 octobre prochain.

— Par décision présidentielle, en date du 29 juillet 1898, M. le médecin principal Maget a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur sa demande, à compter du 1er novembre 1898.

Par décret en date du même jour, M. le docteur Maguet a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer, pour compter du jour de sa retraite, radiation des contrôles de l'activité.

— M. le docteur Nogués est nommé médecin inspecteur des enfants du premier âge, en remplacement de M. O. du Mesnil, décédé. MM. Chaillou et Hennocque sont nommés médecins-inspecteurs adjoints.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours pour une place de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques s'est terminé par la nomination de M. le docteur Jourdanet.

Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gerest, moniteur de clinique.

— *Hôtel-Dieu d'Orléans.* — Un concours pour deux places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire s'ouvrira le mardi 13 décembre 1898, à deux heures et demie.

L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort, une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat des hôpitaux de Paris). Deux heures sont accordées pour cette composition.

L'entrée en fonctions aura lieu le premier janvier prochain. Les internes titulaires reçoivent, outre la nourriture, le logement, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu). Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le 1er janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs.

Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription. Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

*N.-B.* — Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fr. Reymond, conseiller général de l'Isère.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des Voyages Duchemin, trois excursions permettant de visiter (tous frais compris) :

La première, *Lucerne, l'Oberland* et *Genève*, du 4 au 13 août. — Prix : 1re classe, 330 francs ; 2e classe, 295 francs.

La deuxième, le *lac de Genève* et *Chamonix*, du 12 au 19 août. — Prix : 1re classe, 275 francs ; 2e classe, 245 francs.

La troisième, la *Savoie* et le *Dauphiné*, du 18 au 26 août. — Prix : 1re classe, 305 francs ; 2e classe, 275 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de la Société des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

# Glycérophosphates

**Solution de glycérophosphate de chaux Freyssinge** — 0 gr. 50 par cuillerée à soupe;
**Glycérophosphate de chaux granulé** — 0 gr. 20 par cuillerée à café;
*(Rachitisme, Maladies des Os, Phtisie, Tuberculose)*

**Solution de Glycérophosphate de chaux iodé Freyssinge.** — ***Véritable Huile de foie de morue synthétique*** contenant par cuillerée à soupe 0 gr. 50 de glycérophosphate de chaux et 0 gr. 05 d'iode combiné.
*(Phtisie, Tuberculose, Scrofule, Sclérose, Engorgements ganglionnaires, Lymphatisme, Cachexie, Accidents tertiaires)*

**NEVROSTHÉNINE.** — Vingt gouttes contiennent 0 gr. 20 de glycérophosphate de soude, 0 gr. 10 de glycérophosphate de potasse et 0 gr. 10 de glycérophosphate de magnésie.
*(Neurasthénie sénile, Diabète, Albuminurie)*

**Polyglycérophosphate granulé Freyssinge**, contenant par cuillerée à café 0 gr. 15 de glyc. de chaux, 0 gr. 05 de glyc. de soude, 0 gr. 03 de glyc. de fer et 0 gr. 02 de glyc. de magnésie.
*(Anémie, Chlorose, Débilité générale, Convalescences difficiles, Croissances irrégulières)*

**105, rue de Rennes, Paris,** et les Pharmacies (*Prospectus en toutes langues*)

*En prescrivant les **Glycérophosphates Freyssinge**, les médecins sont assurés de donner à leurs malades un produit pur, exactement dosé et très efficace.*

# HEMONEUROL COCNET

Combinaison granulée nouvelle

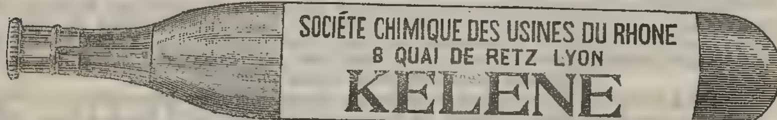
**Oxyhémoglobine, Kolanine, Glycérophosphate de Chaux**

RÉGÉNÉRATEUR ORGANIQUE, RÉPARATEUR DES GLOBULES SANGUINS
NUTRIMENT DES SUBSTANCES NERVEUSE ET OSSEUSE

Anémie, Chlorose, Neurasthénie, Lymphatisme, Tuberculoses, Maladies osseuses, Cachexies, Rachitisme, Scrofules, Albuminurie, Phosphaturie, Névralgies.

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, Paris, et toutes Pharmacies.

## ANESTHESIE LOCALE — NEVRALGIES




*« Chlorure d'Éthyle pur ». — Se vend en tubes en verre et en tubes métalliques.*

# BROMIDIA

HYPNOTIQUE ANTINEVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous.

*Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893.* Dr ORAZIO SATARIANO.

**AVIS IMPORTANT.** — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de **BROMIDIA**. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque
**BATTLE'S BROMIDIA**

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES
*ROBERTS et Co*, pharmaciens-droguistes, *5, rue de la Paix, PARIS*
Prix : 5 fr.— *Brochure et échantillons envoyés à MM. les médecins sur demande.*— Prix : 5 fr.

HÉMORRHAGIES — **DRAGÉES CARBONEL** — LYMPHATISME

*AU PERCHLORURE DE FER PUR*

ANÉMIE — Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°. Le Flacon : 4 francs. — CHLOROSE

# ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
## NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

*Nota.* — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).




(Formule du Codex N° 603)
**ALOÈS & GOMME-GUTTE**
*Le plus commode des*
PURGATIFS
*très imités et contrefaits.*
L'étiquette ci-jointe imprimée en 4 COULEURS sur des BOITES BLEUES est la Marque des véritables.
Dépôt, Phie LEROY, 2, r. Daunou.
ET TOUTES LES PHARMACIES

# TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

# AFFECTIONS de l'ESTOMAC

## QUASSINE ADRIAN

**DRAGÉES** à 25 mill. de **QUASSINE AMORPHE.**

**GRANULES** à 2 mill. de **QUASSINE CRISTALLISÉE.**

*Une Dragée ou un Granule avant chaque repas.*

# ALIMENTATION des MALADES

POUDRE DE BIFTECK ADRIAN
POUDRE DE VIANDE ADRIAN
POUDRE DE LENTILLES ADRIAN
ALIMENT COMPLET ADRIAN

*Toutes les fois que l'inanition devient menaçante l'emploi des* POUDRES DE VIANDE ADRIAN *est indiqué.*

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La communication de M. le professeur Poncet est la plus importante de cette séance académique. Nous la reproduisons *in extenso*.

Si l'on y joint une étude du M'Zab par M. Huguet, la fin du rapport de M. Hervieux sur la vaccination, une communication de M. Bouffé sur la diminution de l'activité nerveuse dans les maladies de la peau, nous aurons donné le bilan de cette séance.

Et l'on se prend à regretter, une fois de plus, que l'Académie ne s'accorde aucune vacance.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### Exercice illégal de la médecine.

Le tribunal du Havre vient de prononcer deux condamnations pour exercice illégal de la médecine, qu'il nous semble intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs. Nous reproduisons *in extenso* les considérants de ces jugements :

I

*Exercice illégal de la médecine par un pharmacien.*

Vu les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, 1er de la loi du 26 mars 1891, dont lecture a été faite par le président;

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats, et des aveux partiels du prévenu Y..., la preuve que X... et Y... ont, à plusieurs reprises, depuis moins de trois ans, commis le délit d'exercice illégal de la médecine;

Attendu qu'il est en effet constant que la veuve G... et la demoiselle D... ont été visitées par l'élève en pharmacie Y... et ont reçu de celui-ci et des mains de X..., son patron, des remèdes que les deux prévenus disaient appropriés au genre de maladie de ces deux clientes. Qu'ainsi, pendant près de deux années, en 1895 et en 1896, la veuve G... a suivi le traitement que lui avaient prescrit les prévenus;

Attendu que Y... seul, a, en 1897, fourni au sieur L..., qui s'était adressé à la pharmacie X..., après avoir lu en ville des placards que X... reconnaît avoir fait afficher, et par lesquels celui-ci annonçait posséder un remède contre les maladies vénériennes guérissant sûrement et rapidement ces affections diverses, des drogues que le prévenu affirmait être souveraines pour la maladie dont L..., sur sa demande, se disait atteint;

Attendu que vainement les prévenus font soutenir qu'en admettant même que les faits rapportés par les témoins soient exacts, ils ne constitueraient pas le délit d'exercice illégal de la médecine parce qu'ils rentrent dans la catégorie de ceux permis aux pharmaciens et parce que l'habitude, qui est une des conditions essentielles du délit, n'existerait point dans l'espèce;

Attendu que ces moyens de défense ne sauraient être admis par le tribunal;

Attendu d'abord, qu'aux termes de l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ne peuvent livrer et débiter des médicaments ou des drogues composées que d'après la prescription des docteurs ou officiers de santé;

Attendu d'ailleurs qu'il est manifeste que c'est acte réservé aux seuls médecins que de visiter des malades pour se rendre compte de la nature de leurs affections, et que ce sont bien les conditions dans lesquelles X... et Y... ont soigné la veuve G... et la demoiselle D... ; que ces dames ne sont point venues, comme semble le dire Y..., demander à la pharmacie un remède spécial et déterminé, mais après une véritable consultation ont accepté les drogues qui leur étaient prescrites;

Attendu de même, que L... ne s'est point adressé au sieur Y... pour lui demander tel ou tel remède, mais qu'attiré à la pharmacie par des affiches promettant la guérison d'une maladie pour laquelle il voulait un remède, il a expliqué le genre de maladie qu'il s'agissait de combattre, et que, sur ses indications, Y... lui a remis plusieurs drogues en lui assurant qu'elles produiraient l'effet désiré, et, qu'en cas contraire, d'autres drogues plus efficaces pourraient être obtenues gratuitement;

Attendu que de tels faits constituent bien l'exercice de la médecine;

Attendu que le fait d'avoir fourni au témoin M... un simple remède pour procurer le soulagement d'une bronchite ne paraît pas suffisamment caractérisé en dehors des renseignements précis sur la nature des sirops remis à ce témoin :

Attendu qu'en vain les prévenus soutiennent que la preuve de l'habitude des actes délictueux n'est pas rapportée contre eux, que les trois faits qui viennent d'être précisés et retenus sont bien constitutifs de l'habitude dans le sens juridique de ce mot;

Attendu d'ailleurs que les faits révélés par la veuve G... suffisent à eux seuls pour justifier la prévention puisqu'il est évident que les prévenus ont prescrit un traitement suivi à cette femme et qu'ils l'ont dirigé pendant plusieurs mois;

Attendu quant à l'application de la loi, que les deux prévenus n'ont jamais été condamnés, et que d'excellents renseignements ont été recueillis sur leur compte; qu'il y a lieu, dans ces conditions, de les faire bénéficier de la loi de sursis;

Par ces motifs :

Le tribunal déclare X... et Y... coupables d'avoir, au Havre, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine; pur suite, les condamne chacun à cent francs d'amende. Dit toutefois qu'il sera sursis pendant cinq ans à l'exécution de cette peine.

Les condamne en outre aux dépens solidairement.

II

*Exercice illégal de la médecine par une sage-femme.*

Vu les articles 4, 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892, dont lecture a été faite par le président;

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que la prévenue, sage-femme à Paris, a depuis longtemps ouvert au Havre, 21, rue de Fécamp, un cabinet de consultations où il est notoire qu'elle traite les maladies des femmes;

Attendu qu'à cet égard, la prévenue, dans des cartes imprimées destinées à être distribuées, a pris expressément soin de se recommander au public comme s'occupant spécialement de ce traitement, en négligeant même de prendre le titre de sage-femme, le seul qui lui appartienne légalement;

Attendu d'ailleurs que l'information a révélé que, depuis de nombreuses années et jusqu'au jour de la poursuite, la dame X... a, chaque semaine, en se faisant généralement payer dix francs par visite, reçu et consulté des femmes qui souffraient de maladies diverses, et principalement de tumeurs graves dans l'utérus ou ses annexes; qu'elle les a palpées, examinées au spéculum, pansées, cautérisées; qu'elle a diagnostiqué le genre de leur affection et, le plus souvent, les a conduites ensuite près d'un docteur en renom qui leur a fait une opération chirurgicale;

Attendu que, dans un certain nombre de cas, la prévenue a rédigé elle-même et signé des ordonnances et prescrit des médicaments comme un docteur-médecin aurait pu le faire;

Attendu que la prévenue, loin de méconnaître les faits qui lui sont reprochés, confirme à peu près complètement les dépositions des témoins, mais qu'elle allègue n'avoir point outrepassé son droit;

Attendu que, sans prétendre avoir dans les divers cas relevés, exercé à proprement parler sa profession de sage-femme, qui ne lui donne que le droit de pratiquer l'art des accouchements, elle soutient : *primo*, qu'elle n'a agi que comme toute personne ayant l'habitude de soigner des malades aurait pu le faire, et *secundo*, qu'elle n'a fait qu'exécuter de point en point les prescriptions du chirurgien, qui avait en elle la plus grande confiance;

Attendu que le premier moyen de défense ne peut être pris au sérieux en présence des faits précis et caractérisés établis par la prévention;

Attendu, sur le second point, que quelles que fussent les aptitudes et l'habileté de la prévenue, la confiance dont pouvait l'honorer le chirurgien chez lequel elle conduisait la plupart de ses clientes, ne pouvait lui donner le droit de faire des actes réservés aux médecins; que le diplôme seul confère à ceux qui en sont munis le droit d'exercer la médecine;

Attendu que le délit reproché à la dame X... est donc bien établi;

Attendu, quant à l'application de la peine, qu'il y a lieu de tenir compte du grand nombre de faits délictueux commis par la prévenue;

Par ces motifs, le tribunal déclare la dame Y..., née X..., coupable d'avoir, au Havre, depuis moins de trois ans, exercé illégalement la médecine, en prenant part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies on affections chirurgicales, et ce, alors qu'elle n'était pourvue d'aucun diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé et n'était point dans les conditions prévues aux articles 6, 29 et 32 de la loi du 30 novembre 1892. En conséquence, la condamne à 200 francs d'amende et aux dépens.

---

## DE LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE DANS LE PROSTATISME

### CRÉATION TEMPORAIRE OU DÉFINITIVE D'UN MÉAT HYPOGASTRIQUE RÉSULTATS DE 114 OPÉRATIONS

Par M. le professeur Antonin PONCET.

Ma première opération de cystostomie sus-pubienne, destinée à lutter contre des accidents urinaires graves, d'origine prostatique, remonte au mois d'avril 1888, et c'est en février 1889 que j'appelai l'attention de la Société de médecine de Lyon sur cette nouvelle méthode thérapeutique, dans un mémoire qui avait pour titre : « De la création d'un urèthre contre nature (cystostomie sus-pubienne) dans les rétentions d'urine d'origine prostatique. »

Depuis lors, la cystostomie est entrée dans la pratique. J'ai dû y recourir bien des fois pendant ces dix ans, et c'est en m'appuyant sur 114 opérations personnelles que je désire en apprécier aujourd'hui la valeur. L'opération, comme son nom l'indique, a pour but d'assurer le libre écoulement de l'urine par une voie contre nature, qui est la voie hypogastrique. Ses premiers temps sont à quelques variantes près les mêmes que ceux de la taille sus-pubienne. Le manuel opératoire en est donc des plus simples. Il n'en diffère vraiment, en dehors du siège, des dimensions de l'incision vésicale etc., que par une dernière manœuvre, dans l'espèce importante, qui est : la suture des lèvres de la vessie avec les bords de la paroi abdominale sectionnée. Ce dernier temps de l'opération, qui lui vaut le nom de : cystostomie, et non simplement celui de : cystotomie, a pour but, en principe, l'établissement définitif d'un urèthre contre nature.

Mais, quel que soit, à ce point de vue, le résultat obtenu, et quelle que soit la nécessité, chez certains prostatiques dont la miction normale se trouve complètement et irrémédiablement compromise, d'établir un nouvel urèthre qui doit être permanent, il n'en est pas moins vrai, ainsi que je l'ai indiqué dès le début de mes recherches, que le grand avantage de l'opération est, par l'ouverture de la vessie, de conjurer les accidents immédiats de rétention, d'infection, etc., en mettant au repos l'appareil urinaire tout entier.

La cystostomie antérieure ou simple taille hypogastrique, remplit donc les premières indications thérapeutiques, qui sont de conjurer les complications urinaires, mettant, à plus ou moins brève échéance, la vie des malades en danger. La suture des bords de la plaie vésicale avec ceux de la paroi abdominale doit être pratiquée cependant, toutes les fois que cela est possible, et cela, non seulement parce que, ignorant le plus souvent ce qu'il en adviendra définitivement de la fonction naturelle, il est bon de rechercher

un méat hypogastrique permanent, mais aussi, parce que cette suture rend plus facile et plus complète l'évacuation de l'urine. Elle s'oppose, en effet, à la rétraction toujours grande de la plaie vésicale, elle maintient le parallélisme des bords de l'entonnoir vésico-abdominal, elle s'oppose ainsi à la rétention, à l'infiltration d'urine, complication qui, avec la blessure redoutée du cul-de-sac péritonéal, avait fait abandonner, pendant si longtemps, la taille sus-pubienne.

Il est telle circonstance cependant, où cette suture, par suite de conditions anatomo-pathologiques individuelles : grande épaisseur de la paroi abdominale (nous l'avons vu, chez des cystostomisés obèses, de 8 à 12 centimètres), friabilité, rétraction profonde de la vessie, etc., est particulièrement difficile, parfois même impossible. L'opération, qui n'est autre alors que la taille hypogastrique, comme pour un calcul, avec quelques différences ainsi que je l'ai dit, dans le siège et les dimensions de l'ouverture vésicale, n'en est pas moins des plus utiles, quel que soit l'avenir du nouveau canal. Cystostomie, cystotomie sus-pubiennes sont deux opérations à peu près de même valeur thérapeutique. Cette dernière est, cependant, une sorte de pis-aller. Elle remplit moins bien que la cystostomie quelques indicatons immédiates et définitives.

Mais telle quelle, elle peut rendre, comme on le voit journellement, les plus grands services. A la cystotomie, en effet, appartiennent, plus volontiers, les méats hypogastriques temporaires (Desnos), à la cystostomie les méats permanents. Il ne faut pas perdre de vue, toutefois, ainsi que deux de mes élèves l'on démontré dans leurs remarquables thèses, MM. Lagoutte (1) et X. Delore (2), que la grande cause, je dirais volontiers, l'unique, d'un méat sus-pubien définitif, est dans l'obstacle prostatique incurable, qui empêche définitivement le retour de la fonction normale et qui maintient ainsi la perméabilité de l'urèthre sous-ombilical. Malgré les meilleures conditions anatomiques d'un urèthre contre nature, tapissé dans toute sa longueur (3 à 6 centimètres) par la muqueuse vésicale, il n'en persistera pas moins, sans cette muqueuse, un canal cicatriciel permettant l'évacuation de la vessie. J'ai vu, maintes fois, un conduit de ce genre donner une survie de plusieurs années à de vieux prostatiques; car, bien souvent, quoique les lèvres de la plaie vésicale aient été fixées avec soin à l'orifice cutané, la réunion de la muqueuse à la peau, par suite de l'infection vésicale, ne se fait pas par première intention, et le nouveau méat, sur une profondeur plus ou moins grande, n'est constitué que par un canal cutanéo-aponévrotique.

La cystostomie ou la cystotomie, suivant les cas, ne sont donc que deux procédés d'une même méthode que je préconise depuis dix ans contre les accidents urinaires graves, qui ne pouvaient être conjurés par les moyens jusqu'alors employés de traitement : cathétérismes répétés, sonde à demeure, ponctions de la vessie, etc. Depuis lors, mon opinion n'a pas varié, et j'ai montré que les indications d'agir étaient nombreuses, que non seulement cette opération devait être considérée comme une suprême ressource, mais que, à la manière de beaucoup d'interventions, le pronostic

(1) Lagoutte. *Des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne*, Th. de Lyon, 1894.

(2) Delore. *De la fonction du nouvel urèthre* (*urèthre hypogastrique*) *chez les prostatiques anciennement cystostomisés*, Th. de Lyon, 1897.

en était subordonné à la gravité des lésions existantes, à l'état général du malade et non à l'opération.

L'ouverture méthodique de la vessie sur sa paroi antérieure a, disons-nous, des indications fréquentes. Elles ont été acceptées, pour la plupart, dans la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1894, et à laquelle prirent part MM. Segond, Lucas-Championnière, Lejars, Bazy, Tuffier, Nélaton, etc.

L'opération est indiquée, chez les prostatiques, que nous avions divisés déjà en deux grandes classes (1) :

1° Les prostatiques indemnes de tout empoisonnement urineux et chez lesquels les urines, parfois, ne présentent pas d'altération pathologique. Il s'agit de prostatiques mécaniques, c'est-à-dire de sujets chez lesquels il existe un obstacle plus ou moins insurmontable à la miction. Chez eux les troubles fonctionnels dominent la scène et les malades doivent être considérés comme non infectés.

2° Les prostatiques offrant des signes d'urinémie, de septicémie urinaire. Les troubles fonctionnels passent alors fréquemment au second plan. Le danger réside dans l'aggravation d'accidents généraux déjà existants.

Pour la première catégorie de sujets, chez les prostatiques mécaniques, la cystostomie doit être pratiquée : lorsque le cathétérisme est impossible ; lorsqu'il est particulièrement difficile, douloureux, uréthrorragique, thermogène, mal supporté, redouté par le malade, toutes conditions qui le rendent dangereux ; lorsqu'il existe des fausses routes ; dans le cas également d'hémorragies vésicrles ayant résisté à d'autres traitements, dans le cas d'hématocèle vésical, de caillots sanguins volumineux faisant, malgré la sonde, obstacle à la miction, etc. Nous rejetons l'emploi de la sonde à demeure et les ponctions avec les aiguilles capillaires, les trocarts. Lorsque ces moyens de traitement paraissent indiqués, il faut leur substituer la création d'un méat hypogastique, opération méthodique, bien réglée et innocente.

La cystostomie est tout aussi indiquée : chez les prostatiques empoisonnés, c'est-à-dire chez ceux atteints d'urinémie, d'infection urinaire : forme aiguë, forme chronique grave avec ses diverses modalités. Dans les cystites infectieuses aiguës, dans les cystites chroniques, rebelles, douloureuses, ayant résisté au traitement cathétérien, aux lavages de la vessie, etc., la cystostomie trouve ses indications. Elle sera parfois le seul moyen chez les urinaires dont l'état général trahit l'infection, et cela, malgré la facilité avec laquelle la sonde arrive dans la vessie, de triompher d'un empoisonnement urineux, dont le pronostic, quelle qu'en soit la forme, reste toujours des plus réservés.

A ce propos, je citerai, entre autres observations, celle d'un vieillard que j'ai opéré l'année dernière, en pleine septicémie urinaire aiguë (2).

Ce prostatique, âgé de quatre-vingt-sept ans, soigné depuis quelques semaines par la sonde, fut pris de rétention complète d'urine. Lorsque je vis le malade, il existait une fausse route uréthrale, le cathétérisme était impossible, et on constatait tous les signes d'un empoisonnement urinaire à marche rapide : température 40 degrés, délire con-

(1) A. Poncet. Indications de la cystostomie sus-pubienne (création d'un urèthre contre nature temporaire ou permanent), chez les prostatiques atteints d'accidents urinaires graves, *Gaz. hebd.*, juin 1894.

(2) X. Delore. De la cystostomie sus-pubienne d'urgence chez les prostatiques, *Gaz. des hôpit.*, 21 sept. 1897.

tinu, langue sèche, rôtie, etc. Je pratiquai immédiatement la cystostomie. Rapidement les phénomènes infectieux disparurent, si bien que, trois semaines après l'opération, le malade reprenait progressivement sa vie habituelle. Deux mois plus tard, la miction se rétablissait définitivement par la voie naturelle. L'obstacle prostatique n'étant que temporaire, il en avait été de même du méat sous-ombilical. Cet opéré continue de se très bien porter.

Pour plus de simplicité, j'ai établi deux grandes classes de malades, mais cette classification est un peu artificielle et, en clinique, les distinctions sont loin d'être aussi nettes, raison de plus pour recourir à l'opération chez les urinaires mécaniques et infectés.

Le pronostic de l'intervention est naturellement tout différent, pour les prostatiques mécaniques, pour ceux qui n'ont que des troubles fonctionnels uréthro-vésicaux, sans lésions, sans altération notable de l'appareil urinaire supérieur. La guérison doit être alors considérée comme la règle (je compte 37 guérisons sur 39 cas, 2 morts d'intoxication urinémique se rattachant à des lésions rénales, non manifestes au moment de l'opération), et pour me servir d'une comparaison visant une opération acceptée par tous, la kélotomie, je puis assurer que la cystostomie n'est pas plus grave qu'une kélotomie inguinale ou crurale par exemple, lorsque l'intestin peut être considéré comme sain.

Existe-t-il, au contraire, des signes d'urinémie, de septicémie urinaire qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une pyélo-néphrite ascendante, le pronostic de l'opération est différent. Il est, on le comprend, subordonné à la gravité de l'état général, au degré de l'empoisonnement urineux, et l'on trouve alors une mortalité relativement élevée et qui s'est toujours expliquée, à l'autopsie, par des altérations des reins.

C'est ainsi que nous comptons :

1° 16 morts dans l'empoisonnement urinaire à marche aiguë sur 29 opérés;

2° 13 morts dans l'empoisonnement urinaire chronique sur 46 opérés.

Nous avons donc le tableau suivant :

39 prostatiques mécaniques, sans phénomènes urinémiques, sans infections appréciables :

| | |
|---|---|
| Guéris. . . . . . . . . . . . . . . . | 37 |
| Morts . . . . . . . . . . . . . . . . | 2 |

75 prostatiques infectés avec lésions rénales graves, constatées à l'autopsie lorsqu'elle a été possible :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empoisonnement urinémique aigu. . . . . . . . . | 29 | Guéris. . | 17 |
| | | Morts. . | 12 |
| Empoisonnement urinémique chronique. . . . . . . | 46 | Guéris. . | 33 |
| | | Morts. . | 13 |

Aussi sommes-nous partisans de l'intervention précoce qui peut seule, en faisant disparaître la rétention et les phénomènes congestifs concomitants, en modifiant puissamment le terrain local, au point de vue de son infection, triompher d'accidents qui suivent une marche à peu près fatale.

Pour la taille vésicale, la lésion, il ne faut pas l'oublier, et non l'acte chirurgical, fait le pronostic. Encore une fois, c'est l'état des reins que l'on doit rendre responsable, après l'opération, au même titre que l'état de l'intestin dans la hernie étranglée. Je n'ai pas eu à me repentir d'avoir cystostomisé trop tôt des prostatiques, mais bien souvent j'ai regretté de n'avoir pu intervenir qu'un temps relativement long après le début des accidents. Même dans ces cas particulièrement graves, l'ouverture de la vessie peut sauver des urinaires. J'ai vu plusieurs fois des prostatiques, dont la situation était désespérée, revenir à la vie, alors que les autres moyens étaient impuissants, dangereux. . . . .

Opération d'urgence, de nécessité, la taille constitue, à l'heure actuelle, une puissante méthode de traitement des complications urinaires. Elle a des indications propres, et d'autres, au même titre que l'anus artificiel, que la cholécystostomie dans les infections des voies biliaires (Terrier), etc... . . . . . . . . . . . . . . .

Dans les lésions incurables, qu'il s'agisse d'une hypertrophie simple de la prostate, rendant la miction impossible définitivement, que l'on ait affaire à un cancer de cet organe, à une tumeur inenlevable de la vessie, provoquant des troubles urinaires graves, des hémorragies abondantes, rebelles, des douleurs vives, continues, etc., la cystostomie, qui assure mieux un méat permanent, reprend tous ses droits sur la cystotomie.

J'ai envisagé les résultats immédiats ou post-opératoires, il me reste à montrer les résultats éloignés, c'est-à-dire la fonction du nouvel urèthre chez les anciens cystostomisés. La permanence du méat artificiel reconnaît pour cause chez eux, je l'ai déjà signalé, l'incurabilité de l'obstacle prostatique, se traduisant par la suppression complète de la fonction normale. Cette cause de persistance de l'urèthre suspubien a été bien mise en lumière par les recherches également citées de Lagoutte et de Delore qui ont nettement établi que le méat hypogastrique n'est jamais que temporaire, lorsque la miction se rétablit par la voie naturelle. Voici, du reste, les conclusions formulées par Delore dans son importante thèse (Lyon, 1897, *loc. cit.*) : « Chez 34 cystostomisés observés depuis plus de six mois, et dont l'un date de sept ans et demi, il existe un méat hypogastrique, et, au point de vue anatomique, un véritable urèthre contre nature, au moins dans la majorité des faits. Ce canal possède un trajet et deux orifices, l'un vésical, l'autre cutané. Il est entouré par un anneau fibro-élastique, souvent fort épais et tapissé d'une muqueuse partout continue. Sa longueur moyenne est de 3 à 4 centimètres, et nous l'avons vu atteindre le chiffre de 4 à 6. Sa direction est ordinairement oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Au point de vue fonctionnel, les cystostomisés, ayant gardé leur nouveau méat perméable, ont :

| | |
|---|---|
| Continence . . . . . . . . . . . . | 14 |
| Continence partielle . . . . . . . | 7 |
| Incontinence . . . . . . . . . . . | 13 |

La fonction n'est pas dépendante, en règle générale, de telle disposition spéciale, mais plutôt, de l'ensemble des dispositions anatomiques nouvelles. Parmi ces dispositions, nous rangerons, par ordre d'importance, la longueur de l'urèthre contre nature, son calibre, la présence d'un anneau fibreux péri-canaliculaire, surtout au pourtour du nouveau méat, la résistance des muscles droits, la présence de valvules dans l'intérieur du canal. Toutes concourent, à des degrés divers, à l'amélioration de la continence.

L'âge moyen de nos malades était de soixante-douze ans. Plusieurs, qui ont déjà une survie de quelques années, avaient été opérés *in extremis.*

Ajoutons que, chez les incontinents, le port d'un urinal de Collin ou de Souel atténue suffisamment les inconvénients de cette infirmité, pour leur permettre de reprendre leur vie sociale habituelle.

Ces observations ont été empruntées, la plupart, à la pratique de M. Poncet et à celles d'autres chirurgiens lyonnais, MM. Pollosson, Jaboulay, Vincent, Villard, Rollet, Curtillet, Orcel, Bérard, Duchamp ; l'une d'elles, et l'une des plus intéressantes, nous a été fournie par M. Hartmann. »

Je citerai, en terminant, trois observations, résumées, d'anciens cystostomisés, également rapportées par Delore dans sa thèse, et qui sont on ne peut plus démonstratives, au point de vue de la survie et du bon fonctionnement du méat sus-pubien.

Dans la première de ces observations, la cystostomie remontait à plus de trois ans. Durant cette période, l'opéré gardait ses urines pendant trois à quatre heures. L'urination se faisait, chaque fois, par le méat hypogastrique, aucune goutte ne s'échappait par la verge. Dans l'intervalle des mictions, il n'y avait pas d'incontinence, si petite fût-elle. Le jet était fort, projeté à un mètre environ ; les vêtements n'étaient jamais souillés. Un état général excellent permettait les travaux les plus pénibles. Cet homme, ainsi que l'a montré l'autopsie, est mort d'une tuberculose vertébrale et pulmonaire. Son appareil urinaire était sain, mais la prostate présentait un volume énorme, elle avait celui d'une grosse orange. Cette constatation faisait comprendre, jusqu'à l'évidence, que cette hypertrophie était la seule et la vraie cause de la permanence nécessaire de l'urèthre hypogastrique.

Je rapporterai également l'observation de M. Diday qui, opéré à l'âge de quatre-vingts ans, eut une survie de deux ans et qui succomba à une affection néoplasique de la plèvre, sans aucun rapport avec ses voies urinaires. Ce maître regretté, excellent juge en cystostomie, a raconté lui-même les bienfaits de l'opération, la façon dont il vidait facilement sa vessie, toutes les fois qu'il en éprouvait le besoin, etc.

Voici encore l'histoire d'un malade cystostomisé dans les plus mauvaises conditions, à l'âge de soixante-dix-huit ans, en avril 1894. Depuis la veille, l'état de ce vieillard, soigné par le docteur Rondet (de Neuville), avait rapidement empiré. Le malade était dans le coma, la température rectale s'élevait à 40°6. La mort paraissait d'autant plus imminente, que l'on ne pouvait, avec la sonde, arriver dans la vessie. Aujourd'hui, c'est-à-dire quatre ans et demi après la cystostomie, cet homme garde ses urines trois à quatre heures pendant le jour et plus longtemps pendant la nuit. Il satisfait à l'émission urinaire par des mictions uniquement hypogastriques. Son état général est parfait. Il n'accuse aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle.

Je rappellerai enfin, comme dernier exemple, non moins probant que les précédents, l'observation d'un cystostomisé de M. Rollet, qui exerce actuellement, six ans après l'opération, le métier pénible de forgeron. Cet homme robuste, très bien portant, peut garder ses urines facilement pendant trois à cinq heures. Le jet est projeté à une distance de 30 à 40 centimètres par la voie hypogastrique. La miction ne s'est pas rétablie par la verge, car la prostate, restée énorme, fibreuse, bosselée, continue de former un obstacle insurmontable.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 août 1898. — Présidence de M. Panas.

### RAPPORT

**Vaccination.** — M. HERVIEUX termine la lecture de son rapport.

### COMMUNICATIONS

**De la cystostomie sus-pubienne dans le prostatisme.** — M. PONCET fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 814.)

**Anthropologie et pathologie des M'Zabites.** — M. HUGUET soumet à l'Académie les études qu'il a pu faire dans le M'Zab, au cours d'une mission.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 juillet 1898, ont été nommés :

Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux : M. Lefour, agrégé des facultés de médecine.

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille : M. Charmeil, agrégé près ladite Faculté.

Professeur de bactériologie et de thérapeutique expérimentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille : M. le docteur Calmettes, chargé d'un cours de bactériologie et de thérapeutique expérimentale à ladite Faculté.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 juillet 1898, ont été nommés :

*Officiers de l'Instruction publique.* — MM. Astre, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Montpellier; Baumel, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Bernard, professeur à l'école de médecine d'Amiens; Bourlier, professeur à l'école de médecine d'Alger; Brunon, directeur de l'école de médecine de Rouen; Deniges, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Florence, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Frébault, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; Gautier, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Leduc, professeur à l'école de médecine de Nantes; Lemoine, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Mareau, professeur à l'école de médecine d'Angers; de Nabias, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux; Parisot, agrégé libre, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy; Peyrusson, professeur à l'école de médecine de Limoges; Planteau, professeur à l'école de médecine d'Alger; Pousson, agrégé libre chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Thiéry, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Dorveaux, bibliothécaire de l'école supérieure de pharmacie de Paris ; Raymond, médecin-inspecteur des écoles.

*Officiers d'Académie.* — MM. Auché, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux; Bardier, chargé de cours à l'école de médecine de Clermont; Barral, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon; Brault, professeur à l'école de médecine d'Alger; Cannieu et Cassaët, agrégés près la Faculté de médecine de Bordeaux; Cochez, professeur à l'école de médecine d'Alger; Delezenne, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Deroide, agrégé près la Faculté de médecine de Lille; Douillet, professeur à l'école de médecine de Grenoble; Fiquet, chef de travaux à la Faculté de médecine de Paris; Fleury, professeur à l'école de médecine de Rennes ; Fonzes-Diacon, chef de travaux à l'école supérieure de pharmacie de Montpellier; Froelich, agrégé près la Faculté de médecine de

Nancy; Heitz, professeur à l'École de médecine de Besançon; Julien, préparateur à l'École de médecine d'Alger; Labbé, suppléant à l'École de médecine d'Alger; Moore, chargé d'un cours libre à l'École de médecine de Poitiers; Noury, professeur à l'École de médecine de Caen; Rochet et Rollet, agrégés près la Faculté de médecine de Lyon; Rouxeau, professeur à l'École de médecine de Nantes; Schull, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy; Thierry, professeur à l'École de médecine de Tours; Thouvenet, professeur à l'École de médecine de Limoges;

Byasson, médecin du lycée de Guéret; Tussau, médecin du lycée de Mâcon; Nargaud, médecin de l'École normale d'instituteurs de Besançon;

Boucher, gardien-chef à la Faculté de médecine de Paris; Imauville et Prévost, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

— *Hospice d'Albi.* — Une médaille d'argent est décernée à Mme Mathié (Marie-Joseph), sœur Cécile, religieuse de la congrégation de Saint-Vincent-de-Paul : 24 ans de services dans les salles militaires; a fait preuve du plus complet dévouement pendant de multiples épidémies; s'est particulièrement distinguée en soignant les typhoïdiques évacués de Castres, en novembre et décembre 1897.

— *Hôpital militaire Desgenettes.* — Une médaille d'argent est décernée à Mme Madinier (Blanche), sœur Thérèse, religieuse de la congrégation de Saint-Vincent-de-Paul : attachée depuis novembre 1896 au service spécial des contagieux, n'a cessé de déployer un dévouement de tous les instants; vient d'être atteinte elle-même par une fièvre scarlatine grave contractée au chevet des malades.

Une médaille de bronze est décernée à M. Petitmaire (Paul), caporal à la 25e section d'infirmiers militaires : infirmier-major à la division spéciale des contagieux, a contracté une diphtérie grave en soignant avec dévouement ses camarades.

— *Hospice d'Embrun.* — Une médaille de bronze est décernée à M. Madelon (Antoine-Marie), soldat au 14e bataillon de chasseurs à pied : infirmier auxiliaire dans les salles militaires, de décembre 1897 à mai 1898, a prodigué ses soins dévoués et intelligents aux malades gravement atteints par la fièvre scarlatine.

— *Hospice de Toul.* — Une médaille de bronze est décernée à M. Parrod (Émile-Eugène), soldat au 146e régiment d'infanterie territoriale : employé comme infirmier auxiliaire dans les salles militaires de l'hospice mixte, de septembre à novembre 1897, et de janvier à mars 1898, s'est acquitté de sa tâche avec un zèle et un dévouement exemplaires.

— *Hôpital militaire de Vincennes.* — Une médaille de bronze est décernée à M. Lecestre (Lucien), soldat à la 3e section d'infirmiers militaires : employé pendant l'hiver 1897-1898, dans le service des contagieux, a montré un dévouement qui ne s'est jamais ralenti.

— *Université de Lille.* — Le prix de la Société des Amis de l'Université est décerné à M. Charles Dubois, interne des hôpitaux.

Le prix Parise (chirurgie) est décerné à M. L. Julien, interne des hôpitaux.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Les concours pour les prix de fin d'année se sont terminés par les nominations suivantes :

Première année : Prix, M. Légillon; mention honorable, M. Spinewin. — Deuxième année : prix, M. Lesnes. — Troisième année : prix, M. Maes; mention honorable, M. Lequint. — Quatrième année : prix, M. Drucbert.

M. Bourneville, externe des hôpitaux, est nommé aide-préparateur du laboratoire des cliniques.

— M. le docteur Maget, médecin principal de la réserve de l'armée de mer, est affecté en cette qualité au port de Toulon.

— MM. les médecins de première classe Carmouze, du 3e régiment d'infanterie de marine à Rochefort, et Fortoul, du 8e régiment d'infanterie de marine à Toulon, sont appelés à servir aux troupes de l'Indo-Chine, le premier en remplacement de M. le docteur Caire, des tirailleurs annamites, rentré en France pour cause de santé; le second aux lieu et place de M. le docteur Gastinel, des tirailleurs tonkinois.

MM. les docteurs Gastinel et Caire seront affectés respectivement au 8e et au 3e régiment d'infanterie de marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le classement des stagiaires, pour l'année scolaire 1898-1899 (du 1er décembre 1898 au 15 juin 1899), aura lieu les 3, 4 et 5 novembre 1898, de neuf heures à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1899.

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1898-1899, et qui auront pris l'inscription de juillet 1898 à la Faculté de médecine de Paris; savoir : huitième ou douzième (régime de 1878), quatrième, huitième ou douzième (régime de 1893).

MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1898 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou École des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre), sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 13 octobre 1898.

Pendant la troisième année de stage, les élèves du nouveau régime d'études seront attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires (art. 1er, § 4, du décret du 20 novembre 1893).

Ces dispositions seront mises en vigueur à partir de l'année scolaire 1898-1899.

Les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1898 sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1898.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire (faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

— M. le docteur Martin (A.-J.), inspecteur général de l'assainissement de la ville de Paris, vient d'être élu membre correspondant de l'Académie de médecine de Bruxelles.

— M. le docteur Maygrier, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Budin, commencera, à la clinique Tarnier, 89, rue d'Assas, ses leçons cliniques le mardi 9 août, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure, pendant la durée des vacances. — Visite tous les jours à neuf heures.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 89. — SAMEDI 6 AOUT 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 6 AOUT 1898. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### La tuberculose rénale.

Par le docteur M. SAVARIAUD, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

I

**Historique.** — La tuberculose rénale est de connaissance moderne, mais on peut dire que, grâce aux nombreuses recherches qu'elle a provoquées de la part des médecins et des chirurgiens, elle constitue une des affections les mieux étudiées. Son histoire clinique a été particulièrement bien élucidée par Dufour, Le Dentu, Tapret, Lancereaux, Brissaud, Terrillon, Guyon et Tuffier. Les modes de contamination du rein ont été exposés dans les thèses de Durand-Fardel, Cayla, Du Pasquier, Laroche. La thérapeutique a été discutée au point de vue de ses indications et de ses résultats par Vigneron, Tuffier, Albarran, Israël.

Dans l'histoire de la tuberculose rénale, il est une question capitale que les auteurs se sont efforcés de résoudre, parce que, de la réponse dépend l'abstention ou l'intervention chirurgicale. Cette question est la suivante : Y a-t-il une tuberculose primitive du rein, maladie locale, indépendante et curable par l'extirpation du foyer, ou bien la tuberculose rénale n'est-elle qu'un épisode au cours d'une granulie ou d'une tuberculose génito-urinaire? On comprend tout l'intérêt qui s'attache à la question. Pour la résoudre, les auteurs se sont adressés à l'expérimentation, à l'anatomie pathologique, à la clinique et aux résultats opératoires. L'exposé qui va suivre nous prouvera que la tuberculose primitive existe bien, mais qu'il est difficile de dire quelle est sa fréquence.

II

**Tuberculose expérimentale.** — TUBERCULOSE SANGUINE. — TUBERCULOSE ASCENDANTE. — *A priori* deux voies de pénétration dans le rein sont ouvertes au bacille : la voie sanguine ou artérielle, la voie urinaire ou urétérale. Il est vrai que le rein peut encore être inoculé directement par un abcès vertébral, par exemple, mais le fait est exceptionnel, et en pratique on se trouve presque toujours en présence de l'un ou de l'autre de ces deux mécanismes. Depuis longtemps, les expérimentateurs ont essayé de réaliser ces deux modes d'inoculations, avec des fortunes diverses. Pendant longtemps on crut que la tuberculose rénale était toujours d'origine urétérale, et de fait, tandis que Albarran réussissait à reproduire la tuberculose du rein en inoculant l'uretère préalablement lié, Hallé, Vigneron, Du Pasquier échouaient dans leurs tentatives d'inoculation du rein par la voie sanguine. Cependant, les constatations histologiques de Cornil et Ranvier trouvant des tubercules le long des artères radiées, de Durand-Fardel montrant des bacilles dans le glomérule et autour des tubes urinifères, indiquaient bien la réalité de ce mode d'infection. Récemment, Borrel a pu obtenir par l'inoculation de bacilles dans l'aorte une véritable granulie rénale, mais il a échoué en injectant ses cultures dans le système veineux. C'est que le rein, lorsqu'il est sain, offre un terrain de culture peu favorable au bacille, qui s'arrête plus volontiers dans le réseau capillaire du poumon. Mais si le rein est irrité, il devient un lieu de culture favorable, et tout dernièrement, Laroche a pu obtenir de la tuberculose expérimentale à la suite d'injections *veineuses*, à condition de traumatiser préalablement le rein par l'ingestion d'oxamide, qui développe la lithiase chez les animaux en expérience.

Ainsi l'expérimentation vérifie ce que faisait supposer la clinique, à savoir l'existence de deux voies de pénétration du bacille, la voie sanguine et la voie urinaire. A ces deux modes d'infection répondent deux formes anatomiques différentes : la tuberculose primitive du rein et la tuberculose secondaire.

**Anatomie pathol**[illegible]
essentiellement, s[illegible]
sanguine ou à la tu[illegible]

Dans la premièr[illegible]
diées se localise d[illegible]
produit des granu[illegible]
gneront, soit la ca[illegible]
le bassinet, puis l'[illegible]
*médical ou descendan*[illegible]

Dans le second [illegible]
ou les vésicules, [illegible]
l'uretère, le bassin[illegible]

à une pyonéphrose tuberculeuse (*type secondaire chirurgical ou ascendant*).

Ces deux types sont donc très tranchés au début, et il sera toujours possible de reconnaître le mécanisme de l'infection, d'après l'aspect des pièces anatomiques. Si les lésions les plus récentes sont au niveau de la vessie et de la prostate, c'est qu'il s'agit de tuberculose descendante; si les lésions primitives sont situées au niveau de ces organes, on diagnostiquera une tuberculose ascendante.

La tuberculose sanguine peut se traduire par plusieurs aspects très différents : la tuberculose miliaire, l'infiltration tuberculeuse ou rein caséeux et la pyélonéphrite tuberculeuse. La tuberculose ascendante, au contraire, se présente toujours sous ce dernier aspect.

Les *granulations miliaires* coexistent presque toujours avec des lésions de même nature des autres organes, surtout du poumon; aussi, les deux reins sont-ils généralement pris. Mais à côté de cette forme généralisée, il existe des tuberculoses miliaires localisées aux reins et même à un seul rein, et la meilleure preuve en est dans les néphrectomies faites pour tuberculose miliaire, et qui ont été suivies d'une guérison complète et durable.

Les granulations sont grises, demi-transparentes, plus ou moins nombreuses au milieu d'un parenchyme qui paraît peu altéré. Albarran a insisté sur la difficulté qu'éprouve l'opérateur à les reconnaître sur un rein qui est encore en place. Elles siègent surtout dans la substance corticale et le long des artères radiées (Cornil et Ranvier), ce qui montre bien leur origine sanguine.

Lorsque les granulations sont confluentes, elles déterminent la nécrose d'un territoire et la formation de noyaux caséeux. C'est la forme *nodulaire ou caséeuse*. Le rein peut être farci de tubercules, à l'aspect de marron cru. Malgré cette dégénérescence qui peut être totale, l'uretère reste ordinairement intact. Les foyers caséeux peuvent suivre deux évolutions différentes : la calcification, qui est un mode de guérison; ou le ramollissement, qui aboutit à l'abcès froid. Ce dernier peut rester longtemps enkysté ou s'ouvrir. Cette ouverture se fera, soit à la surface du rein et donnera lieu à un phlegmon périnéphrétique tuberculeux, soit dans le bassinet et constituera une *caverne tuberculeuse*, qui se videra dans l'uretère sous forme de vomique. A cette période, le rein est transformé en une *pyonéphrose tuberculeuse*, qui pourrait être confondue avec la pyélonéphrite simple, mais qui s'en distinguera toujours par la présence de tubercules dans l'épaisseur de la poche purulente.

La tuberculose ascendante se traduit toujours par une pyélonéphrite tuberculeuse en continuité avec une urétérite de [illegible] nature. Suivant que le calibre de l'uretère est rétréci [illegible] cette pyélonéphrite s'accompagnera ou non de [illegible] dans cette forme, l'uretère est toujours envahi [illegible] Sur la paroi du bassinet et sur les papilles du [illegible] des granulations et des ulcérations tubercu[illegible] les granulations suivent les faisceaux des [illegible] ont des stries jaunâtres suivant l'axe des [illegible] corticale est la dernière envahie, et [illegible] n'est qu'exceptionnellement atteinte

[illegible] te s'accompagne de rétention, le [illegible] distendu, aplati, forme une partie [illegible] ne sera toujours facile à recon[illegible] e; parce que ses parois formées par le bassinet et les calices sont lisses par rapport aux parois des cavernes, et parce que le rein est relativement sain, tandis qu'il est presque totalement détruit dans la forme caverneuse.

A ces trois formes principales de la maladie, forme miliaire, forme caséeuse ou caverneuse, pyélonéphrite tuberculeuse, Tuffier en ajoute deux autres plus rares, et qui, d'après cet auteur, coexisteraient toujours avec l'oblitération de l'uretère. Ce sont : 1° la *dégénérescence massive* du rein, dans laquelle les produits caséeux ne pouvant se vider dans l'uretère, le rein est transformé en une poche à parois minces, remplie d'une bouillie ressemblant au contenu d'un kyste dermoïde ou à du mastic de vitrier ; 2° l'*hydronéphrose tuberculeuse*, par oblitération de l'uretère. Le liquide de cette hydronéphrose est clair, pauvre en bacilles, mais donne un résultat positif lorsqu'on l'inocule aux animaux. D'ailleurs, ces formes peuvent se combiner entre elles, ou se succéder au cours de la maladie.

Histologie et bactériologie. — Au microscope les masses caséeuses sont constituées par des débris informes ne prenant pas la coloration. C'est dans leur intérieur qu'on voit çà et là quelques *cellules géantes*. Celles-ci sont d'ailleurs rares, surtout lorsque la maladie est avancée. Elles manquent souvent de leur zone épithélioïde externe. Le *bacille* ne se trouve qu'au centre des masses caséeuses. Il est plus rare encore que la cellule géante. Dans l'intervalle des noyaux caséeux, le rein congestionné ou anémié est le siège d'une *néphrite diffuse* caractérisée au début par la tuméfaction trouble de l'épithélium, par de l'infiltration embryonnaire autour des tubes, plus tard par de la sclérose et la disparition totale des éléments propres du rein.

Enveloppes du rein. Adhérences. — La *capsule propre* du rein est fortement épaissie, facile cependant à décoller du parenchyme rénal, confondue, au contraire, avec l'atmosphère *cellulo-adipeuse* de l'organe. Cette dernière a subi la transformation *fibro-lipomateuse*, elle est très épaissie, lardacée, adhérant intimement aux organes voisins, veine cave, duodénum, côlon. Il résulte de ces faits : 1° que la tumeur rénale est en partie constituée par la capsule dégénérée du rein; 2° que l'extirpation sous-capsulaire du rein est plus facile et moins dangereuse que l'ablation du rein et de sa capsule, lorsque celle-ci a contracté des adhérences serrées. Enfin, la tuberculose peut envahir cette atmosphère graisseuse et se traduire par des noyaux caséeux, des fongosités ou un *abcès froid périnéphrétique* (Tuffier).

Les *ganglions* du hile du rein peuvent former des masses marronnées, adhérentes aux organes voisins.

Lésions des autres organes. — L'état de l'*uretère* varie suivant que la tuberculose est primitive ou secondaire. Il est sain dans la tuberculose miliaire. Dans la forme caséeuse, après être resté intact pendant longtemps, il finit par s'inoculer de haut en bas après l'ouverture des cavernes dans le bassinet. Dans la tuberculose secondaire, il est envahi de bonne heure par son extrémité vésicale, et les lésions remontent le long de lui de bas en haut. Son volume est augmenté, mais il est moins souvent dilaté qu'on ne l'a dit; il peut être plus ou moins oblitéré par un tubercule volumineux. Plus souvent il présente une série de rétrécissements et de dilatations. Il adhère aux organes voisins :

vaisseaux utéro-ovariens, S. iliaque, iléon, péritoine. Il est entouré, comme le rein, d'une gangue fibro-lipomateuse, qui se prolonge jusqu'à la fosse iliaque et la vessie.

L'état de la *vessie* varie également suivant que la tuberculose est primitive ou secondaire. Au début, les lésions sont limitées à la muqueuse, et à un côté du bas-fond de la vessie, tout autour de l'orifice d'un uretère. Plus tard, elles tendent à se généraliser, creusent des ulcérations profondes qui aboutissent rarement à la perforation de l'organe, grâce à l'épaississement de ses tuniques et à la péricystite fibro-lipomateuse coexistante. Les lésions tuberculeuses évoluent moins rapidement dans la vessie que dans le rein. Enfin, dans nombre de cas, la vessie est atteinte de cystite simple non tuberculeuse, ce qui explique la rapide amélioration des symptômes vésicaux après la néphrectomie.

Le *second* rein est ordinairement indemne de tuberculose, du moins au début de l'affection. Vigneron ne constate la bilatéralité des lésions que dans 17 0/0 des néphrectomies et sur 205 autopsies de sujets morts de tuberculose rénale il trouve encore 99 fois des lésions unilatérales, c'est-à-dire à peu près dans la moitié des cas. Quand la tuberculose est bilatérale, le second rein est pris par voie ascendante et ses lésions sont moins avancées. Si le second rein ne pouvait être que tuberculeux il serait donc rarement une contre-indication à la néphrectomie, mais il peut être malheureusement atteint d'autres lésions qui, pour ne pas être tuberculeuses, n'en sont pas moins graves (pyélonéphrite simple ascendante, dégénérescence amyloïde, pyélite calculeuse).

Les *organes génitaux* chez l'homme sont pris avec une fréquence extrême et presque toujours d'une façon primitive. L'infection commence dans la prostate, les vésicules, de là, elle gagne la vessie et le rein. Chez la femme au contraire, les auteurs s'accordent à regarder comme rare la tuberculose génitale.

Les *autres organes* renferment souvent des tubercules. Le poumon à cet égard est presque toujours le premier atteint.

IV

**Étiologie.** — Le rein est une *localisation rare* du tubercule, puisque, sur 170 autopsies de tuberculeux, Louis ne l'a trouvé atteint que 5 fois, et sur 1317 autopsies faites à l'hôpital de Prague on ne l'a rencontré que 75 fois. Cependant Rilliet et Barthez ont rencontré 49 fois des tubercules dans le rein sur 72 autopsies d'enfants, ce qui tient à la fréquence de la granulie chez ces derniers. Le *rein droit* est le plus souvent atteint. L'*âge moyen* est le plus exposé. Quant au *sexe*, si Guillaud et Tuffier trouvent un plus grand nombre de femmes, cela tient à ce que la tuberculose primitive est plus fréquente chez cette dernière et partant qu'elle donne plus souvent matière à intervention chirurgicale. Mais d'une façon absolue il faut penser avec Vigneron que la tuberculose rénale secondaire est plus souvent observée chez l'homme. Cette opinion est corroborée par une récente statistique de Tilden-Brown qui donne 12 hommes contre 10 femmes.

Quelle est la fréquence relative de la tuberculose primitive? La réponse varie beaucoup suivant les auteurs et cette variété tient surtout aux conditions très différentes dans lesquelles ils ont observé. Pendant que le professeur Guyon considère la tuberculose primitive comme très rare, Tuffier la considère comme fréquente, Dickinson sur 48 autopsies de reins caséeux, trouve 7 cas de lésions primitives. Vigneron analysant soigneusement des observations de néphrectomies trouve 84 tuberculoses primitives contre 22 secondaires, ce qui prouve qu'on est surtout intervenu par la néphrectomie contre des lésions primitives.

V

**Symptômes.** — La tuberculose rénale peut rester *latente* et à l'autopsie on trouve en plein parenchyme rénal un noyau caséeux qui ne révélait sa présence par aucun signe. Potain a décrit une *granulie à prédominance rénale* qui se traduit par une néphrite, dont l'examen bactériologique des urines permet seul de reconnaître la nature.

Dans la forme médicale ou sanguine, d'après Du Pasquier, la maladie débute par des douleurs rénales, des hématuries légères, de la pollakiurie, de la polyurie avec urines claires, acides, contenant une petite quantité d'albumine, des cylindres, des globules de pus et des bacilles qu'on ne peut pas toujours mettre en évidence. Plus tard, le tubercule caséeux se ramollit, la caverne se vide dans le bassinet en produisant une vomique rénale, l'uretère et la vessie se prennent et, à ce moment, est constituée la pyélo-néphrite tuberculeuse dont les signes se confondent avec ceux de la tuberculose ascendante ou rein chirurgical proprement dit. Au début, ce dernier est caractérisé par la prédominance des signes vésicaux, mais à la période d'état les deux affections n'en font qu'une. Nous allons reprendre un à un les symptômes précédents en les divisant naturellement en signes fonctionnels et en signes physiques.

Signes fonctionnels. — *a.* L'*hématurie* est souvent le premier symptôme, elle est prémonitoire, et a la valeur de l'hémoptysie dans la tuberculose pulmonaire (Guyon). Elle survient sans cause et disparaît de même. Ordinairement peu abondante, elle se traduit rarement par des caillots moulés dans l'uretère, donnant lieu à des coliques néphrétiques. Elle a les caractères de l'hématurie rénale (mélange intime du sang avec l'urine, sans hématurie terminale dans la miction).

*b.* La *douleur* siège dans le rein ou irradie, à distance. La douleur rénale est très variable; tantôt, c'est une simple pesanteur, tantôt elle peut être d'une violence inouïe et s'accompagner du syndrome de la colique néphrétique. Elle est spontanée, mais exaspérée par la pression au niveau du rein. La douleur irradiée s'étend habituellement vers la fosse iliaque, le pli de l'aine, les organes génitaux externes, la racine de la cuisse, suivant le trajet des nerfs lombaires. Par suite d'un réflexe, elle peut se faire sentir dans le rein opposé (réflexe réno-rénal) ou dans la vessie et se traduit par le ténesme vésical (réflexe réno-vésical). Elle peut aussi irradier dans le bas-ventre et s'accompagner de coliques, vomissements, diarrhée (réflexe gastro-intestinal).

*c.* Les phénomènes *vésicaux* occupent souvent la première place. Ils sont caractérisés par des mictions fréquentes, brûlantes et impérieuses. Ces phénomènes sont dus souvent à la cystite concomitante ou préexistante, mais aussi à de simples réflexes et dans ce cas disparaissent immédiatement après l'ablation du rein.

*Polyurie et pyurie* : La sécrétion rénale est toujours exagérée au début, polyurie limpide, acide, avec albuminurie peu abondante. Plus tard, elle fait place à la polyurie trouble et à la pyurie. Celle-ci est abondante et constante (Guyon). Il se fait au fond du bocal qui contient les urines

un dépôt crémeux, parfois gluant et strié de sang, de plusieurs centimètres d'épaisseur. Ce dépôt est constitué par du pus grumeleux, et des débris caséeux qui renferment le bacille. Celui-ci cependant ne se trouve pas dans tous les cas et sa recherche nécessite souvent des examens multipliés. L'inoculation au cobaye est souvent le seul moyen de déceler sa présence.

Signes physiques. — A cette période le rein offre toujours une hypertrophie notable, mais qui atteint rarement plus du double de sa grosseur normale. Cependant ce volume peut être considérablement augmenté par la coexistence d'une périnéphrite qui peut faire croire à une tumeur volumineuse. Le rein se sent facilement à deux ou trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Cette tumeur présente le ballottement rénal et le contact lombaire (Guyon). Lorsqu'il existe en même temps de la périnéphrite, on voit disparaître le ballottement, en même temps qu'apparaît de l'œdème si l'affection passe à la suppuration.

## VI

**Complications.** — Les complications sont d'ordre mécanique et septique. Ce sont l'infection secondaire, la rétention rénale, la lithiase secondaire, la suppuration périnéphrétique et la rupture de la collection dans les organes voisins.

1° L'*infection secondaire* reconnaît pour cause l'invasion du bassinet par des microorganismes apportés par la circulation, ou plus souvent par la voie ascendante de l'uretère. Elle succède souvent à un cathéterisme septique. Elle se traduit par l'élévation de la température, des frissons, des sueurs, la sécheresse de la bouche, l'inappétence, la diarrhée et la cachexie urinaire. Elle devient rapidement une indication opératoire.

2° La *lithiase phosphatique* peut se développer dans un rein atteint de tuberculose et d'infection secondaire.

3° La *rétention rénale* reconnaît pour cause l'obstruction complète ou incomplète de l'uretère. Lorsque le rein est *vierge* d'infection secondaire et que l'obstruction est complète, il peut en résulter suivant le cas une hydronéphrose tuberculeuse, une pyonéphrose ou une tuberculose massive, qui, s'accompagnant de la perte irrémédiable de l'organe, sont des indications à la néphrectomie. Lorsque la rétention est septique, l'accès s'accompagne de phénomènes de haute gravité : douleurs de coliques néphrétiques dues à la mise en tension du rein, fièvre et frissons, coïncidant avec l'augmentation de volume du rein, qui grossit en quelques heures. En même temps, les urines diminuent de quantité et de purulence. Parfois même, elles deviennent complètement claires. Cette *pyurie intermittente* a une grande valeur pour apprécier l'état fonctionnel du rein opposé.

4° Un *phlegmon périnéphrétique* peut se développer autour d'une tuberculose rénale, lorsqu'une caverne s'est rompue dans l'atmosphère cellulo-adipeuse péri-rénale. Cette suppuration peut revêtir une allure froide si le rein est indemne d'infection secondaire ou au contraire évolue comme un véritable abcès chaud dont on ne reconnaît quelquefois la véritable nature qu'après l'incision lombaire. Ces abcès réchauffés réclament une intervention prompte sous peine de se vider dans les cavités voisines (plèvre, intestin), ou de pousser des prolongements dans la fosse iliaque et jusqu'à la racine de la cuisse.

## VII

**Diagnostic.** — Lorsque tous les signes de la tuberculose rénale sont au complet, hématurie, pyurie, tumeur rénale, avec phénomènes de cystite chez un sujet déjà en puissance de tuberculose ou prédisposé à cette affection par ses antécédents personnels et héréditaires, le diagnostic s'impose et il n'y manque plus que la constatation du bacille. Mais en pratique les choses ne se présentent pas toujours aussi simplement et nous devons envisager le cas où un seul symptôme constitue la maladie, à savoir, la pyurie, l'hématurie, la douleur ou une tumeur rénale.

La *pyurie*, lorsqu'elle existe seule, peut faire croire à une pyélonéphrite simple. C'est l'examen complet du malade, la recherche de la tuberculose de l'épididyme, de la vessie, du poumon, de ses antécédents et la présence du bacille qui permettront de reconnaître la nature de l'affection.

L'*hématurie*, lorsqu'elle existe seule, peut faire songer au néoplasme du rein ou à la lithiase. Mais l'hématurie des néoplasmes est très abondante, se traduit par des caillots tubulés qui se moulent dans l'uretère et les calices. L'hématurie de la lithiase est provoquée par le mouvement, les secousses d'une voiture mal suspendue, et se calme par le repos. Lorsqu'on hésite sur l'origine rénale de l'hématurie, la cystoscopie lèvera tous les doutes en montrant le jet sanglant de l'uretère.

La *douleur* peut exister seule et simuler la colique néphrétique. Dans ce cas on pense naturellement à la lithiase, mais l'absence d'antécédents lithiasiques, de gravier dans les urines, et la présence de grumeaux épais et sanguinolents après la crise, la présence des bacilles, feront faire le diagnostic.

La *tumeur* peut être le seul signe de la tuberculose rénale. Lorsque l'uretère est oblitéré complètement et que le rein est transformé en kyste purulent ou caséeux, sans communication avec les voies urinaires, il n'y a ni hématurie, ni pyurie. Il peut être très difficile de différencier une telle tumeur d'une vésicule biliaire, d'une rate, d'une tumeur abdominale quelconque.

Dans ce cas, le cathétérisme de l'uretère, en montrant l'oblitération de ce dernier, révélera l'origine rénale de la tumeur.

Mais il ne suffit pas d'avoir posé le diagnostic de tuberculose rénale, il faut encore déterminer l'état des autres organes et surtout du rein opposé, car c'est de l'état de ce dernier que dépendra l'intervention chirurgicale.

L'*uretère* participe-t-il à la dégénérescence tuberculeuse? on pratiquera la palpation de l'uretère à travers la paroi abdominale, au niveau où il croise le détroit supérieur ; on recherchera sa consistance à son extrémité vésicale par le toucher rectal chez l'homme, le toucher vaginal chez la femme. La cystoscopie montrera, dans certains cas, des granulations tuberculeuses entourer l'orifice de l'uretère.

La *vessie* est-elle atteinte de cystite simple ou de cystite tuberculeuse? La palpation bimanuelle, l'explorateur à boule, la distension, la cystoscopie renseigneront, et sur la nature des lésions, et sur leur étendue plus ou moins considérable.

L'autre *rein* existe-t-il, est-il sain? Suffit-il, à lui seul, à l'épuration de l'organisme?

La douleur rénale n'est pas un signe suffisant pour diagnostiquer une lésion du rein opposé, car cette douleur est souvent réflexe. D'autre part la palpation est souvent im-

puissante. Deux cas peuvent se présenter : ou la palpation ne permet pas de sentir le second rein, ou elle permet de le sentir. Dans le premier cas, on ne peut conclure à l'intégrité fonctionnelle de l'organe, car il peut être atteint de tuberculose sans être augmenté de volume; il peut même manquer, ce qui est plus grave. Dans le second cas, le rein peut être sain, déplacé ou atteint d'hypertrophie compensatrice, ou bien malade (pyélite simple ou tuberculeuse). Le cathétérisme des uretères, qui permet de recueillir séparément l'urine de chaque rein, permettra de voir si le rein malade est tout à fait perdu, et si le rein sain fonctionne pour deux

On voit le rôle important joué par la *cystoscopie* et le *cathétérisme des uretères*. Dans le cas de vessie intolérante, on n'hésitera pas à pratiquer ces examens sous l'anesthésie générale, si leur appoint est reconnu indispensable. Quant à l'épreuve du bleu de *méthylène*, suivant la méthode d'Achard et Castaigne, elle n'a pas encore donné de résultats utilisables en matière de tuberculose rénale.

## VIII

**Marche. Terminaison. Pronostic.** — La tuberculose rénale a une marche lente, plus lente dans la forme sanguine, tant que les lésions restent à l'abri de l'infection secondaire. Dans ces conditions, des lésions pas trop avancées peuvent guérir par *crétification* et par *sclérose*.

En revanche, lorsque la pyélonéphrite est infectée par les microbes de la suppuration, la destruction du rein marche avec rapidité, en même temps que s'altère l'état général. Les malades succombent, le plus souvent, à l'*hecticité*, rarement à l'*urémie*, mais très souvent à la *généralisation* de la tuberculose.

L'existence d'une fièvre que n'explique pas la rétention rénale, d'un amaigrissement rapide, de diarrhée et de météorisme fera craindre cette terminaison fatale.

Dans l'établissement du pronostic on tiendra compte du mode d'infection du malade, pronostic meilleur dans la tuberculose sanguine primitive, mauvais dans la pyélonéphrite ascendante secondaire. On tiendra naturellement grand compte des complications : rétention rénale, lithiase secondaire, périnéphrite tuberculeuse, lésions avancées de la vessie, et par-dessus tout de l'état du rein opposé.

## IX

**Traitement.** — Il est un point sur lequel insistent tous les auteurs, c'est l'importance du traitement général. On sait par les autopsies et par la clinique que la tuberculose rénale peut guérir, au moins dans sa première période; il faudra donc tout mettre en œuvre pour permettre à ces lésions de se cicatriser avant qu'elles soient devenues *irréparables*. L'arsenic, l'huile de foie de morue, une nourriture substantielle et non irritante pour le filtre rénal, le séjour au bord de la mer et un climat d'altitude formeront la base du traitement médical.

Les chirurgiens ont renoncé depuis longtemps à traiter la tuberculose comme une tumeur maligne, et personne n'enlèverait plus maintenant un organe aussi important que le rein, dans le but de préserver le reste de l'organisme contre la généralisation tuberculeuse. On peut bien supprimer une tuberculose locale, mais ce qu'on ne peut supprimer c'est la prédisposition à la tuberculose. Aussi, à part de très rares exceptions, les chirurgiens n'interviennent-ils pas dès la première période de la maladie, et en général ils attendent pour opérer que quelque complication d'ordre septique ou autre vienne leur forcer la main.

Les accidents qui fournissent des indications opératoires sont, les uns rares, hémorragie, douleur; les autres fréquents, phlegmon périnéphrétique, accidents infectieux et toxiques.

L'*hémorragie* acquiert rarement une importance assez considérable pour constituer une indication opératoire. Cependant, Tuffier, Routier et Loumeau sont intervenus dans des cas semblables. Il s'agissait, dans tous les cas, d'hémorragies prémonitoires, survenant avant tout autre symptôme de tuberculose génito-urinaire. Dans tous les cas, les hématuries étaient assez abondantes pour menacer l'existence des malades. Dans le cas de Routier, il existait une petite ulcération d'une papille; dans tous les cas, le bassinet était absolument sain, et il s'agissait de tuberculose miliaire. On comprend que des cas semblables puissent être diagnostiqués hémophilie rénale. Dans trois cas, on a pratiqué la néphrectomie qui a été suivie d'une guérison rapide et durable. Dans l'un de ses cas, Tuffier pratiqua la néphrotomie : la malade guérit mais l'hémorragie se reproduisit quelques années après, peu abondante il est vrai. Cet auteur en conclut qu'en pareil cas la néphrectomie est l'opération de choix.

Plus rares encore sont les cas où l'élément *douleur* est assez important pour nécessiter à lui seul une intervention. Cependant, Tuffier est intervenu deux fois dans cette circonstance. Dans les deux cas, les lésions étaient assez avancées pour nécessiter une néphrectomie, qui fut suivie d'une guérison complète constatée trois et cinq ans après.

Le développement d'un *phlegmon périnéphrétique* nécessite une intervention rapide. Celle-ci sera l'incision du phlegmon suivie, suivant le cas, de la néphrotomie ou de la néphrectomie.

Lorsqu'il existe des accidents de *rétention rénale*, caractérisés par de la fièvre, des frissons, l'augmentation des douleurs et du volume du rein, la diminution du dépôt purulent, une intervention d'urgence s'impose, c'est la néphrotomie. L'incision large et le drainage du rein sont suivis d'une sédation très marquée des symptômes et d'un relèvement de l'état général. C'est une opération simple et à la portée de tous les praticiens.

Nous arrivons maintenant aux cas les plus fréquents, ceux dans lesquels le rein est plus ou moins détruit par la suppuration, où le malade s'affaiblit de jour en jour, par la résorption des toxines et les souffrances continuelles. Le chirurgien a le choix entre deux opérations : l'une palliative, c'est la néphrotomie; l'autre curative, c'est la néphrectomie.

La première est suivie d'un amendement de tous les symptômes, la fièvre, la douleur, les phénomènes de cystite. En même temps, l'état général se relève; mais cette *amélioration est de courte durée*. A la suite de l'incision du rein persiste une *fistule* qui sécrète du pus et de l'urine, et après une courte période de mieux le malade recommence à décliner. C'est alors que se pose l'indication d'une opération radicale, la *néphrectomie secondaire*, qui aura pour effet de supprimer le foyer de suppuration qui épuise le malade. Le malade aura donc été opéré en deux temps et aura couru deux fois des risques de mort, ceux de la néphrotomie et ceux de la néphrectomie. Aussi, certains auteurs tendent-ils

à restreindre les indications de la néphrotomie secondaire au profit de la néphrectomie primitive qui, d'un seul coup, supprime l'organe malade et les dangers de la fistule.

C'est ici que se pose naturellement la question de la gravité de ces deux opérations.

La *néphrotomie* est une opération essentiellement bénigne, elle n'est à bien prendre que l'incision d'un abcès intrarénal, et si sa mortalité opératoire atteint encore un chiffre élevé, 12 à 27 p. 100 suivant les auteurs, cela s'explique par le degré de cachexie auquel les malades sont arrivés. En revanche sa mortalité consécutive est grande. Vigneron, dans sa thèse, n'admet aucune guérison authentique après la néphrotomie. Tous les opérés restent avec des fistules et succombent tôt ou tard aux progrès de leur maladie, si on n'intervient pas par la néphrectomie secondaire. Il est vrai de dire que Tuffier sur 7 néphrotomies compte 2 guérisons constatées au bout de deux et cinq ans. Quoi qu'il en soit, il résulte de ce qui précède que la néphrotomie ne sera faite que sur les cachectiques, à titre d'opération palliative et bénéficiera des contre-indications de la néphrectomie (absence du rein opposé, lésions de ce même rein).

La *néphrectomie* primitive est une opération dont la mortalité opératoire est évidemment plus considérable que celle de la néphrotomie, bien que le chiffre varie, suivant les auteurs, de 18 à 60 p. 100. Mais elle a l'avantage sur cette dernière de procurer des guérisons durables. Elle se trouve indiquée toutes les fois que l'uretère est oblitéré et la fonction rénale abolie. En revanche, elle a des *contre-indications* qu'on ne saurait transgresser. Ce sont, en première ligne, une lésion du rein opposé, tuberculeuse ou non ; en second lieu, un état général trop précaire.

La *néphrectomie secondaire* a une gravité incontestablement moindre que la néphrectomie primitive. On la pratiquera d'une façon *précoce*, au bout de cinq à sept semaines (Tuffier), dès que l'état général se sera relevé, lorsqu'on se sera assuré de la suppléance de l'autre rein et avant que l'infection secondaire de la fistule ne recommence à épuiser le malade.

*En résumé, la néphrectomie, pour être légitime, nécessite deux conditions : la perte irréparable de l'organe malade, l'intégrité absolue du rein opposé.* C'est dire de quelle utilité sera le cathétérisme des uretères avant l'opération, et l'incision exploratrice du rein pendant celle-ci. Souvent ce n'est qu'au cours de l'intervention que le chirurgien se décidera pour la néphrotomie ou la néphrectomie.

Les lésions de la prostate et des vésicules ne contre-indiquent pas la néphrectomie primitive. Il en est de même de celles du poumon, à moins que celles-ci ne soient trop avancées. Quant aux lésions de la vessie, les chirurgiens admettent qu'elles ne contre-indiquent pas la néphrectomie, du moins si elles sont localisées à l'embouchure de l'uretère malade, ou au trigone vésical. Ces lésions s'améliorent presque toujours après l'ablation du rein et cèdent, en partie du moins, aux instillations intra-vésicales de sublimé.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — *a. Néphrotomie.* — La néphrotomie sera pratiquée par la voie lombaire, par l'incision en L de Guyon. Le rein sera refoulé dans la plaie par le poing d'un aide et incisé sur le bord externe. Des fils suspenseurs seront passés dans chaque lèvre de l'incision rénale et serviront ensuite à la fixation de l'organe aux lèvres de la plaie. Cette fixation évite l'infection de l'atmosphère péri-rénale. On insistera sur la recherche de tous les abcès, surtout au niveau des cornes du rein, on sectionnera les brides qui cloisonnent le foyer de façon à faciliter le drainage. Enfin Tuffier conseille d'explorer l'uretère et si on constate son oblitération, on sera en droit de pratiquer la néphrectomie séance tenante.

*b. Néphrectomie.* — La même incision, un peu prolongée par le bas, peut servir à l'ablation du rein par voie lombaire. On ne pratique l'incision transpéritonéale que dans les cas où on a des doutes sur l'origine de la tumeur et où on peut hésiter entre un rein, une vésicule, une rate.

Le rein sera enlevé autant que possible avec sa capsule souvent dégénérée. Mais si celle-ci est trop adhérente aux organes voisins, plutôt que de déchirer la veine cave, le côlon, le duodénum, on laissera la capsule *in situ* et on pratiquera la *néphrectomie sous-capsulaire* d'après la méthode d'Ollier.

Ce mode opératoire qui s'impose surtout dans les néphrectomies secondaires, expose cependant à laisser en place des foyers de tuberculose, aussi ne devra-t-il être considéré que comme pis-aller. En tout cas, lorsque l'opérateur sera obligé de le suivre, il devra, une fois le rein enlevé, extirper le plus possible de la capsule infectée. La plaie ne sera réunie que très incomplètement pour faciliter les pansements. Quant à l'*uretère*, il est presque toujours dégénéré et devient un foyer de récidive. Aussi devra-t-on le réséquer le plus loin possible, en prolongeant vers le bas l'incision pariétale, jusqu'au bord externe du muscle droit. On peut ainsi le suivre jusqu'à la vessie. Le moignon sera thermo-cautérisé et suturé par deux plans de Lembert.

Il est encore deux modes de néphrectomie que l'on a proposés, mais je me contente de les mentionner parce qu'ils n'ont dans le cas de tuberculose que de très rares indications. Ce sont la néphrectomie par *morcellement* (Tuffier) qui est bien rarement nécessaire en raison du volume modéré des reins tuberculeux, et la néphrectomie *partielle* qui n'est guère de mise en matière de tuberculose.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. Deux néphrectomies pour tuberculose miliaire ; guérison, *Ann. des mal. des org. gén.-ur.*, oct. 1896. — AUPÉRIN. *Tuberculose rénale à forme hématurique*, Th. de Paris, 1895. — BAGOT. Néphrectomie pour tuberculose rénale, *Med. News*, 28 sept. 1895. — BORREL. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1895. — BRISSAUD. *Gaz. hebd.*, juill. 1886. — BROWN. Tuberculose rénale, *New-York Med. Journ.*, 20 mars 1896. — CAYLA. Th. de Paris, 1887. — CERNÉ. Néphrectomie transpéritonéale pour rein tuberculeux, *Norm. méd.*, 1er juin 1896. — DUFOUR. Th. de Paris, 1841. — DUPASQUIER. Th. de Paris, 1893. — DURAND-FARDEL. Th. de Paris, 1886. — GUILLAUD. Th. de Lyon, 1891. — GUYON. *Leçons cliniques*, Paris 1885 ; *Ann. des mal. des org. gén.-ur.*, 1886, p. 577. — ISRAEL. *Deutsch. Med. Woch.*, 1890, n° 31 ; 1892, n° 1 ; 1896, n° 22. — KUSTER. *Berl. Klin. Woch.*, 1890. — LANCEREAUX. *Ann. des mal. des org. gén.-ur.*, 1883. — LAROCHE. Th. de Bordeaux, 1896. — LOUMEAU. *Ann. de la policl. de Bordeaux*, nov. 1897. — MADELUNG. *Arch. für. klin. Chir.*, 1890, t. XLI, p. 251. — MORRIS. *Surg. dis. of the Kidney*, Londres 1895 ; *The Lancet*, fév. 1885. — PALET. Th. de Lyon, 1893. — PERNOT. Th. de Lyon, 1897. — PICQUÉ. Tuberculose rénale, *Journ. des praticiens*, 3 oct. 1896. — POUSSON. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1895 ; *Arch. clin. de Bordeaux*, 1896. — ROBERTS. Urinary and renal diseases, *Amer. Journ. Med. Soc.*, 1883 ; *Trans. Am. Surg. Assoc.*, 1885. — ROUTIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1897. — STEWART et KELLY. De la tuberculose

primitive du rein, *Med. News*, 14 août 1897. — TAPRET. *Arch. de méd.*, 1878, t. I, p. 513. — TILDEN-BROWN. *Ann. des mal. des org. gén.-ur.*, mai 1898, p. 540. — TUFFIER. *Arch. de méd.*, mai 1892; *Sem. méd.*, 1892; *Traité de chir.* Duplay et Reclus, t. VII; Congr. de chir. 1893; *Ann. des mal. des org. gén.-ur.*, 1893; Soc. de chir., 1897; *Tuberculose rénale*, Paris 1898. — VIGNERON. *Intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale*, Th. de Paris, 1892.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont chargés de cours complémentaires, pour l'année scolaire 1898-1899, dans les Facultés de médecine ci-après désignées :

*Faculté de médecine de Paris.* — Clinique des maladies des enfants : M. Marfan, agrégé. — Pathologie externe : M. Walther, agrégé. — Accouchements : M. Bonnaire, agrégé. — Enseignement des élèves sages-femmes : M. Lepage, agrégé. — Clinique annexe des maladies du larynx, des oreilles et du nez : M. le docteur Castex.

*Faculté de médecine de Bordeaux.* — Accouchements : M. Chambrelent, agrégé. — Pathologie externe : M. Denucé, agrégé libre. — Pathologie interne : M. Rondot, agrégé libre. — Chimie : M. Dupouy, pharmacien suppléant de première classe.

*Faculté de médecine de Lille.* — Clinique chirurgicale des maladies des enfants : M. Phocas, agrégé libre. — Médecine opératoire et clinique des maladies des voies urinaires : M. Carlier, agrégé. — Clinique médicale des enfants et syphilis infantile : M. Ausset, agrégé. — Accouchements : M. Oui, agrégé.

M. Carrière, agrégé, est chargé des fonctions de chef du laboratoire des cliniques.

*Faculté de médecine de Lyon.* — Accouchements : M. Pollosson, agrégé. — Botanique : M. Beauvisage, agrégé.

*Faculté de médecine de Nancy.* — Clinique des maladies des enfants : M. Haushalter, agrégé. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Février, agrégé. — Accouchements : M. Schuhl, agrégé. — Clinique ophtalmologique : M. Rohmer, agrégé libre. — Clinique des maladies des vieillards : M. P. Parisot, agrégé libre.

*Faculté de médecine de Toulouse.* — Chimie biologique : M. Biarnès, agrégé. — Bactériologie : M. Morel, agrégé. — Clinique ophtalmologique : M. le docteur Vieusse. — Médecine légale : M. le docteur Guilhem. — Hydrologie : M. le docteur Garrigou.

**Neurosine Prunier** — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 90. — MARDI 9 AOUT 1898. 71e ANNÉE. MARDI 9 AOUT 1898. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numero : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 8 août 1898.

### LES COURS PAYANTS

#### A L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DANS LES HOPITAUX

La *Gazette des hôpitaux* a récemment attiré l'attention de ses lecteurs sur le cours de médecine opératoire organisé à l'École de médecine par MM. Hartmann et Terrier. Ce cours, on le sait, est un cours payant; les personnes qui le suivront seront exercées aux opérations pratiques de chirurgie dont l'enseignement est habituellement laissé de côté dans le programme de l'École.

Cours de vacances, cours payant, cours pratique, autant de circonstances qui devaient attirer et qui ont vivement attiré l'attention du corps médical; j'oserais presque dire autant d'innovations.

Les cours payants jouent un rôle considérable dans l'enseignement de la médecine en Allemagne et en Autriche. En principe, les étudiants paient directement les professeurs qu'ils choisissent, ce qui amène une utile émulation et une naturelle sélection. Ces cours sont souvent organisés de façon à ce qu'un étudiant ou un médecin puisse en suivre facilement plusieurs par jour et se mettre en quelques semaines ou en quelques mois au courant soit de certaines spécialités, soit des progrès réalisés dans les branches de la médecine qui les intéressent le plus. Ils amènent dans certaines villes un nombre assez considérable de nationaux ou d'étrangers.

En France, il y a deux enseignements, celui de l'École et celui des hôpitaux. L'enseignement théorique de l'École se fait dans les amphithéâtres, l'enseignement pratique dans les cliniques de la Faculté. Ces dernières étant insuffisantes pour le grand nombre des étudiants inscrits, les élèves étaient autrefois distribués dans tous les services hospitaliers en qualité de stagiaires. A côté de ces élèves régulièrement inscrits, en dehors des années de stage obligatoire, beaucoup de médecins et d'élèves suivaient à leur convenance le service fait par des médecins des hôpitaux, qu'ils fussent ou non agrégés.

Cet enseignement était absolument libre, complètement livré aux caprices réciproques des élèves et des maîtres. Depuis quatre ans, la Faculté a embrigadé un certain nombre de médecins des hôpitaux, agrégés ou non, auxquels elle a confié les plus jeunes de ses élèves, leur attribuant ainsi le soin de leur apprendre les rudiments de la clinique. J'estime, pour ma part, que cette tâche conviendrait beaucoup mieux à des moniteurs de clinique pris dans un personnel médical plus jeune, à de jeunes médecins sortant de l'internat; mais je ne veux pas m'occuper ici de ce côté de la question.

Les professeurs, les professeurs agrégés et les professeurs de clinique auxiliaires reçoivent un traitement fixe, quel que soit le nombre de leurs élèves, le succès ou l'insuccès de leur enseignement. Les médecins ou chirurgiens non embrigadés par l'École, soit qu'elle ait dédaigné leurs services, — comme il m'est arrivé, — soit qu'ils n'aient pas voulu aliéner leur liberté, enseignent quand ils veulent, comme ils le veulent, sans se soucier souvent d'autre chose que de leurs convenances personnelles. Chaque année, l'Assistance publique publie une longue liste de conférences faites dans les services; on croirait, d'après cela, que Paris est la ville du monde la mieux pourvue au point de vue de l'enseignement libre de la médecine. En réalité, beaucoup de ces conférences ne sont faites que pendant peu de temps, soit que les élèves, soit que le professeur lui-même en oublient le chemin. Les plus dévoués parmi ces professeurs libres ne font qu'un enseignement fragmentaire. Les élèves qui ne paient pas et les maîtres qui ne sont pas payés ne sont pas suffisamment liés vis-à-vis les uns des autres. De là une perte considérable de temps et de matériaux d'instruction.

L'enseignement des spécialistes n'est pas mieux organisé que l'enseignement de la médecine et de la chirurgie générales.

Nous pensons, pour notre part, — et depuis longtemps, — qu'il serait excellent que, à côté de l'enseignement officiel, il y eût un enseignement libre directement rémunéré par les élèves. Cet enseignement nous paraissait devoir être supérieur à l'enseignement gratuit, parce qu'il y aurait *contrat* entre le professeur et les élèves, parce que cette rémunération constituerait une sélection parmi les maîtres et parmi leurs auditeurs. Les étudiants iraient naturellement là où l'enseignement serait le mieux fait, et, ayant payé, ils seraient plus assidus et plus attentifs.

Donc cette année, l'idée nous vint de mettre nos idées en pratique et de faire un cours payant sur le diagnostic et

le traitement des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral.

Bien que le principe des cours payants dans les hôpitaux ait été admis il y a quelques années par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique et par le Conseil municipal, le directeur de l'Assistance ne crut pas devoir prendre sur lui de nous accorder l'autorisation sollicitée, et notre demande fut transmise au Conseil de surveillance, où elle éveilla certaines susceptibilités. Grâce au rapport favorable fait par le secrétaire général de l'Assistance et à l'appui de MM. Brouardel, Potain, Perier, Gibert et de quelques membres du Conseil, que la nouveauté de notre projet n'effrayait pas, l'autorisation nous fut accordée, *à titre d'essai*, de faire un cours payant l'*après-midi* dans le *laboratoire* de l'hôpital Andral.

Nous pensons que les raisons extrinsèques sur lesquelles nous avons appuyé notre demande n'ont pas été étrangères à son succès. En effet, depuis deux ans, nous faisons à l'hôpital Andral une consultation très suivie pour les maladies du tube digestif. Cette consultation a nécessité l'installation d'un laboratoire, pour les analyses il nous a fallu un chef de laboratoire. Les consultants devenant trop nombreux pour que nous puissions seul suffire à leur examen, le docteur Soupault fut désigné comme médecin-adjoint. Pour le laboratoire, il fallait de l'argent; il était juste de rémunérer dans une certaine mesure le médecin-adjoint et le chimiste, qui voulaient bien consacrer à nos malades leur science, leur temps et leur peine. L'Assistance publique n'avait pas d'argent : je lui ai proposé d'en gagner en faisant des cours payants avec la collaboration de mes aides de consultation et de laboratoire.

Cette considération a-t-elle contribué à faire tomber les scrupules exprimés par quelques-uns des membres du Conseil de surveillance de l'Assistance? Je suis en droit de le croire.

J'ai dit que le cours devait avoir lieu l'après-midi, dans le laboratoire.

Il doit avoir lieu l'après-midi parce qu'on a pensé que, le matin, l'enseignement au lit du malade devait être gratuit. C'est une tradition française fort respectable que, pendant la visite des médecins des hôpitaux, leur enseignement, s'ils en font, — et ils en font tous forcément plus ou moins, — doit tomber gratuitement dans l'oreille de leurs auditeurs.

Dans l'autorisation qui m'a été donnée, il a été spécifié que mes auditeurs *ne devaient pas entrer dans les salles de malades*. L'idée qui a dicté cette restriction est qu'on veut bien me laisser me servir d'un laboratoire que j'ai garni à mes frais des instruments nécessaires, qu'on veut bien me laisser me servir des locaux de l'hôpital, mais qu'on ne veut pas qu'un chef de service gagne de l'argent en exhibant les malades dont le traitement lui est confié.

Je respecterai cette réserve, mais je demande la permission de la discuter. L'enseignement dans les hôpitaux est la meilleure sauvegarde des malades. La présence des assistants stimule l'amour-propre des chefs de service; il en est le meilleur contrôle. D'autre part, les malades — et c'est bien naturel — ont une confiance plus grande dans un médecin qu'ils voient suivi d'un assez grand nombre de personnes. La présence et l'assiduité des auditeurs leur démontrent qu'ils sont entre les mains d'un homme dont la compétence est appréciée dans le monde médical.

Supposons que cet enseignement clinique soit payé. Les malades ne seront-ils pas amenés à en induire que leur chef de service est un médecin ou un chirurgien de valeur, puisque les étudiants et peut-être même les médecins paient pour venir recueillir son enseignement? A-t-on peur que les chefs de service n'abusent de leur situation? Encore une fois, la présence d'un public médical serait pour les malades la meilleure des garanties.

Mais je m'arrête, ne voulant pas me laisser entraîner hors de mon sujet. J'ai voulu montrer que, s'il y avait place à l'École de médecine pour un enseignement rétribué, il pouvait y avoir également place dans les hôpitaux pour des cours payants, surtout pour des cours dans lesquels une branche particulière de la médecine serait enseignée par des gens compétents.

L'autorisation donnée au cours de l'hôpital Andral constitue un précédent que je désire vivement voir suivre dans l'intérêt des chefs de service, de la ville de Paris, des étudiants et même des malades.

Les étrangers sont étonnés de ne pas trouver un enseignement de ce genre à Paris; ils y viendraient plus nombreux s'ils savaient devoir l'y rencontrer.

Beaucoup de médecins français ne seraient pas fâchés d'être mis au courant de points particuliers de la médecine ou de certaines spécialités par un enseignement méthodique de quelques semaines. Pourquoi ne pas leur en fournir les moyens, comme cela se fait couramment à l'étranger?

Invoquera-t-on les traditions? Évidemment elles sont des plus respectables. Cela nous empêche-t-il d'avoir abandonné les diligences pour voyager en chemin de fer?

Je m'arrête; l'article publié dans la *Gazette des hôpitaux*, un article de M. Letulle dans la *Presse médicale*, ont averti le public médical de ce qui se faisait ou allait se faire à l'École de médecine : j'ai voulu faire connaître l'initiative que j'ai prise dans les hôpitaux.

Mon but était moins de faire savoir que je vais faire à Andral des conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac avec l'aide d'excellents collaborateurs que de traiter la question d'une façon générale et de montrer à quels préjugés on peut se heurter dans l'organisation d'un enseignement payant dans les hôpitaux. Cependant, il n'est pas pour me déplaire que cet article contribue à faire connaître l'existence de ces conférences.

Dire que la première série commencera vers la fin d'octobre serait évidemment trop personnel et trop précis.

ALBERT MATHIEU.

---

## L'INSTITUT MUNICIPAL D'ÉLECTROTHÉRAPIE

### A LA SALPÊTRIÈRE

Telle est la désignation appliquée au service autonome d'électrothérapie de la Salpêtrière, depuis sa récente installation dans le local qui, désormais, lui est spécialement affecté.

Le moment est propice, croyons-nous, pour donner sur cette installation nouvelle quelques renseignements précis.

Dans ses grandes lignes, voici en quoi consiste cette transformation.

Pour servir de siège au service d'électrothérapie de la Salpêtrière, il a été édifié un vaste pavillon isolé.

Ce pavillon s'ouvre directement sur le boulevard de l'Hôpital. Sur le frontispice, une plaque de marbre portant son titre officiel en indique l'entrée. Un tableau annexe fixe sur les jours et heures de consultation et de traitement.

De forme rectangulaire, le pavillon se divise en six pièces. Des deux premières, très spacieuses, l'une, faisant face à l'antichambre, sert de salle d'attente aux malades. L'autre, contiguë à la précédente, est consacrée au traitement et renferme les principaux appareils électriques.

Sur la gauche en entrant, la première de ces deux salles communique avec deux pièces parallèles, de dimensions moins vastes, l'une réservée à divers traitements particuliers, l'autre aménagée de façon à recevoir les malades qui pourraient être pris subitement d'attaques convulsives et qu'il y aurait lieu d'isoler momentanément.

Sur la droite, la seconde salle communique avec deux pièces, parallèles comme celles dont il vient d'être fait, en dernier lieu, mention, et affectées, soit aux examens spéciaux, soit aux recherches d'ordre exclusivement scientifique. Ces deux dernières pièces s'ouvrent sur les jardins de la cour d'entrée de la Salpêtrière.

Le pavillon est construit sur un sous-sol servant de magasin. Dans son ensemble, il représente un rez-de-chaussée d'étage élevé, parfaitement éclairé, largement aéré et offre des conditions de salubrité irréprochables.

Sa situation, par rapport aux autres bâtiments de la Salpêtrière, présente, à nos yeux, un incontestable avantage. S'ouvrant sur la voie publique, il permet aux personnes du dehors d'y avoir accès, sans les obliger à traverser les cours successives de l'immense hospice et sans qu'il puisse s'établir entre elles et les pensionnaires de l'établissement aucune promiscuité.

Un mot sur l'organisation de l'Institut municipal, au point de vue du matériel et du choix des appareils.

C'est dans la grande salle que, pour la plupart, ils se trouvent réunis. On y remarque, d'abord, deux grandes tables d'électrothérapie. Remarquons, au passage, que les tables d'électrothérapie, dont l'idée initiale appartient à Breuner (1868), ont été employées pour la première fois en France dans le service de la Salpêtrière. Le modèle combiné alors par le docteur Vigouroux a fait, dans le temps, le sujet de publications détaillées.

Insister sur les avantages que présente cet appareil, serait désormais superflu. Rappelons seulement qu'il se prête à toutes les applications de l'électricité au diagnostic et au traitement des maladies, et notons que ce chapitre si important, pourtant, du diagnostic est, actuellement encore, par trop négligé.

A côté des tables d'électrothérapie se trouvent les appareils destinés aux applications de l'électricité statique : autre branche de l'électrothérapie dont la restauration est également l'œuvre du service de la Salpêtrière.

Les appareils destinés à l'électricité statique n'occupent pas moins des deux tiers de la salle. Le regard est tout d'abord attiré par deux grandes machines de Wimshurst à deux paires de plateaux d'un mètre. Chacune de ces machines tient la tête d'une série de plateformes isolantes portant huit tabourets : disposition qui permet d'électriser simultanément seize malades. A ce propos, n'omettons pas de le mentionner : c'est dans le service de la Salpêtrière que les machines de Wimshurst ont été, en France, mises en usage pour la première fois, et c'est là qu'elles ont pris une forme médicale usuelle.

Ajoutons que des précautions particulières et d'invention nouvelle, de nature à neutraliser l'influence si gênante des variations météorologiques, assurent, à l'institut de la Salpêtrière, la régularité du fonctionnement de l'électricité.

Deux autres machines, en outre, de moindres dimensions que les premières, sont en réserve et à proximité, en vue des éventualités.

Quant à la force motrice, elle est fournie par le secteur de la rive gauche. Or, le courant de la Compagnie étant alternatif, on a dû, pour diverses raisons faciles à saisir, le transformer. Le transformateur (Brown) se trouve dans la salle même.

L'installation est faite en vue de l'usage facultatif de deux sortes de courant. Pour le moteur des machines électriques on a recours au courant continu.

Une machine-gramme de laboratoire et une puissante bobine de Ruhmkorff, enfin, et différents accessoires complètent, ou mieux, compléteront cet ensemble, car la bobine de Ruhmkorff est encore à placer.

Et, maintenant, à l'Institut municipal de la Salpêtrière, quels sont les principes sur lesquels repose la pratique de l'électrothérapie ?

Nourrir l'espoir de trouver là le reflet des théories généralement reçues, en matière d'électricité médicale, serait illusion. Non ; le service a une physionomie à part. Résultat d'une longue pratique (il est en activité depuis plus de vingt ans), l'emploi qui y est fait de l'électricité à titre d'agent thérapeutique se distingue de celui que l'on serait tenté d'appeler *classique* si, à propos d'un ensemble de notions sujettes encore, en raison de découvertes quotidiennes, à tant de revisions ultérieures, le classicisme pouvait être de mise.

Au sens du chef du service, le docteur R. Vigouroux, dans toute médication prenant pour bases les diverses énergies dont l'électricité est le véhicule, ce dont il importe, avant tout, de tenir compte, c'est de l'état général du sujet, de son état diathésique.

Ce n'est qu'en seconde ligne que peuvent intervenir les considérations relatives à l'état local ; et ce n'est, par conséquent, qu'avec une sobriété extrême, qu'il convient d'avoir recours, en médecine, aux applications localisées de l'électricité. Pour demeurer rationnelles et salutaires, celles-ci demandent à être contenues dans des limites étroites et strictes. Telle est, en substance, sa doctrine.

Au surplus, on peut la trouver exposée, avec détails, dans différentes publications ; notamment au chapitre intitulé : *Notions abrégées d'électrothérapie* de l'ouvrage publié par Manquat : *La thérapeutique*, t. II, 3e édition.

Ajoutons que, de même que pour tout autre agent thérapeutique, le docteur Vigouroux subordonne le traitement électrique à l'indication thérapeutique, c'est-à-dire à la modification physiologique qu'il s'agit de provoquer.

Essentiellement thermique, chimique ou mécanique, l'action de l'électricité peut être ramenée à celle de tel ou tel agent physico-chimique. Ses effets n'ont rien de spécial ; elle ne saurait, dès lors, constituer, par elle-même, ni un médicament, ni une médication à part. Elle sert à réaliser les effets d'un grand nombre d'agents thérapeutiques. Elle exige les mêmes investigations cliniques et diagnostiques et doit, ainsi que les autres agents, répondre invariablement à une conception pathogénique bien et dûment motivée.

Quant aux maladies justiciables de l'électrothérapie, la diversité en est grande.

De ces maladies, les unes dépendent du ralentissement des échanges organiques. Et ici, à l'aide de la franklinisation, le surcroît d'activité des *processus* de la nutrition est manifeste.

Les autres sont les affections proprement dites du système nerveux. Alors, comme l'a démontré Brown-Sequard, c'est en apportant par une excitation périphérique une modification avantageuse sur la circulation des centres, ou encore, par une électrisation directe des artères, que l'électricité agit.

En termes généraux, si, dans les affections du système nerveux liées à des altérations organiques des centres, l'emploi de l'électricité implique de discrètes réserves; si tout état fébrile et toute maladie chronique, accompagnée d'une exagération notoire de la désassimilation, lui opposent une contre-indication formelle, dans toutes les maladies relevant de l'arthritisme, dans toutes celles auxquelles l'examen urologique permet d'assigner la même nature; dans toutes les circonstances cliniques où le ralentissement de la nutrition joue un rôle prépondérant, les applications de l'électricité, la franklinisation surtout, méritent d'être placées en tête des ressources thérapeutiques.

On sait de reste combien est longue la liste des affections de cet ordre.

En tête, figurent les migraines, les vomissements incoercibles, les constipations opiniâtres, les métrites chroniques, les adénopathies et un grand nombre d'affections qualifiées assez vaguement de nerveuses qui trouvent, dans l'application médicale de l'électricité, soulagement et guérison. Viennent ensuite, pour ne rappeler que les principales, à côté des déterminations variées du rhumatisme chronique et de la goutte; à côté du diabète, de l'obésité, de l'hémiplégie infantile; à côté, encore, de différents troubles tels que la parésie vésicale, l'incoordination des mouvements des membres pelviens, les douleurs fulgurantes, la perte des réflexes rotuliens, etc. : cortège habituel du tabès; les névralgies et la chorée rebelles. Signalons enfin d'une manière toute spéciale, d'abord les dyskinésies professionnelles traitées à l'Institut municipal de la Salpêtrière par une méthode particulière (méthode comportant en première ligne une gymnastique appropriée) et ensuite la neurasthénie, l'hystérie et le goitre exophtalmique.

A propos de ces trois dernières affections, une remarque. En ce qui a trait aux troubles de la nutrition et aux affinités cliniques qui s'y observent, elles présentent les mêmes traits caractéristiques. Maintes fois, elles se combinent. Elles se produisent, en tout cas, avec une extrême fréquence à la faveur d'une influence étiologique commune : la diathèse arthritique. Pourtant, au point de vue de l'action qu'exerce sur elles l'électricité, elles diffèrent, non quant au fond, assurément; mais quant au procédé d'électrisation.

Au goitre exophtalmique convient la faradisation. A son endroit, la franklinisation se heurte à des contre-indications positives.

A la neurasthénie et à l'hystérie, au contraire, s'adresse, avec d'inestimables avantages, la franklinisation; tandis que la faradisation y serait forcément insuffisante.

Tel est le fruit d'observations de la longue pratique du docteur Vigouroux.

En réalité, contre cette triade : neurasthénie, hystérie, goitre exophtalmique, réserves gardées sur le mode d'application, mais combinée avec une hygiène et un régime alimentaire appropriés, l'électricité (*statique* dans les deux premiers cas, *faradique* dans le troisième) constitue un agent curatif sans rival.

Sur l'emploi de l'électricité contre les affections de la moelle, la paralysie infantile, les névrites, les atrophies, c'est prudence, croyons-nous, que de formuler les restrictions les plus sévères. Sans prétendre, tant s'en faut, proscrire, en ces circonstances cliniques, l'électricité dans ses applications *générales*, il n'est pas inopportun d'appeler l'attention sur les difficultés de ses applications *locales*, sur leurs multiples contre-indications, sur les complications inopinées qui en peuvent être la suite.

Bref, contradictoirement, peut-être, aux doctrines en cours, mais nous en référant à l'observation clinique, disons, avec le docteur Vigouroux, que, dans une foule de maladies (dans la plupart des affections nerveuses périphériques, par exemple), l'emploi thérapeutique de l'électricité court risque, non seulement d'être inutile, mais bien d'être nuisible, et ceci au delà de toute prévision.

En revanche, hâtons-nous de le reconnaître, il est un groupe important de maladies dans la modification desquelles — visant, par-dessus tout, la dyscrasie — l'électrothérapie est d'une efficacité incomparable et sans précédents.

Le peu qui précède suffira à édifier, ce nous semble, sur la portée des méthodes cliniques en vigueur à l'*Institut d'électrothérapie* qui vient d'être inauguré à la Salpêtrière.

Dr COLLINEAU.

---

## TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE (1)

Par le docteur A. Darier.

### IV

Voici un cas dont j'ai fait publier l'observation par un de mes élèves et qui montre bien tous les menus incidents de l'opération et des soins consécutifs.

Mme T..., soixante-six ans, habitant Saint-Denis, est atteinte de conjonctivite granuleuse depuis trois ans au moins. Il y a deux ans, elle a suivi un traitement très sérieux, allant tous les jours à Paris pour se faire scarifier et cautériser au sulfate de cuivre. Après mainte alternative de mieux et de plus mal, elle finit par se lasser et renonce à tout traitement. Elle reste ainsi pendant près d'un an à croupir dans sa misère.

Depuis six mois, dit-elle, ne pouvant plus souffrir la lumière, accroupie dans le coin le plus sombre de son logis, elle ne désire que mourir. C'est alors qu'elle est conduite à la clinique du docteur Darier dans l'état suivant :

Femme amaigrie, débilitée, les yeux fermés, fuyant la lumière. Les paupières sont tuméfiées, rouges, agglutinées par des mucosités.

Après un lavage antiseptique et quelques instillations de cocaïne, on peut facilement examiner les yeux que la malade ouvre avec peine, les paupières supérieures recouvrent la moitié des cornées. Ces dernières sont envahies par un pannus vasculaire et charnu, qui obstrue les deux tiers supérieurs de la pupille.

La conjonctive de la paupière inférieure est tout infiltrée de tissu granuleux d'un jaune rosé. La paupière supérieure est difficile à retourner, tant elle est épaissie et indurée. Elle est farcie de granulations, de son bord libre au fond du cul-de-sac.

Aucun doute n'est possible au sujet du diagnostic. Nous sommes en face d'une granuleuse invétérée, qui vit dans des conditions hygiéniques déplorables. Tout traitement

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 808.

banal par des cautérisations, scarifications, massage, etc., serait pour elle une pure perte de temps. Il est nécessaire, en cas pareil, d'agir anssi promptement et sûrement que possible.

La malade étant décidée à tout plutôt que de vivre ainsi, il est convenu qu'elle viendra se faire opérer dans huit jours. Pendant ce temps, on fera de fréquentes lotions au sublimé, et la malade viendra se faire cautériser deux ou trois fois pour atténuer un peu la virulence du mal, avant de procéder à l'opération.

Le 1er novembre 1891, on procède à l'opération; l'anesthésie par le chloroforme se fait très facilement.

Le sac lacrymal étant plein de pus des deux côtés, on injecte d'abord une solution de cyanure de mercure à 1/500 dans chaque canalicule dilaté, le liquide ressort en partie par le pharynx et en grande partie par le point lacrymal supérieur, entraînant avec lui une grande quantité de pus. D'un coup de ciseaux à l'angle externe, on agrandit d'abord la fente palpébrale; on applique alors l'*écarteur des paupières à l'œil gauche* pour bien mettre à jour la cornée et la conjonctive bulbaire. De légères scarifications sont faites sur la partie supérieure charnue du pannus et autour du limbe scléro-cornéen : il s'écoule une quantité notable de sang. Au moyen de la cuillère tranchante, la partie la plus épaisse du pannus est grattée avec précaution, du centre à la périphérie; on a soin de ne pas entamer le tissu sain. La brosse bien imbibée de cyanure de mercure à 1/500 est passée ensuite avec douceur sur la partie grattée. On pratique ensuite l'excision de la caroncule, qui est trop infiltrée pour être seulement brossée. Après un lavage qui arrête un peu le sang, on attaque la *paupière inférieure* dont le bord est saisi avec la pince, un mouvement de *rotation enroule la paupière autour de la pince, tend et étale toute la surface conjonctivale*, qui craque par places sous la traction. Le bistouri à 3 lames est alors porté par petits coups parallèles sur toute la surface malade. Une première série d'incisions peu profondes fait sourdre le contenu gélatineux des granulations, en même temps qu'une quantité notable de sang.

La *cuillère tranchante* est passée en grattant légèrement sur toute la surface scarifiée, entraînant avec elle une notable quantité de substance granuleuse et de sang, puis un premier *brossage* est pratiqué avec douceur, mais bien soigneusement.

Après de nouvelles scarifications un peu plus profondes, on pratique un second *brossage* un peu plus énergique, et l'on passe à la paupière supérieure.

La paupière supérieure est si succulente que, de peur de la déchirer, on applique la pince à 3 millimètres du bord libre et on enroule la paupière avec prudence, en repoussant un peu la pince entre le bord orbitaire et le globe oculaire, pour éviter une tension trop brusque et trop forte.

On met ainsi à jour de grosses et succulentes granulations que l'on n'aurait pu voir par le renversement habituel des paupières.

La surface conjonctivale enroulée autour de la pince mesurait certainement 3 centimètres du bord de la cornée au bord libre de la paupière.

Les granulations les plus profondes sont scarifiées et brossées, les premières parce qu'elles ont une tendance, une fois toute la conjonctive relâchée par les scarifications, à se rétracter en arrière. Toute la surface malade est ensuite grattée et brossée à deux reprises, comme nous l'avons décrit pour la paupière inférieure.

Un lavage abondant à l'ouate trempée dans le cyanure à 1/500 termine l'opération.

L'œil droit fut opéré de la même façon, peut-être un peu moins énergiquement, parce qu'il était un peu moins malade. Les paupières se retournant plus facilement, il n'y a pas eu nécessité d'inciser l'angle externe de l'œil. La durée de l'opération pour les deux yeux, pansement et tout, a été d'une demi-heure environ.

Comme pansement, de simples compresses d'ouate imbibée de cyanure de mercure à 1/2000, maintenues au moyen d'une bande.

Recommandation est faite aux parents d'enlever le bandeau à la maison, de lotionner fréquemment les yeux avec la solution à 1/2000 en ouvrant les paupières si possible, pour laisser le sang s'écouler. Dans l'intervalle, applications de compresses glacées.

Le 3 novembre, deux jours après l'opération, la malade est revue, ses paupières sont très tuméfiées, ecchymotiques; la malade ne peut les entr'ouvrir. Après deux ou trois lavages et instillations de cocaïne, on finit par pouvoir entr'ouvrir les paupières qui sont agglutinées entre elles et presque adhérentes à la cornée et à la conjonctive bulbaire par un exsudat fibrineux.

Les paupières inférieures se renversent assez facilement; elles sont débarrassées de leur sécrétion au moyen d'un tampon d'ouate trempée dans la solution de cyanure d'hydrargyre à 1/500.

La paupière supérieure droite peut être retournée, quoique difficilement; on la lave doucement pour éviter de la faire saigner et de détruire le tissu conjonctival qui a pu se reformer.

Impossible de retourner la paupière supérieure gauche, qui est beaucoup plus tuméfiée; alors, pour bien rompre les adhérences qui auraient pu se former, on passe délicatement entre le globe et la paupière, en soulevant cette dernière, une sonde enveloppée d'ouate et trempée préalablement dans la solution à 1/500.

Recommandation est faite à la malade de tenir les yeux ouverts tant qu'elle le pourra, et de les faire mouvoir de son mieux en soulevant de temps à autre la paupière avec ses doigts. Toujours mêmes lotions et compresses.

Le 5, quatre jours après l'opération, la tuméfaction des paupières a notablement diminué. La malade peut assez facilement entr'ouvrir l'œil droit, l'œil gauche plus difficilement; elle commence à distinguer les objets. Les paupières sont retournées sans difficulté après cocaïnisation; même lavage que le précédent.

*Recommandations :* Plus de compresses, lotions, ouvrir les yeux le plus possible et sortir à l'air si le temps le permet. La malade n'est pas revue de trois jours.

Le 7. Elle vient seule à la clinique, elle a voulu, dit-elle, montrer qu'elle pouvait se conduire seule. Les cornées ont complètement changé d'aspect, le pannus charnu est remplacé par une mince lamelle de tissu cicatriciel blanc, demi-transparent, avec fine vascularisation à la partie supérieure et sur ses bords; le même pansement que le 4 est continué le 9, le 11 et le 15 novembre. La malade se trouve si bien que, vaquant à ses affaires, elle reste quatre jours sans revenir. Quand nous la voyons *le 19 novembre*, nous constatons : une poussée aiguë de petites granulations miliaires sur toute la cornée de l'œil gauche.

Un lavage soigné à la solution de cyanure d'hydrargyre à 1/500 suivi d'un léger massage à la pommade jaune répétés trois fois, à deux jours d'intervalle chaque fois, a eu vivement raison de cette légère complication.

Depuis ce jour, la guérison ne s'est pas démentie un instant, chose très digne de remarque, la dacryocystite n'a plus jamais reparu, sans qu'aucun autre traitement ait été fait contre elle depuis le jour de l'opération.

La malade a été revue fréquemment et, par excès de prudence, on lui badigeonnait chaque fois les paupières, avec du glycérolé de plomb. La malade, que nous avons revue aussi dernièrement, paraît rajeunie de dix ans. Les conjonctives sont relativement lisses sans traces appréciables de granulations. Les cornées, à l'œil nu, paraissent transpa-

rentes; mais à l'éclairage oblique, un leucome est très appréciable à la partie supérieure des deux cornées avec encore quelques fins vaisseaux. La malade n'a plus souffert de ses yeux, et elle y voit très bien. (*A suivre.*)

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

1° *Officier de l'Instruction publique.* — M. le docteur Guernier (de Balleroy).

2° *Officiers d'Académie.*—MM. les docteurs Bonnaire, professeur d'anatomie à l'École d'infirmières de Bicêtre; Bouquet, médecin de l'hospice de Brest; Curie, médecin-inspecteur des enfants du premier âge; Daniel, publiciste scientifique; Duchesne (d'Orbec), président de la Société de médecine du Calvados; Foucher, délégué cantonal à Argentan; Petit-Vendol, professeur à l'École d'infirmières de la Pitié; Prunac, délégué cantonal à Clermont-l'Hérault; Saumur, chirurgien-dentiste à Paris.

M$^{me}$ Graby, surveillante, professeur de cours pratiques à l'École d'infirmiers et d'infirmières de l'hôpital de la Pitié.

— Par décret en date du 3 août 1898, M. le docteur Nadaud est nommé suppléant du juge de paix de Bordj-Menaïel.

— M. le médecin principal Gazeau, du port de Brest, est désigné pour embarquer, le 1$^{er}$ septembre prochain, sur le bâtiment-École l'*Iphigénie*, à Brest.

— Liste de départ pour les colonies de MM. les médecins-principaux, médecins de première et de deuxième classe du service des troupes de la marine :

1° Médecins principaux : MM. 1 Mercié, 2 Hervé (H.-M.-V.), 3 Négadelle, 4 Alix (P.-M.), 5 Prat, 6 Curet, 7 Alix (L.), 8 Rit.

2° Médecins de première classe : MM. 1 Théron, 2 Percheron.

3° Médecins de deuxième classe : MM. 1 Letrosne, 2 Ascornet, 3 Mesny, 4 Préboist, 5 Porre, 6 Mailliu, 7 Binard, 8 Micholet, 9 Chabannes.

— Des concours pour les prix à décerner en 1898, à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices, s'ouvriront à l'Hôtel-Dieu : le lundi 12 décembre 1898, à quatre heures (médecine), et le jeudi 15 décembre 1898, à quatre heures (chirurgie et accouchements).

Les registres d'inscription seront ouverts au secrétariat général de l'Administration tous les jours (dimanches et fêtes exceptés), de onze heures à trois heures, du 1$^{er}$ au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général au plus tard le 15 octobre, à trois heures, dernier délai.

— *Faculté de médecine de Paris.* —M. Roger, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1898-1899, d'un cours de pathologie et de thérapeutique générales.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Le service de la chaire de parasitologie sera assuré pendant l'absence de M. le professeur Barrois, député (année scolaire 1898-1899), par MM. Focken, docteur ès sciences, et Deléarde, agrégé.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Guignard, professeur de clinique obstétricale, est admis sur sa demande et pour ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Guignard est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. Billiard, chef des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Toulouse, est chargé, pour l'année scolaire 1898-1899, d'un cours de physiologie, pendant la durée du congé accordé, sur sa demande, à M. le professeur Blatin.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le professeur Malherbe est nommé directeur de ladite école, à dater du 1$^{er}$ novembre 1898.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. le docteur Malapert (Henri-Paulin-Prosper), suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé, à partir du 1$^{er}$ novembre 1898, professeur de pathologie chirurgicale et médecine opératoire en remplacement de M. Poisson, décédé.

— Facultés de médecine. — Sont nommés, pour l'année 1898-1899, chefs des travaux ou chefs de laboratoire dans les Facultés ci-après désignées :

*Faculté de médecine de Lille.* — Physique : M. Demzeure, licencié ès sciences mathématiques et physiques. — Pharmacie : M. Deroide, agrégé. — Histoire naturelle : M. P. Focken, docteur ès sciences, docteur en médecine. — Physiologie : M. Bédart, agrégé. — Chimie minérale : M. Louis, pharmacien de première classe. — Chimie organique : M. Carette, pharmacien de première classe. — Anatomie : M. Cousin, agrégé.

*Faculté de médecine de Montpellier.* — Physique biologique : M. Gagnière, licencié ès sciences mathématiques et physiques. — Chimie : M. Descomps, pharmacien de première classe. — Anatomie : M. Mouret, agrégé. — Physiologie : M. Delezenne, agrégé. — Laboratoire de clinique (physique) : M. Bertin-Sans, agrégé. — Laboratoire de clinique (chimie) : M. Moitessier, agrégé. — Laboratoire de clinique (chimie pathologique) : M. de Girard, agrégé libre. — Histologie : M. Grynfelt, bachelier ès sciences et ès lettres.

*Faculté de médecine de Nancy.* — Laboratoire des cliniques, directeur : M. Guérin, agrégé. — Chimie : M. Louis Michel. — Physique : M. Guilloz, agrégé. — Histologie : M. Bouin, agrégé. — Physiologie : M. Lambert, agrégé. — Anatomie pathologique : M. le docteur Hoche.

— Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française se tiendra à Marseille, au mois d'avril 1899. Les questions suivantes seront l'objet de rapports spéciaux : 1° Délires systématisés secondaires; 2° Psychoses polynévritiques; 3° Aliénés méconnus et condamnés.

— MM. les docteurs Para et Subercage sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque populaire communale de la Ferté-Alais.

— En 1899, le quatrième samedi de décembre, la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparque (600 francs) à l'auteur du meilleur mémoire en français, sur la question suivante : « Influence de la bicyclette sur l'appareil génital de la femme. »

Les mémoires inédits et non encore récompensés devront être déposés au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris, avant le 1$^{er}$ octobre 1899. Ils devront porter une épigraphe et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et la même épigraphe reproduite. Tout auteur qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du prix, serait exclu de fait du concours. Seuls, les membres titulaires et honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

— Il a été fondé, à Marseille, une société de médecine sanitaire maritime, dont le but est de grouper tous les docteurs possesseurs du certificat de médecin sanitaire maritime, et de leur permettre de réunir et de publier en commun les faits scientifiques intéressants que leurs voyages peuvent leur donner l'occasion d'observer.

La société se met à la disposition des docteurs qui désireraient avoir des renseignements, tant au sujet de l'examen pour l'obtention du certificat de médecin sanitaire maritime, qu'au sujet des embarquements dans les différentes compagnies de navigation françaises.

Pour être membre de la société, il faut être Français, docteur en médecine, médecin sanitaire maritime et verser une cotisation annuelle de trois francs.

Adresser la correspondance et les adhésions à M. le secré-

taire général de la société de médecine sanitaire maritime, 1, cours du Chapitre, Marseille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alliez (de Nice); H. Dittel (de Vienne); Dupuy (de Saint-Denis); B. Huguet (de Paris); François (Ed.), délégué sanitaire, à Mogador; Marfan, ancien député de l'Aube; et Moussu, directeur du service de santé du 15e corps d'armée.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Leçons de pharmacothérapie** du docteur B.-J. Stokvis, professeur à l'Université d'Amsterdam, traduction française des docteurs D. de Buck et L. de Moor, t. II, gr. in-8°. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

**Traité de la syphilis**, par le professeur A. Fournier, rédigé, d'après l'enseignement de l'hôpital Saint-Louis, par Edmond Fournier, licencié ès sciences, interne des hôpitaux. Période primaire, période secondaire. Fascicule I. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, Rueff et Cie.

**Les actualités médicales.** I. *La grippe*, par L. Galliard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Un vol. in-16 carré, 100 p., avec 7 fig. — Prix : 1 fr. 50.

II. *Les états neurasthéniques*, par Gilles de la Tourette, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Un vol. in-16 carré, 100 p. — Prix : 1 fr. 50.

III. *La diphtérie*, par H. Barbier, médecin des hôpitaux, et G. Ulmann, interne des hôpitaux. Un vol. in-16 carré, 100 p., avec 7 fig. — Prix : 1 fr. 50.

Ces trois ouvrages, à Paris, librairie J.-B. Baillière et fils.

**Operiren oder nichtopeirren bei Krebs-erkrankungen,** und andere zeitgemasse, insbesondere therapeutische Fragen, von Dr Severin Robinski. In-8°. — Berlin 1898, Verlag von Robinski et Co.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hier mardi, l'Académie a entendu la lecture de deux rapports de prix, l'un de M. Vallin sur le concours du prix Clarens, l'autre de M. Porak pour le prix Capuron. Puis la séance a été levée, personne ne s'étant inscrit pour une communication ou présentation. C'est bien là une vraie séance de vacances.

## HOPITAL SUBURBAIN DE MONTPELLIER

### Séro-diagnostic négatif dans un cas de fièvre typhoïde mortelle.

Par le docteur H. PELON, chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Il est aujourd'hui de règle, dans les services de médecine, de pratiquer l'examen du sérum sanguin de tous les malades supposés atteints de fièvre typhoïde et de rechercher la réaction agglutinante de ce sérum afin de confirmer le diagnostic clinique. A la clinique médicale de l'hôpital suburbain de Montpellier où ce séro-diagnostic est fait d'une façon constante, j'ai eu récemment l'occasion d'observer une malade chez laquelle la séro-réaction a manqué, alors qu'à l'autopsie on a trouvé les lésions classiques de la fièvre typhoïde. En publiant l'histoire clinique de cette malade, si intéressante à de multiples points de vue, je désire insister uniquement sur l'échec du séro-diagnostic et en rechercher avec soin les principales causes.

Voici tout d'abord l'observation, qui rappelle par beaucoup de points celle qu'ont publiée récemment dans la *Presse médicale* MM. Artaud et Barjon :

Esp... (Marcelline), domestique, dix-neuf ans, entre à l'hôpital suburbain de Montpellier le 9 juin 1898. Elle est placée au numéro 15 de la salle Bichat.

Rien de particulier dans ses *antécédents héréditaires.*

*Antécédents personnels* : c'est une malade très nerveuse. Elle a été réglée tard, à dix-sept ans et demi. A l'âge de neuf ans, elle aurait eu une crise nerveuse, attribuée par ses parents à des vers intestinaux, et au cours de laquelle elle conserva un mutisme absolu pendant huit jours.

*Maladie actuelle.* — La malade ayant été apportée à l'hôpital dans un état presque comateux, il a été très difficile d'avoir des renseignements sur le début de sa maladie. Cette jeune fille était domestique chez une dame de la ville. Il y a quelques jours, elle se sentit fatiguée, mais continua de faire son service. Elle a été sensiblement plus fatiguée depuis huit jours. Enfin elle s'est alitée, il y a trois jours. Elle est amenée à l'hôpital par l'ambulance.

*État actuel.* — Jeudi 9 juin. Nous nous trouvons en présence d'une jeune fille pâle, amaigrie, très anémiée; elle est dans le décubitus latéral gauche, insensible à tout ce qui l'entoure et dans la stupeur la plus complète; elle ne parle pas et ne répond en aucune façon aux questions qui lui sont posées. Tout son corps est dans un état de raideur remarquable. Les membres inférieurs sont pliés en chien de fusil; les bras énergiquement serrés sur la poitrine, contracturés et opposant une très forte résistance à qui veut les écarter tant soit peu. Les yeux sont grands ouverts et immobiles, fixant un point perdu dans l'espace. Les pupilles sont insensibles à la lumière. Les paupières tremblottent et se ferment à intervalles réguliers. Les lèvres, trémulentes, sont de temps à autre agitées de soubresauts qui étirent les commissures et font varier à chaque instant l'aspect de la physionomie. Enfin, une moiteur légère couvre le visage de la malade. On constate une raideur complète du dos et de la nuque, surtout évidente quand on fait asseoir la jeune fille.

A l'examen des organes, nous trouvons une langue rouge à la pointe et sur les bords, sale et noirâtre en son milieu.

Le ventre, parsemé d'innombrables taches rosées, est tendu et ballonné, donnant un son tympanique à la percussion. La malade fait une forte grimace lorsque, par la palpation, on déprime la paroi au niveau de la fosse iliaque droite; on observe à ce moment une contraction musculaire réflexe. Il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite. La région prévésicale est absolument mate; on sent d'ailleurs le globe vésical fortement distendu. Il y a de la constipation. Sur le thorax, on remarque de nombreuses taches rosées.

Au cœur, le premier bruit, à la pointe, est sourd, lointain et soufflé. Le pouls est rapide (120), faible et dépressible. La température est à 39°8.

10 juin. Pendant la nuit, la malade a présenté un délire assez calme. A la visite, nous trouvons la même adynamie que la veille, peut-être même plus prononcée. Cette fois, la malade est dans le décubitus dorsal; les yeux grands ouverts, moins fixes que la veille, s'arrêtent parfois sur les personnes groupées autour du lit. Elle ne répond pas da-

vantage aux questions. Les mâchoires sont fortement serrées : aussi ne peut-on parvenir à examiner la langue. Les ailes du nez, les lèvres et les paupières sont agitées de petits tremblottements. Il y a des soubresauts des tendons : on les sent très nettement aux membres supérieurs lorsqu'on cherche à tâter le pouls. En cherchant à asseoir la malade, on constate une rigidité très marquée de la nuque et du dos ; la tête est rejetée en arrière dans un opisthotonos manifeste. Les pupilles sont toujours insensibles. Il y a de la rétention d'urine et de la constipation. Sur la fesse droite, on voit les premières traces d'une escharre en formation ; la peau, à ce niveau, est violacée, bordée d'une zone plus claire.

Le premier bruit cardiaque, dans la région de la pointe, est sourd et soufflé.

Au thorax, en arrière, il y a de la matité à la base gauche, avec obscurité respiratoire en ce point et quelques râles sous-crépitants.

La température du matin est de 38°8. Le pouls (120) est petit et dépressible.

Le diagnostic, porté par M. le professeur Carrieu, est : fièvre typhoïde à forme adynamique.

On fera le séro-diagnostic.

Comme traitement, on donne 4 bains froids à 20 degrés, de cinq minutes de durée avec affusion froide à 12 degrés.

Lavement avec xx gouttes de teinture de musc.

Dans l'après-midi, la malade parle un peu au sortir de son bain. Le soir, la température est à 38°8. Le pouls est très faible.

L'interne du service fait dans la soirée une injection sous-cutanée de 600 centimètres cubes de sérum artificiel, contenant 1 gramme de caféine. On vide deux fois la vessie par le cathétérisme.

Dans la nuit, vers deux heures, la température monte à 39°7 ; la malade a des soubresauts convulsifs répétés ; elle a une selle abondante.

11 juin. Le matin, la température s'est élevée à 40 degrés. Le pouls à 150. L'adynamie persiste.

Au cœur, nous trouvons une embryocardie très nette, avec souffle au premier temps et à la pointe.

L'escharre fessière droite est complètement formée ; il s'en forme une autre sur la fesse gauche.

Il y a toujours de la rétention d'urine, rendant le cathétérisme nécessaire.

On continue le lavement au musc, et on prescrit 5 bains froids.

Le soir, la température est à 38°7. Le pouls à 130. On fait de nouveau une injection sous-cutanée de 600 centimètres cubes de sérum avec 1 gramme de caféine.

Dans la nuit, vers deux heures, la température s'élève à 41°3. Le pouls est incomptable. Tout le corps, animé de soubresauts convulsifs est dans un état de tressaillement continu. La malade semble électrisée. La respiration est accélérée, avec râle trachéal. Les lèvres et les dents sont fuligineuses ; les yeux sont immobiles ; la pupille est myotique au maximum. Le cœur s'entend, précipité, sourd, et on ne peut arriver à séparer les deux bruits. On donne un bain à 17 degrés, après injection d'éther.

12 juin. Le matin, la température est à 40 degrés. Le pouls à 140. Il y a toujours la même embryocardie et la même raideur. Mais le râle a disparu. La rétention d'urine persiste. Les escharres s'agrandissent.

*Séro-diagnostic négatif.*

Même prescription. Injection de sérum. La malade meurt dans la nuit sans être plus agitée.

*Autopsie.* — Une autopsie partielle a pu être faite. Nous avons dû nous borner à pratiquer l'examen de l'intestin. Voici les lésions que nous avons constatées : la tunique séreuse de l'intestin est très congestionnée, dans le voisinage de la valvule iléo-cæcale et au niveau de cette valvule elle-même. Le gros intestin présente lui aussi une congestion très nette. Dans le mésentère on trouve plusieurs ganglions durs et tuméfiés.

A l'ouverture de l'intestin grêle, on voit d'abord, près de la valvule de Bauhin, une psorentérie très marquée. Mais on est surtout frappé par la saillie de nombreuses plaques de Peyer, très tuméfiées et très étendues, entourées de belles arborisations vasculaires se rendant aux plaques. La valvule iléo-cæcale est absolument tuméfiée et boursouflée, couverte de plaques. A mesure que l'on remonte le long de l'intestin grêle, on trouve des plaques de Peyer moins tuméfiées et moins saillantes. Enfin, plus haut c'est la plaque « barbe fraîche », premier stade des lésions, que l'on rencontre exclusivement.

Notons enfin qu'on a trouvé une vingtaine d'ascarides lombricoïdes dans l'intestin.

En somme, l'autopsie, quoique limitée à l'examen de l'intestin, a été largement suffisante pour confirmer le diagnostic de fièvre typhoïde que M. Carrieu porta dès le premier jour et maintint ensuite malgré le résultat négatif de la séro-réaction. Les lésions intestinales observées sont en effet tout à fait caractéristiques de la dothiénentérie en pleine évolution : à côté des plaques de Peyer simplement congestionnées et à peine saillantes, nous avons trouvé de volumineuses plaques boursouflées et légèrement ulcérées par places ; dans le mésentère enfin, de gros ganglions enflammés.

Comment expliquer que le séro-diagnostic ait été absolument négatif ? Comment se fait-il que nous n'ayons observé aucune tendance à l'agglutination dans un cas cependant si typique ?

Nous devons tout d'abord écarter l'idée d'une erreur dans les manipulations nécessaires pour effectuer la séro-réaction. Nous nous sommes servi d'une culture jeune (vingt-quatre heures) en bouillon ; et cette culture nous a servi à pratiquer dans la même séance le séro-diagnostic chez trois malades supposés atteints de dothiénentérie. Chez chacun de ces malades, nous avons recueilli un échantillon de sang à l'aide d'une piqûre à la pulpe du doigt. Eh bien, deux d'entre eux, un homme de trente-cinq ans, et une jeune fille de vingt-deux ans, qui ont guéri d'ailleurs, ont donné une réaction positive. Pour la jeune fille dont j'ai rapporté l'observation, le séro-diagnostic a été absolument négatif.

Le rapprochement de ces deux dernières malades est des plus instructifs. Voilà deux jeunes filles du même âge, placées dans les mêmes conditions sociales, qui entrent le même jour dans un service hospitalier ; elles sont couchées côte à côte. Toutes deux ont une forme nerveuse excessivement grave de fièvre typhoïde arrivée au dixième jour environ : la première meurt, absolument sidérée par une infection éberthienne intense ; la deuxième reste pendant longtemps à des températures de 40 degrés et au delà, mais finit cependant par guérir. Pour la première, le séro-diagnostic est négatif ; pour la deuxième, il est très fortement positif.

Dira-t-on que, dans notre observation, il s'agit d'un retard dans l'apparition de la réaction agglutinante ? C'est, je crois, l'explication la plus plausible. M. Widal, au Congrès de Moscou, a fortement insisté sur les séro-réactions retardées. M. Courmont a appelé lui aussi l'attention sur ce fait. Pour affirmer que la réaction a manqué dans un cas de dothiénentérie, il ne faut pas se contenter d'examiner le sang une seule fois ; il faut pratiquer des examens fréquents et suc-

cessifs ; de cette façon, le séro-diagnostic qui aura été douteux les premiers jours pourra se montrer franchement positif à quelques jours d'intervalle ; ce n'est qu'en procédant chaque jour à un examen qu'il sera possible de saisir le moment précis de l'apparition de la réaction agglutinative, de noter les variations journalières du pouvoir agglutinant et d'en établir la courbe. M. Courmont, dans sa savante étude sur « la courbe agglutinante chez les typhiques », cite plusieurs cas de fièvre typhoïde avec séro-réactions retardées, ayant apparu après le dixième jour, vers les treizième, quatorzième et quinzième jours, etc... Ces cas ont trait à des formes extrêmement graves de dothiénentérie, ou à des cas moins sévères, mais suivis de rechutes. M. Widal, de son côté, cite des formes retardées de la séro-réaction, se rapportant également à des fièvres typhoïdes très graves.

C'est donc, je crois, un de ces cas d'apparition tardive de la réaction agglutinante qu'a présenté notre malade. Nous ne l'avons observée que très peu de temps ; aussi n'avons-nous pu faire qu'une seule fois l'examen de son sang ; mais il est permis de supposer que, si la mort n'était survenue que trois ou quatre jours plus tard, le séro-diagnostic, pratiqué à nouveau, aurait donné un résultat positif.

D'autre part MM. Widal, Sicard et Nobécourt ont bien montré qu'un pouvoir agglutinatif, relativement élevé pendant la période d'état, peut s'abaisser dans les jours précédant la mort à un chiffre tel que le séro-diagnostic ne puisse plus être posé. Dès lors, dit M. Widal, si un examen nécropsique révèle des lésions intestinales caractéristiques de la fièvre typhoïde et si le séro-diagnostic a été négatif pendant la vie, avant d'enregistrer le cas, il faut savoir si la réaction n'a pas été recherchée seulement dans les jours précédant la mort. Notre malade n'était certainement pas assez avancée dans l'évolution de sa dothiénentérie pour que nous puissions expliquer l'échec de la séro-réaction par la disparition brusque de cette réaction au moment de la mort. Le retard dans son apparition demeure donc, à nos yeux, le vrai motif à invoquer.

En outre, M. Courmont ayant établi par des faits nombreux et concluants que la formation de substance agglutinante chez les typhiques est non pas un symptôme purement infectieux, mais une salutaire réaction organique défensive, il n'y a rien de surprenant à ce que, dans les formes graves comme celle qu'a présentée notre malade, on constate « la faiblesse ou la torpidité des réactions de défense manifestée par un pouvoir agglutinatif tardif, abaissé ».

En publiant cette observation de fièvre typhoïde mortelle avec séro-réaction négative, je n'ai nullement l'idée de chercher à diminuer en quoi que ce soit la valeur d'une méthode diagnostique qui a fait ses preuves, qui rend chaque jour de nombreux services, et qui souvent lève bien des hésitations. Nous faisons à l'hôpital de Montpellier le séro-diagnostic de toutes les fièvres typhoïdes du service, et ce séro-diagnostic vient presque toujours confirmer le diagnostic clinique. S'il y a divergence entre les résultats fournis par l'examen du sérum et ceux que donne l'examen clinique, c'est le séro-diagnostic qui a ordinairement raison et qui permet de dépister des formes anormales de dothiénentérie que la clinique n'aurait pas reconnues ; mais il se trompe quelquefois, et notre observation en est un exemple. C'est alors surtout qu'il est nécessaire de répéter souvent l'examen du sang. Les résultats, négatifs un jour, deviendront plus d'une fois positifs le lendemain et concorderont alors avec ceux de l'examen clinique. Il faut en tous cas être bien prévenu d'un retard possible dans l'apparition de la séro-réaction pour ne pas abandonner avant l'heure un diagnostic clinique de dothiénentérie que l'examen du sérum, négatif d'abord, confirmera plus tard, et surtout pour ne pas priver, sans quelque danger, le malade du bénéfice du traitement usité en pareil cas.

La température, le pouls, les taches rosées, la douleur iliaque, le gargouillement, l'aspect de la langue, l'état général, tous ces signes cliniques, qui pendant longtemps ont été les seules bases du diagnostic, sont encore suffisants dans bien des cas pour asseoir solidement le diagnostic et instituer le traitement convenable, alors que la réaction agglutinante ne se montre que tardivement.

---

## ÉTUDE SUR LES INJECTIONS DE SÉRUM ARTIFICIEL

### DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par MM. A. Fraikin, interne des hôpitaux de Bordeaux,
et G. Buard, externe des hôpitaux.

Chez tous nos sujets nous avons suivi le même procédé opératoire : l'injection a été faite au point indiqué par Sirot, dans le flanc droit, au-dessous de l'ombilic, avec toutes les précautions minutieuses usitées en pareil cas (asepsie de la seringue et du liquide, flambage de l'aiguille, nettoyage antiseptique de la peau, etc.). Nous nous sommes servis de deux variétés de solutions — l'une, le sérum de Hayem :

| | | |
|---|---|---|
| Chlorure de sodium | 5 | grammes. |
| Sulfate de soude | 10 | — |
| Eau | 1000 | — |

l'autre, le sérum de Chéron :

| | | |
|---|---|---|
| Phosphate de soude . . . . | 4 | — |
| Sulfate de soude . . . . . | 8 | — |
| Chlorure de sodium . . . . | 2 | — |
| Acide phénique neigeux . . | 1 | — |
| Eau stérilisée. . . . . . . | Q. S. p. 100cc | |

Nous avons d'ailleurs peu employé cette dernière solution, dont Sirot ne s'est pas servi, puisqu'il n'a injecté que du sérum de Hayem. MM. Ardin-Delteil et Carrieu disent en avoir injecté 20cc. Il nous semble que cette dose, très forte puisque le sérum de Chéron est très concentré, pourrait être dangereuse : aussi n'avons-nous pas dépassé 6cc. Nos expériences portent donc surtout sur l'emploi du sérum de Hayem. L'injection était poussée lentement, doucement, afin de faire le moins possible « boule d'œdème » et de ne pas trop délabrer le tissu cellulaire. Nous avons varié les quantités injectées. N'obtenant pas de résultats avec 20cc nous en avons injecté 30cc et jusqu'à 40cc à nos divers malades afin de vérifier si notre échec ne tenait pas à la faible quantité utilisée. Nos thermomètres étaient vérifiés auparavant, et pour chacun de nos malades nous nous servions toujours du même. La température, toujours prise depuis quatre à cinq jours auparavant, afin d'être bien sûr d'agir sur un sujet apyrétique, était notée immédiatement avant l'injecjection, puis trois, six et neuf heures après. Pour nous mettre ici aussi à l'abri d'une cause d'erreur, exagérant les précautions indiquées par M. Sirot, nous avons pris la température, pendant dix heures après l'injection, soit toutes les deux heures, soit même toutes les heures.

Chez un de nos malades, nous avons répété trois séries d'expériences, à divers intervalles [Obs. IV (1)].

Enfin, nous nous sommes demandé si nous n'obtiendrions pas d'hyperthermie chez les tuberculeux momentanément apyrétiques, mais qui auparavant avaient eu de fortes poussées de fièvre hectique [Obs. VII et VIII (2)].

Le pouls, la respiration, les symptômes locaux du côté du poumon ont été soigneusement notés et vérifiés avant et après les injections. Nous n'avons jamais remarqué aucun changement. Nous avons même fait quelques analyses d'urines du jour précédent et du jour même de l'injection, sans observer aucune modification importante. Ces injections sont donc inoffensives, du moins à ces doses.

Mais, malheureusement, il nous paraît résulter de nos recherches qu'elles ne peuvent jouer aucun rôle dans le diagnostic précoce de la tuberculose. Sur huit malades parfaitement choisis, les uns suspects de tuberculose, les autres manifestement tuberculeux, la méthode s'est toujours trouvée en défaut : nous n'avons eu, dans aucun cas, d'élévation de température notable. Chez notre première malade, il est vrai, nous avons, lors d'une première injection (une heure après), constaté une élévation assez forte de température. Mais à la contre-épreuve, faite quelques jours plus tard, cette hyperthermie ne s'est pas reproduite. Cette observation n'est donc nullement concluante. Et cette réaction fébrile nous a manqué, non seulement chez des malades (tuberculeux avérés ou simplement en suspicion) jusque-là apyrétiques, mais même chez des malades qui avaient eu quelques jours auparavant de la fièvre hectique.

Nous tenons, en terminant, à répondre à quelques objections que l'on pourrait nous présenter. On nous dira que nous n'avons fait ici qu'un travail négatif, une étude de réfutation tendant simplement à détruire une méthode de diagnostic. Cela est vrai. Mais il nous semble qu'il n'était pas inutile de soumettre à un contrôle expérimental la méthode de M. Sirot. Des praticiens non prévenus pourraient en effet se fonder sur elle avec trop de confiance, et conclure, de ce qu'ils n'ont constaté chez leurs malades aucune réaction fébrile, à une bénignité de pronostic ne se réalisant pas dans la suite, ces malades, quoique n'ayant pas eu de fièvre après les injections, pouvant parfaitement être des tuberculeux, soit au début, soit même à une période avancée.

Nous nous étions promis, lorsque nous avons entrepris cette étude (et nous l'avons faite, nous l'avouons, dans le désir de reconnaître la justesse de cette méthode diagnostique, espoir qui, à notre grand regret, n'a pas abouti), de la compléter en recherchant l'effet du sérum artificiel dans les tuberculoses chirurgicales, puis chez les sujets sains, et enfin chez les animaux inoculés. Mais ayant dès le début reconnu la non-efficacité de la méthode, ces recherches n'auraient été qu'une superfluité, elles n'avaient aucunement leur raison d'être; aussi les avons-nous abandonnées.

On nous objectera peut-être le petit nombre de nos malades mis en expérience. A ceci nous répondrons d'abord que ces expériences sont au moins aussi nombreuses que celles de M. Sirot, d'une part, et de MM. Ardin-Delteil et Carrieu, d'autre part. De plus, le fait même que chez huit malades, diversement choisis, nous n'avons obtenu aucun résultat, nous semble suffisant pour détruire un procédé qui devrait, pour être sûr, se baser sur des résultats certains et constants.

(1) *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, p. 307.

(2) Loc. cit., p. 309.

Nous aurions dû, assurément, agir envers tous nos sujets comme nous l'avons fait pour deux d'entre eux (Obs. I et IV), c'est-à-dire recommencer sur chacun, à des intervalles éloignés, des séries d'injections. Malheureusement, cela nous a été impossible. Ces injections sont en effet très douloureuses, et ceci est encore un argument contre la méthode. Nos malades supportaient difficilement ces injections; aussi, lorsqu'il s'agissait d'en faire une autre, ils nous suppliaient, malgré toutes nos bonnes raisons, de nous abstenir, ou même s'y refusaient catégoriquement. Et cela, à l'hôpital, où l'on jouit sur les malades d'une assez grande autorité. Que serait-ce donc en clientèle civile! D'ailleurs, encore une fois, un ensemble de 8 insuccès sur 8 malades expérimentés, nous a semblé suffisamment démonstratif.

On nous opposera, enfin, la méthode de M. Sirot étant susceptible de donner des résultats, surtout chez des tuberculeux douteux, à la période de début, de n'avoir pas suivi nos malades assez longtemps pour vérifier si réellement, par la suite de l'affection et par de nouveaux examens cliniques, ils étaient réellement bacillaires. Nous comprenons sans peine le bien fondé de cette objection. Mais, suivre des tuberculeux au premier degré pendant un temps toujours très long, pendant plusieurs mois, nous semble impossible à l'hôpital et même en clientèle. Nous avons, d'ailleurs, choisi nos malades, de telle sorte qu'il ne fût pas nécessaire de les suivre pendant un si long laps de temps. Quatre d'entre eux étaient tuberculeux manifestement. Ils n'ont eu aucune réaction. Or, si le sérum doit produire de la fièvre dans la tuberculose au début, à plus forte raison devrait-il en produire dans la tuberculose avancée, nous le croyons du moins. Deux autres étaient tuberculeux à la deuxième période, mais sans bacille. Ils n'ont pas eu de réaction. Deux autres enfin étaient tuberculeux au début. Les signes cliniques étaient très nets chez eux — autant du moins qu'ils peuvent l'être à la première période — et le doute ne persistait que par l'absence des bacilles; il ne nous paraît pas qu'il eût été nécessaire de les suivre plus longtemps pour être fixés à leur égard. Si réellement le sérum jouissait d'un pouvoir diagnostique, nous aurions dû le vérifier chez ces malades qui étaient certainement, par l'examen clinique, des tuberculeux à la troisième, à la deuxième, ou à la première période.

En résumé, d'après nos expériences faites sur des malades tuberculeux avérés ou douteux, aux trois différentes périodes de la maladie, et du fait que chez nos huit malades ces expériences ont été constamment négatives, nous croyons pouvoir conclure que la méthode de M. Sirot ne donne aucun résultat certain et ne peut, par conséquent, servir au diagnostic précoce ou tardif de la tuberculose pulmonaire.

---

## TRAITEMENT DE LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE (1)

Par le docteur A. Darier.

### V

Nous avons là les trois types principaux de la grande catégorie des cas de trachome à forme chronique qui sont ceux par excellence qui bénéficient rapidement de l'intervention

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 832.

chirurgicale : depuis la forme à granulations discrètes et peu nombreuses que l'on peut évider une à une jusqu'à la forme à infiltration granuleuse abondante, succulente, à grosses granulations remplies d'un contenu gélatineux.

Toutes ces formes relèvent par excellence du traitement chirurgical, alors que le traitement par les cautérisations classiques est absolument insuffisant pour amener une guérison définitive.

Tout autres sont les indications thérapeutiques dans la *forme aiguë, purulente*, du trachome, alors que les conjonctives sont rouges, turgescentes, tomenteuses, papilleuses. Il y a, dans ces cas, toujours une photophobie très marquée, un écoulement muco-purulent abondant avec larmoiement. Souvent la cornée est altérée, le pannus s'accompagne rapidement d'ulcération qui peut aller jusqu'à la perforation de la cornée.

En présence de cas de ce genre, l'indication première doit être de tarir le plus tôt possible la sécrétion conjonctivale et d'amener une prompte déplétion sanguine. Les applications de sangsues à la tempe, les scarifications de la conjonctive peuvent amener une diminution rapide de la congestion veineuse si défavorable à la nutrition de la cornée (1). Je crois peu aux dérivatifs qui n'ont qu'une action indirecte et de peu de durée, vésicatoires, pédiluves, purgatifs, etc., ils peuvent néanmoins avoir chez certains malades des indications spéciales.

Pour tarir la sécrétion au début, le meilleur topique est certainement le nitrate d'argent ou, mieux, l'*argentamine*, mais si la cornée est déjà ulcérée, il faut avoir soin de n'employer que des solutions légères, quitte à pratiquer les attouchements plus fréquemment, une fois ou même deux fois par jour. On arrive ainsi assez promptement à faire cesser tout écoulement purulent. La conjonctive devient moins tomenteuse, les paupières, de lourdes et épaisses qu'elles étaient, redeviennent plus minces et se relèvent facilement. C'est à ce moment que le sulfate de cuivre agit d'une façon merveilleuse, si bien qu'en quelques jours cette conjonctivite granuleuse à grand fracas a pris une forme subaiguë pour bientôt guérir complètement, quelquefois sans aucune intervention chirurgicale ; car ce ne sont pas ces formes violentes qui sont toujours les plus redoutables.

La guérison cependant n'est pas toujours si facilement atteinte. D'abord les malades, le plus souvent, très notablement soulagés et se croyant guéris, reprennent leurs travaux, laissent évoluer lentement et sourdement leurs granulations atténuées. Puis au bout d'un laps de temps plus ou moins long, ils reviennent avec un pannus, avec un entropion ou toute autre manifestation du trachome chronique de la catégorie que nous avons décrite plus haut et qui guérit si vite et si bien par le traitement chirurgical.

Mais il y a aussi des cas de conjonctivite granuleuse aiguë d'une gravité exceptionnelle, où l'on peut avoir la main forcée par les circonstances, soit par une ulcération étendue de la cornée, soit par une intolérance du sujet pour toutes les médications. On peut se trouver ainsi dans la nécessité d'intervenir chirurgicalement dans des cas qui de prime abord n'auraient pas paru justiciables d'une opération.

J'ai vu des cas de ce genre opérés avec un plein succès par M. Abadie. Des malades dans un état désespéré ayant été soumis, sans améliorations, à tous les traitements, voyaient leur martyre cesser quelques jours après l'opération. C'est sans doute ce qui a fait dire à M. Abadie que même les cas de conjonctivite granuleuse suraiguë étaient justiciable du traitement chirurgical.

C'est un fait incontestable, mais, pour ma part, tant que je n'ai pas la main forcée par les circonstances, je préfère, avant d'intervenir chirurgicalement, ramener l'affection suraiguë à un état de calme relatif qui permet d'opérer avec plus de précision et de sécurité.

Alors les soins consécutifs si longs et si douloureux pour les malades opérés en pleine période suraiguë sont presque nuls, avec des plaies se réunissant pour ainsi dire par première intention, quand on a eu à porter l'instrument tranchant non pas à l'aveuglette à travers un tissu hypérémié, mais seulement sur les endroits malades que l'on attaque individuellement les uns après les autres.

Certes, en France, la conjonctivite granuleuse est relativement rare et les cas graves se rencontrent peu souvent. Il n'en est plus de même en Algérie ou en Égypte ; aussi est-ce dans ces pays qu'il faut voir à l'épreuve le traitement du trachome par les scarifications et le brossage.

Tout récemment, le docteur Lakah [d'Alexandrie] (1) est venu apporter une statistique de 250 malades atteints de conjonctivite granuleuse chronique, qui tous ont guéri par le procédé opératoire que nous préconisons depuis huit ans.

En Algérie, le docteur Thiébaut (d'Alger) vient aussi de publier un travail fort intéressant (2) sur le même sujet et il a vu, dans sa nombreuse clientèle de trachomateux, un très grand nombre de cas qui ont guéri par le brossage. Nous sommes heureux de voir se réaliser ainsi nos espérances relativement à la guérison de la conjonctivite granuleuse.

(1) Le suc des capsules surrénales, par ses propriétés vaso-constrictives intenses, peut amener une décongestion extraordinaire des conjonctives et de la cornée, qui deviennent blêmes cadavériques et laissent transparaître les vraies granulations jusqu'alors cachées sous une conjonctive trop vascularisée. J'ai utilisé cette vaso-constriction locale en la combinant avec la déplétion sanguine par les sangsues, mais je réserve encore mon appréciation sur ce sujet.

## SUR UN NOUVEAU TRICHOPHYTON

### PRODUISANT L'HERPÈS CHEZ LE CHEVAL (3)

Par MM. MATRUCHOT et DASSONVILLE.

Nous avons eu l'occasion d'observer et d'étudier une épidémie d'herpès sévissant sur les chevaux du 12ᵉ régiment d'artillerie. Une quarantaine de chevaux ont été atteints ; les caractères des lésions que nous allons décrire pour un cheval en particulier, nous ont paru être sensiblement les mêmes pour la plupart des autres cas.

L'animal présente de nombreuses plaques d'herpès : les unes isolées, disséminées sur la croupe et l'épaule, les autres rassemblées sous la partie postérieure de la selle et comme confluentes.

Les plaques isolées sont perceptibles au toucher avant de devenir apparentes aux yeux : en passant la main sur la région malade, on constate l'existence de petites surélévations planes qui sont le début de la lésion. Quelques jours plus tard, les plaques deviennent visibles du dehors, parce que les poils y sont très fortement couchés.

(1) LAKAH. *La Clinique ophtalmologique*, 1898, nos 13 et 15.
(2) THIÉBAUT. *La clinique ophtalmologique* 1898, no 15.
(3) Communication à l'Académie des sciences.

A cet état, les poils sont facilement caduques : le moindre effort de traction ou le plus léger frottement exercé à la surface d'une plaque détache, d'un seul bloc, tous les poils attaqués, lesquels restent maintenus à leur base par une croûte squameuse. La plaque enlevée, les couches profondes de l'épiderme apparaissent entièrement glabres; la surface en est humide et de nuance rosâtre ou gris clair. Bientôt après, la plaque se dessèche, devient furfuracée ou farineuse et prend une teinte plus foncée, gris ardoisé. La lésion s'étend de proche en proche par la chute des poils périphériques, mais ne dépasse jamais 3 centimètres de diamètre.

Dans la région de la selle, les plaques d'herpès passent par les mêmes phases de développement, mais par leur grand nombre et leur confluence, elles peuvent déterminer des lésions de plus grande étendue, 4 à 5 centimètres de diamètre.

Au cours de cette épidémie d'herpès, plusieurs des hommes chargés de soigner les chevaux ont présenté des lésions, en forme de plaques, se développant de préférence dans la région du cou. Tant pour établir la nature du parasite provoquant l'épidémie chez le cheval, que pour voir si l'on doit y rattacher les lésions observées sur l'homme, nous avons essayé d'isoler, de cultiver et d'inoculer le champignon cause de l'affection.

En semant sur divers milieux nutritifs soit des poils, soit des squames provenant de plaques d'herpès, nous avons obtenu le développement d'un assez grand nombre de moisissures. Parmi elles, nous avons distingué et isolé celle qui joue le rôle pathogène. C'est un *trichophyton* qui se cultive particulièrement bien sur les milieux suivants :

*Milieu Sabouraud.* — Mycélium blanc, floconneux, formant des colonies circulaires qui atteignent plusieurs centimètres de diamètre. Dans les cultures âgées, la partie en contact avec le substratum devient d'abord jaune, puis rouge acajou; mais la partie aérienne de la culture reste blanche.

*Tranche de carotte.* — Mycélium moins abondant, moins floconneux, parfois légèrement rosé dans les parties aériennes, devenant jaunâtre à la longue dans les régions les plus humides de la culture.

*Tranche de pomme de terre.* — Mycélium végétant péniblement, au moins au début, avec production abondante d'un pigment jaune. Par cultures successives, le champignon semble s'adapter au milieu et les colonies deviennent de plus en plus vigoureuses.

*Étude microscopique.* — Le poil extrait de la lésion et examiné au microscope se montre comme rempli, vers la partie inférieure, de nombreuses spores ovales dont les dimensions moyennes sont 4 à 6 μ sur 2 à 4 μ. Ce sont des spores mycéliennes provenant du morcellement des filaments du champignon. Autour du poil, on observe aussi, mais en moins grand nombre, des filaments mycéliens ramifiés et partiellement transformés en spores.

Dans les cultures artificielles, le *trichophyton* présente un mycélium abondant, à filaments larges de 2 à 3 μ, relativement peu cloisonnés et ramifiés le plus souvent à angle droit. Sur ce mycélium prennent naissance, en nombre considérable de petites spores dont le mode de développement est très caractéristique. Chacune d'elles naît comme un bourgeon latéral d'abord étroit, qui se renfle bientôt en une ampoule ovale ou allongée, rarement sphérique. Presque toute la masse protoplasmique de l'article émigre dans les ampoules, puis celles-ci se cloisonnent à leur base et constituent alors des spores à pédicule étroit, à contour réfringent, très facilement caduques. Les dimensions les plus fréquentes des spores sont 3 à 4 μ sur 2 à 3 μ. Dans les parties fructifères, un même article du mycélium peut porter, en des points irrégulièrement distribués, plusieurs spores; mais ces spores sont toujours solitaires.

En même temps que se forment les spores latérales, les filaments mycéliens eux-mêmes se transforment partiellement et par endroits en chlamydospores : de courtes portions de filaments restent remplies d'un protoplasma réfringent, tandis que les portions adjacentes se vident, et à la maturité le filament se désarticule en une multitude d'éléments qui sont reproducteurs au même titre que les spores latérales. Ces chlamydospores ont des dimensions assez variables : longueur 3 à 10 μ, largeur 2 à 3 μ.

Chlamydospores et spores latérales se forment par le même processus, à savoir isolément, puis enkystement (intercalaire ou latéral) d'une petite masse de protoplasma. Ce sont, en somme, des éléments reproducteurs de même nature, et qu'on doit considérer comme étant tous des chlamydospores. Jusqu'alors, nous n'avons pas observé, dans nos cultures, d'autre forme reproductrice, et, par suite, la place que doit prendre dans la classification ce *trichophyton* reste encore indécise. Toutefois, par les caractères énumérés, et pour diverses raisons que nous nous réservons de développer plus tard, ce champignon et divers autres *trichophyton* nous semblent devoir être rattachés aux ascomycètes du groupe des gymnoascées.

*Inoculations.* — Pour démontrer la nature pathogène du champignon étudié, nous avons tenté des essais d'inoculation à l'homme et au cobaye.

La seule expérience que nous ayons tentée sur l'homme a réussi. Au bout d'une quinzaine de jours s'est développée, au point d'inoculation, une plaque herpétique tout à fait caractéristique, dont nous avons suivi l'évolution.

Sur le cobaye, deux essais d'inoculation ont été effectués et tous deux ont donné des résultats positifs.

Il résulte de ces expériences que l'épidémie d'herpès, observée sur les chevaux du 12e régiment d'artillerie, est due à l'action d'un champignon que nous avons réussi à isoler, à cultiver, et dont nous avons vérifié expérimentalement la nature pathogène chez le cobaye et chez l'homme. Ce champignon est un *trichophyton* voisin des espèces décrites par Sabouraud et par Bodin comme produisant des affections herpétiques; mais il en diffère par des caractères tirés de l'étude clinique, de l'examen microscopique et des cultures.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de la gangrène pulmonaire.

L'antisepsie doit être la base du traitement de la gangrène pulmonaire. Le malade sera placé dans une grande chambre et l'air désinfecté par des pulvérisations phéniquées. Pour réaliser l'antisepsie pulmonaire, on pourra recourir à l'une des potions suivantes :

1° Alcoolature d'eucalyptus . . . . 2 grammes.
Julep diacodé . . . . . . . . 120 —

par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

2° Liqueur de Labarraque . . . . 4 grammes.
ou : Hyposulfite de soude . . 3 ou 4 —
Julep . . . . . . . . . . 120 —

par cuillerées dans les vingt-quatre heures. Les inhalations antiseptiques sont aussi très utiles :

| | |
|---|---|
| Acide phénique. . . . . . | 50 grammes. |
| Eau . . . . . . . . . . . | 950 — |

Mettre dans un flacon et faire respirer les vapeurs. Trousseau préconisait l'essence de térébenthine; verser dans de l'eau chaude quelques cuillerées à café d'essence et faire inhaler. Comme antiseptique interne, Jaccoud recommande l'acide salicylique à la dose de 50 centigrammes par jour. On emploiera *largâ manu* les toniques sous toutes les formes. La digitale et la caféine seront les meilleurs médicaments à prescrire en cas de collapsus menaçant. S'il y a des foyers multiples, le traitement médical est seul possible. Mais si la gangrène est bien limitée et que ce traitement ne produise pas d'effets rapides, il faut faire la pneumotomie, c'est-à-dire ouvrir largement le foyer pulmonaire en traversant la paroi thoracique et la drainer. Quelques chirurgiens ont même pratiqué la résection de parties du poumon.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Lefour, agrégé, est nommé professeur de clinique d'accouchements à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Charmeil, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté.

M. le docteur Calmettes est nommé professeur de bactériologie et de thérapeutique expérimentale à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — A la suite du dernier concours, M. Vial (Régis), interne des hôpitaux, a été nommé chef de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Dourif, professeur de clinique médicale, est admis, pour ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Dourif est nommé professeur honoraire.

— La permutation concertée entre MM. les médecins principaux Ortal, du cadre de Toulon, et Raffaëlli, du cadre de Brest, est autorisée à partir du 13 août courant.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Leçons cliniques sur les maladies des enfants**, faites à l'hôpital Saint-Sauveur (1897-98, premier semestre), deuxième série, par E. Ausset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. Un vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numero : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.



## REVUE GÉNÉRALE

### La maladie de Little.

Par le docteur Ch. LEVI-SIRUGUE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

La maladie de Little est une affection bien plus spasmodique que paralytique des membres inférieurs, ou des quatre membres avec prédominance aux membres inférieurs, d'origine congénitale ou développée dans les premières années de la vie, ne s'accompagnant pas de troubles intellectuels, et susceptible d'amélioration. Cette définition est à peu près celle qui a été donnée par M. Brissaud (1), un peu modifiée cependant, car pour cet auteur ce serait toujours une affection congénitale des enfants nés avant terme; or, on a observé des maladies de Little développées après la naissance, toujours, il est vrai, dans les trois ou quatre premières années de la vie. Il est impossible de faire entrer dans la définition les données de l'anatomie pathologique et de la pathogénie qui, comme nous le verrons, sont trop dissemblables selon les cas. Aussi la maladie de Little n'est-elle pas à proprement dire une maladie mais un syndrome ayant à peu près toujours le même aspect clinique, la même évolution, et pouvant, comme d'autres syndromes nerveux, comme la syringomyélie par exemple, relever de lésions et de pathogénies diverses. La maladie de Little, si elle n'est pas une entité morbide, est au moins un complexus symptomatique bien individualisé.

La maladie de Little, encore décrite sous les noms de *tabès dorsal spasmodique*, *rigidité spasmodique congénitale*, *paralysie spinale spastique de l'enfance*, *paraplégie spasmodique cérébrale*, *diplégie cérébrale* a été surtout bien décrite et bien étudiée par l'accoucheur et chirurgien anglais Little.

Avant lui cependant, au siècle dernier, Andry (1) l'avait signalée, et dans ce siècle un chirurgien français, Delpech, vers 1830 (2), en avait décrit un cas. Il s'agissait d'un enfant ayant eu des convulsions huit jours après la naissance, et qui, à l'âge de cinq ans, présentait des contractures des muscles du dos et des membres; les mouvements étaient spasmodiques; les pointes du pied seules touchaient le sol, l'enfant avait l'intelligence d'un enfant d'un an.

Heine (3), en 1840, en mentionne quelques cas sous le nom de paraplégie spastique cérébrale. Mais c'est à Little que revient l'honneur d'avoir bien décrit cette affection et d'en avoir recherché l'étiologie. Les travaux de Little ont été publiés dans trois écrits de 1853 à 1870 (4). L'affection s'y trouve remarquablement retracée et Little soutient que beaucoup d'observations de chorée congénitale rentrent dans ce groupe nosologique. Il analyse 63 cas, et montre l'influence de l'interruption de la respiration placentaire dans les accouchements laborieux. Ainsi se ferait une réplétion des veines du cerveau qui amènerait des apoplexies capillaires et des hémorragies méningées, aboutissant plus tard à de la méningite chronique et à des myélites.

Ce sont encore des chirurgiens qui, à cette époque, ont étudié cette affection. C'est Adams (1866), dans son livre sur le pied bot, Strohmeier, Busch, plus tard Maydl (5); Rupprecht (6), publie un bon travail où il relate les succès obtenus par les sections tendineuses et le traitement orthopédique.

Sarah Mac Nutt dans un travail (in *Journal of méd. sciences*, 1885) intitulé « Double infantile spastic hemiplegia with report of a case, » donne la relation d'une autopsie où il y avait de la sclérose des circonvolutions.

Nous signalerons encore les travaux de Ross, Osler, Sachs (de New-York), Peterson.

Naëf (7), dans une thèse de Zurich, distingue la paralysie

(1) BRISSAUD. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895.

(1) ANDRY. *Orthopédie*, 1741.
(2) DELPECH. *Traité de l'orthomorphie*, 1828.
(3) HEINE. *Beobacht. uber Læhmungszustænde der unteren Extrem.*, Stuttgard.
(4) LITTLE. *Deformities of human frame*, 1853. — *Transact. of the Ostet. Soc.*, 1862. — *Holme's System of Surg.*, 1870.
(5) MAYDL. Einige Fälle von Spastischer cerebrospinalen Paralyse bei Kndern, *Wien. med. Blætter*, 1881, nos 18, 19 et 20.
(6) RUPPRECHT. *Wolkmann's Samml. klin Vortr.*, n° 198.
(7) NAEF. *Spastische spinalparalyse im Kindesalter*, Dissert. Zurich, 1885.

spinale spasmodique pure qui, pour les neuf dixièmes des cas, relèverait comme étiologie d'un accouchement prématuré, et la paralysie spinale spasmodique avec symptômes cérébraux, qui serait due aux difficultés de l'accouchement et à l'asphyxie des nouveau-nés, qui en est la conséquence.

Feer (1) publie, en 1890, un mémoire important sur la maladie de Little.

En 1892, M. Marie (2) consacre une leçon à la maladie de Little, qu'il décrit sous le nom de *tabès dorsal spasmodique*. Il montre que l'affection décrite sous ce nom chez l'adulte presque simultanément par Erb (3) et par Charcot (4), et dans laquelle ces auteurs faisaient entrer la maladie de Little comme une forme, n'existe pas, et qu'à l'autopsie de ces cas on a trouvé de la sclérose en plaques, de la myélite transverse, de la myélite en foyer, ou une sclérose latérale amyotrophique. M. Marie n'admet comme vrai tabès spasmodique que la maladie de Little, qu'il attribue surtout à la naissance avant terme, à une époque où le faisceau pyramidal n'est pas encore développé, opinion que n'admettait pas Charcot, pour qui il y avait toujours une lésion inflammatoire.

Freud (5), en 1893, donne une étude très complète des diplégies cérébrales infantiles, dénomination qui englobe, outre la maladie de Little, l'athétose double, la chorée congénitale, l'hémiplégie spasmodique double. Il distingue la forme généralisée de la maladie de Little, dont il rassemble 28 cas, la forme paraplégique qui compte pour 12 cas, enfin la forme choréique pour 13. La forme paraplégique serait attribuable, d'après Freud qui reprend à ce sujet les idées de Feer et de Naëf, à l'accouchement prématuré, et la forme généralisée à l'asphyxie du nouveau-né. L'année précédente, Rosenthal, un de ses élèves, avait fait sa thèse sur ce sujet (thèse de Lyon, 1892) et on y trouvera toute la bibliographie jusqu'à cette époque.

M. Brissaud (6), dans une leçon sur la maladie de Little et le tabès dorsal spasmodique, incrimine aussi la naissance prématurée et l'arrêt de développement du faisceau pyramidal.

M. Marfan (7) n'admet pas d'une manière absolue l'étiologie de l'arrêt de développement, et se demande si l'accouchement prématuré, au lieu d'être la cause de la maladie de Little, ne serait pas plutôt dû à la même cause que cette affection.

Il faut signaler encore la revue critique de Lannois (*Rev. de médecine*, 1893), des observations de Haushalter dans la *Revue de médecine* (1895), la thèse de Hartmann (Nancy, 1895) et enfin l'article de P. Simon (de Nancy) dans le *Traité des maladies de l'enfance* (1898).

Dans son livre sur les *Maladies parasyphilitiques*, le professeur Fournier signale la syphilis héréditaire comme cause de la maladie que nous étudions. Les travaux de M. Gilles de la Tourette (1), la thèse de son élève, le docteur Gasne (2), démontrent l'influence de l'hérédo-syphilis comme agent producteur de lésions de l'axe spinal. Déjà d'ailleurs en 1889, Gardié (3) avait publié sa thèse sur le *non-développement hérédo-syphilitique des cordons antéro-latéraux de la moelle* et s'appuyant sur quatre observations, il montrait que, dans ces cas, la moelle n'arrive pas pour ainsi dire à avoir l'âge de l'enfant.

Dans ces derniers temps quelques autopsies ont été faites de maladie de Little. M. Déjerine qui, en 1892, avait publié une leçon à ce sujet (4), relate à la Société de biologie (5), en 1897, deux autopsies; la même année Philippe et Cestan (6) en relatent un cas sans lésion du faisceau pyramidal. Van Gehuchten (7) attribue à la maladie une origine spinale, tandis que l'origine cérébrale est défendue par la plupart des auteurs, et entre autres par le professeur Raymond (8) et par Mya et Lévi (9).

Dernièrement, Massalongo (10) a publié une intéressante étude des diplégies cérébrales infantiles, où il rapporte des cas où la maladie de Little s'est développée un certain temps après la naissance, consécutivement à diverses infections, et on est amené ainsi aujourd'hui à considérer cette maladie comme le résultat d'influences toxi-infectieuses diverses pendant la vie intra-utérine ou dans les premières années de la vie extra-utérine.

La thérapeutique a occupé les chirurgiens orthopédistes, et il faut signaler les travaux récents d'Eulenburg (11), de Hoffa (12). Enfin, nous rappellerons deux articles, l'un du docteur La Bonnardières (13) et l'autre du docteur Lebrun (14), ayant trait au traitement chirurgical de cette maladie.

## II

Les débuts de la maladie de Little peuvent être remarqués dès les premières semaines de la vie de l'enfant. Quelquefois on observe à cette période quelques attaques convulsives, qui sont loin d'être constantes. Freud les aurait notées 20 fois sur 53 cas. Elles sont d'ailleurs passagères, et ne se renouvellent pas dans la suite. Ce qui peut faire soupçonner la maladie de Little dès cette période c'est souvent cette remarque faite, par la personne qui démaillotte et rhabille l'enfant que celui-ci, a une raideur anormale des membres. Mais généralement, soit qu'on ait affaire à des personnes peu observatrices, soit que réellement la maladie ne se soit manifestée que plus tard, c'est passé l'âge d'un an qu'elle est reconnue.

(1) Feer. *Uber angeborene spastische Gliederstarre*, Basel 1890.
(2) P. Marie. *Leçons sur les maladies de la moelle*, 1892, et *Traité de Charcot-Bouchard*.
(3) Erb. Uber die spastische Spinalparalyse, *Virchow's Archiv*, 1877, 70e band.
(4) Charcot. *Œuvres*, t. IV.
(5) Freud. *Beitr. zur Kinderheilk. herausgegeben von Kassowitz* Leipzig 1893, et *Traité de pathologie et de thérapeutique* de Nothnagel, Vienne 1897.
(6) Brissaud. Loc. cit., et *Semaine méd.*, 1894, p. 89.
(7) Marfan. *Presse méd.*, 1894, no 2.

(1) Gilles de La Tourette. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1896.
(2) Gasne. *Localisations spinales de la syphilis héréditaire*, Th. de Paris, 1897.
(3) Gardié. Th. de Paris, 1889.
(4) Déjerine. *Rev. des mal. de l'enf.*, avril 1892.
(5) Déjerine. Soc. de biol., 13 mars 1897.
(6) Philippe et Cestan. Soc. de biol., 19 déc. 1897.
(7) Van Gehuchten. *Rev. de neurol.*, 15 fév. 1897.
(8) Raymond. *Maladies du système nerveux*, Paris 1894.
(9) Mya et Levi. *Riv. di patol. nervosa e ment.*, nov. 1896.
(10) Massalongo. Uber cerebrale Diplegien in Kindesalter (Little'sche Krankheit), *Wien. med. Blætt.*, 17, 24 fév., 3, 10, 17 mars 1898.
(11) Eulenburg. Zur therapie der Kinderlähmungen, *Deuts. Med. Wochens.*, 7 avril 1898.
(12) Hoffa. *Münch. med. Wochenschr*, 12 avril 1898.
(13) La Bonnardières. *Rev. d'orthop.*, nov. 1896.
(14) Lebrun. *Rev. des mal. de l'enf.*, fév. 1898.

Dix-huit mois, deux ans se passent et l'enfant ne marche pas encore. Étudions les symptômes de la maladie caractérisée chez un petit malade âgé de plus de trois ans.

Si on l'examine couché, on constate qu'il est moins développé qu'un enfant normal ; et ce qui frappe dès l'abord, c'est la position des membres inférieurs qui sont en demi-flexion et adduction ; les genoux sont collés l'un contre l'autre ; les pieds sont toujours dans un certain degré d'équinisme. Si l'on demande à l'enfant de soulever ses pieds du lit, on voit que ce mouvement est difficile, qu'il se fait avec beaucoup de raideur et tout d'une pièce, et s'exécute simultanément dans les deux membres.

Si l'on assied le petit malade sur le bord du lit, on constate une notable exagération des réflexes rotuliens et de ceux du tendon d'Achille. La position des pieds en varus équin s'exagère. Enfin il est souvent facile de provoquer de la trépidation épileptoïde par une brusque pression de la plante du pied. Quelquefois, cependant, la contracture est tellement forte que les réflexes sont difficilement provoqués. Si on l'assied sur une chaise, les phénomènes précédents s'accusent nettement ; les jambes raides restent étendues en avant, et il est des cas où il est impossible à l'enfant de garder l'équilibre dans la station assise. La position des jambes en avant entraîne le corps dans cette direction. La raideur des membres empêche d'arriver à l'asseoir par terre.

Si maintenant nous faisons marcher le petit malade en le faisant soutenir sous les aisselles par quelqu'un placé en arrière, nous voyons que cette marche est bien caractéristique. Les cuisses sont serrées en adduction et dans la rotation en dedans ; les jambes également dans la rotation en dedans s'écartent en bas, dessinant un angle dont le sommet répondrait aux genoux. Quant aux pieds, ils sont fortement en varus équin et ne touchent le sol que par l'extrême pointe.

Dans les formes moins accentuées, l'enfant peut se tenir debout seul, mais toujours dans un équilibre instable. On constate que la raideur est surtout grande au début des mouvements ; puis dans la progression, il se produit un balancement alternatif, le malade appuyant tout le poids du corps sur le pied qui touche le sol. Souvent, à cause de l'accolement des genoux et du croisement des pieds, il trébuche et tombe, surtout s'il essaie de courir. Ici comme dans tous les états spasmodiques, la difficulté est grande pour faire volte-face. On constate, en outre, de la cyphose, une ensellure lombaire avec raideur des pelvi-trochantériens et de la ceinture iliaque. Enfin, à mesure qu'il avance, le malade est poussé en avant par suite d'un clonus du pied.

La rigidité n'est pas toujours limitée aux membres inférieurs ; on peut aussi l'observer aux *membres supérieurs et à la face ;* mais elle y est toujours moins accentuée. La préhension des objets est difficile, maladroite. Les membres supérieurs sont à demi-fléchis et s'appliquent contre le tronc « comme les ailerons d'une volaille ». L'enfant a de la peine à porter la main à la bouche, et le bras décrit un arc pour exécuter ce mouvement. Les réflexes du coude et du poignet sont augmentés. Les mains sont en pronation, inclinées vers le bord cubital ; les doigts sont étendus.

Quelquefois, les *muscles du cou et de la nuque* sont plus ou moins atteints et il existe, soit une inclinaison de la tête en arrière, soit un torticolis latéral.

Dans les formes généralisées, les *muscles de la face* sont intéressés, et cette contracture contribue à donner à l'enfant le masque de l'idiotie. Ces contractures frappent les muscles des lèvres, et la bouche de l'enfant prend la forme connue sous le nom de « bouche en cœur ». Quelquefois on a pu voir du rire sardonique.

Les *muscles oculaires* peuvent participer à ces contractures, ce qui donne lieu à du strabisme, qu'on observerait dans 30 p. 100 des cas, et à du nystagmus. Le strabisme serait plus fréquent dans la forme paraplégique (4 fois sur 12) que dans la forme généralisée (1 fois sur 12). La parole peut être gênée par le spasme qui frappe aussi les *muscles de la langue ;* enfin, on peut observer de la dysphagie, due au *spasme œsophagien*, et des accidents de suffocation par les *spasmes laryngés*. Les *sphincters* ne sont pas atteints d'ordinaire.

Les troubles moteurs, les contractures musculaires sont à peu près les seuls symptômes de ce complexus morbide. On n'observe, en effet, ni troubles de sensibilité, ni troubles du sens musculaire, ni troubles trophiques musculaires ou cutanés, ni troubles de la réaction électrique. Il existe cependant un certain retard de développement surtout marqué dans les membres inférieurs, qui sont toujours les plus frappés, et leur moindre volume contraste avec le volume à peu près normal du reste du corps.

L'*intelligence* de ces petits malades est aussi un peu retardée, mais moins qu'on ne le croirait tout d'abord ; et ce développement intellectuel, relativement normal, est un symptôme important du syndrome de Little pur. Nous ajouterons cependant qu'on trouve toutes les transitions entre les formes sans aucun trouble intellectuel et celles qui s'accompagnent de diminution notable des facultés cérébrales. D'ailleurs, même intelligents, ces petits malades sont généralement des névropathes, à caractère changeant et bizarre, et présentent souvent quelques stigmates de dégénérescence.

Nous venons de retracer le tableau d'ensemble de la maladie de Little. Elle peut, comme nous l'avons dit, se présenter sous la forme limitée aux membres inférieurs, *paraplégique*, ou sous la forme *généralisée*, qui cependant domine toujours aux membres inférieurs. Elle peut aussi se montrer sous une *forme fruste*, où la contracture est peu marquée, où la marche est peu gênée, où ce sont surtout l'exagération des réflexes et la trépidation spinale qui témoignent de la lésion.

Enfin, à côté de ces formes où le syndrome de Little se présente dans sa pureté, il en est où il est combiné à d'autres phénomènes, et surtout à des *tremblements*, soit sous l'aspect d'*athétose double*, qui imprime aux doigts des mouvements de reptation, que l'on a comparés à ceux des poulpes, soit sous celui de *chorée chronique*. Quelquefois, les tremblements ressemblent à ceux de la paralysie agitante et de la sclérose en plaques. On peut voir coïncider l'*hémiplégie spasmodique*, ou au moins de l'hémiparésie. Une autre complication consiste dans les troubles psychiques et l'*idiotie*, qui est généralement précédée de convulsions. Les *paralysies* qui peuvent s'associer aux contractures sont difficiles à reconnaître ; il faut pour cela mettre l'enfant debout. S'il est paralysé, les jambes fléchissent ; s'il y a de la contracture, au contraire, elles deviennent plus raides.

L'*évolution* de la maladie de Little est essentiellement chronique, et on peut dire qu'elle ne guérit jamais complètement. Cependant, ce n'est pas, comme d'autres maladies nerveuses, une affection à marche progressive ; au contraire, elle a tendance à s'améliorer spontanément, et au pis aller,

elle reste stationnaire. Elle est donc à ce point de vue, jusqu'à un certain point, comparable à la *paralysie atrophique* infantile, qui atteint d'emblée son maximum de localisations, et se limite ensuite au lieu de s'étendre. On peut même dire que l'évolution est bien plus favorable dans la maladie de Little que dans l'autre affection, où l'atrophie complète des muscles et des membres en fait une maladie incurable. Dans la paraplégie spasmodique infantile, les muscles n'étant pas réellement atrophiés, leur éducation est lente, mais possible. L'enfant peut, une fois adolescent, arriver à marcher très convenablement.

III

Le *diagnostic* de maladie de Little est d'ordinaire facile, au moins dans les formes pures. Le début dès les premières semaines ou les premières années de la vie, la prédominance des phénomènes spasmodiques sur les paralysies, l'absence d'atrophies notables, de troubles électriques, de troubles de sensibilité, et de troubles psychiques, tout cela peut permettre d'affirmer le diagnostic.

L'*hémiplégie spasmodique infantile*, surtout si elle est *bilatérale*, pourrait simuler le syndrome de Little. Mais dans celle-là il y a une notable atrophie musculaire et des troubles trophiques, il y a un affaiblissement marqué de l'intelligence et souvent des attaques épileptiques. La paralysie y est beaucoup plus accentuée. C'est enfin une affection à début plus tardif, presque jamais congénital.

L'hémiplégie spasmodique peut être cependant difficile à différencier dans ses formes, où il y a seulement de l'hémiparésie avec prédominance de spasme. Il est possible, d'ailleurs, qu'il y ait des transitions entre les lésions causales de l'un et de l'autre de ces syndromes nerveux.

La *paraplégie spasmodique familiale*, étudiée surtout par Strumpell (1), par Bernhardt (2), par Jendrassik (3), et enfin, tout récemment, dans la thèse de Lorrain (4), et qui serait due à une sclérose combinée primitive des faisceaux pyramidaux, cérébelleux directs et de Goll, se différenciera à son caractère de maladie familiale, et surtout à sa marche lentement progressive, sans amendement.

Les paraplégies et contractures *hystériques*, quoique rares chez l'enfant, s'observent quelquefois, et il est bon d'y penser. L'absence d'exagération des réflexes, de troubles du membre supérieur, les troubles de la sensibilité et les stigmates ordinaires de l'hystérie permettront d'établir ce diagnostic.

La *maladie de Friedreich* s'accompagne d'ataxie des membres inférieurs, de la démarche tabéto-cérébelleuse, d'abolition des réflexes; il n'y a pas de trépidation spinale. C'est enfin une maladie familiale. Son début se fait à l'adolescence.

L'*hérédo-ataxie cérébelleuse* débute d'ordinaire après vingt ans. La démarche ébrieuse, les secousses choréiformes, l'absence d'exagération des réflexes et de trépidation la caractérisent.

La *paralysie atrophique de l'enfance* ne ressemble pas à la maladie de Little. Les atrophies et les troubles trophiques, la paralysie molle, la réaction de dégénérescence établissent des différences tranchées.

La *maladie de Thomsen* est héréditaire et congénitale. La raideur qui n'existe qu'au début des mouvements volontaires disparaît après quelques minutes. On n'y observe pas l'exagération des réflexes rotuliens et le clonus du pied.

La *tétanie* n'est pas congénitale. Le siège aux mains, les attitudes spéciales de la main, l'apparition et la disparition des contractures sont propres à cette affection.

Nous n'insisterons pas sur les *compressions médullaires par tumeur* ou *mal de Pott*, qui ne débutent d'ordinaire que plus tard, et s'accompagnent de douleurs, de troubles sensitifs, sans contractures aussi marquées; sur la *myélite transverse*, où il y a des atrophies musculaires et des troubles sphinctériens; sur la *sclérose en plaques*, qui est rare chez l'enfant, et où le tremblement particulier permet le diagnostic.

IV

L'*anatomie pathologique* de la maladie de Little est encore une question à l'étude. Ce qui semble établi aujourd'hui, c'est qu'elle est moins simple qu'on ne l'avait cru d'abord, et que, comme pour d'autres syndromes nerveux, des lésions diverses siégeant en divers points de l'axe cérébro-spinal, peuvent avoir pour conséquence le syndrome de Little.

Little, et à sa suite la plupart des auteurs qui ont étudié ce syndrome morbide jusqu'à ces derniers temps, M. Marie, M. Brissaud avaient admis une lésion, dont l'existence reposait plus sur des idées théoriques que sur des faits d'autopsie. M. Marie, dans son article du *Traité de médecine*, disait, en effet, qu'il n'y avait pas encore d'autopsie de cette affection. La lésion regardée par ces auteurs, et plus récemment par Van Gehuchten (1), comme la cause de la maladie, était l'*absence de développement du faisceau pyramidal*, qu'expliquerait la naissance avant terme, à une époque où ce faisceau n'a pas encore sa myéline, qui n'y apparaît qu'au neuvième mois de la vie intra-utérine. Après la naissance, le faisceau pyramidal arriverait difficilement à rattraper le développement qu'il devrait avoir chez un enfant du même âge né à terme, mais on comprendrait cependant que peu à peu il arrivât à se développer suffisamment pour permettre les mouvements. A cela pourrait se joindre aussi un arrêt de développement des circonvolutions motrices du cerveau, comme dans le cas de Mya et Levi (2), où les cellules pyramidales motrices étaient aussi peu développées.

Aujourd'hui, l'étude anatomo-pathologique de la maladie de Little a progressé, et Massalongo, dans un récent article (3), comptait 27 autopsies de diplégies cérébrales infantiles (Kurella, Déjerine et Sollier, Mills, Bernhardt, Betcherew, Sarah Mac Nutt, Bruns, Eisenlohr, Railton, Bourneville, Puttmann, Petersen, Pennato, Massalongo). Généralement, on a trouvé d'une part une lésion cérébrale, de nature variable et qu'il est difficile de préciser, parce qu'à l'époque où on fait l'autopsie ce ne sont que des reliquats qu'on observe, et, d'autre part, une lésion secondaire de la moelle.

(1) Strümpell. *Arch. f. Psych.*, band X, XVII, et *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1893.

(2) Bernhardt. *Virchow's Arch. f. Pathol. Anat.*, 1891, band CXXVI, p. 59.

(3) Jendrassik. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, band LVIII, p. 138.

(4) Lorrain. *Contribution à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale*, Th. de Paris, 1898.

(1) Van Gehuchten. *Rev. de neurol.*, loc. cit.

(2) Levi. *Riv. patol. nerv. e mentale*, nov. 1896.

(3) Massalongo. *Wien. Med. Blætt.*, loc. cit.

La *lésion cérébrale* était du ramollissement, des formations kystiques, de la sclérose cérébrale, de l'épaississement méningé, des hématomes, des hémorragies capillaires multiples, peut-être consécutives aux difficultés de l'accouchement et aux interventions instrumentales. Dans les cas où la lésion est superficielle, on comprend qu'elle ne s'accompagne pas de troubles marqués de l'intelligence; tandis qu'au contraire les mêmes lésions étendues et profondes seraient suivies d'idiotie; toutes les transitions peuvent exister à ce point de vue. La lésion de début serait, pour Kundrat de l'encéphalite fœtale, pour Schultze des embolies, pour Massalongo de la méningo-encéphalite toxémique aiguë. Les hémorragies, les kystes, la pachyméningite et la sclérose sont donc des lésions évolutives ou dégénératives. M. Brissaud explique la fréquence du siège des lésions au niveau du lobule paracentral, centre des membres inférieurs, par une ingénieuse hypothèse; le lobule paracentral est en raison, de son siège, le point le plus mal irrigué, parce que le sang qui s'y distribue doit aller contre la pesanteur; c'est ce qui ferait, d'après Souques et J.-B. Charcot (1), que les tubercules y seraient fréquents. Ainsi on s'expliquerait qu'à l'encontre de ce qui a lieu pour les autres scléroses du faisceau pyramidal, la contracture domine ici aux membres inférieurs.

La *lésion médullaire secondaire* ne viendrait qu'à un stade avancé, et même dans les formes où il n'y a pas de symptômes cérébraux elle serait secondaire. Betcherew a observé la dégénérescence pyramidale après sclérose cérébrale, Sarah Mac Nutt, la même lésion après atrophie des circonvolutions du lobule paracentral, Bruns après le ramollissement de la partie moyenne des deux hémisphères; Massalongo dans une autopsie a noté un début de dégénérescence du faisceau pyramidal; pour cet auteur l'apparition tardive de cette lésion expliquerait qu'elle n'est pas toujours trouvée aux autopsies. Eisenlohr a vu la sclérose des cordons latéraux cervicaux; Peterson, enfin, la dégénérescence des cordons latéraux consécutive à l'épaississement de la dure-mère.

Si la lésion des faisceaux pyramidaux semble fréquente d'après les quelques autopsies que nous connaissons de la maladie de Little, elle n'est pas constante cependant et récemment Philippe et Cestan (2) ont publié quatre nécropsies où cette lésion manquait, ainsi que dans quatre cas appartenant à Binswanger, Railton, Ganghofner. Dans les cas de Philippe et Cestan, le faisceau pyramidal était normal histologiquement sans sclérose ni agénésie. Aussi ces auteurs étaient-ils conduits à admettre une lésion des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, opinion déjà émise par Charcot en 1876 et plus tard par le professeur Raymond. Les enfants dont il s'agissait dans ces autopsies étaient d'ailleurs nés à terme.

Cependant, pour M. Déjerine, l'absence de lésion des cordons pyramidaux tiendrait au non-développement des cylindraxes qui n'aurait pas permis à la sclérose de se produire.

Deux autopsies récemment publiées par M. Déjerine (3) nous montrent que d'une part la maladie de Little peut être consécutive à *une lésion qui semble purement cérébrale*, ou par contre à une *lésion purement médullaire*. Dans le premier cas il s'agissait d'un homme de soixante-dix-neuf ans, dont la naissance s'était faite normalement et à terme et qui était atteint depuis le tout jeune âge de paraplégie spasmodique de moyenne intensité; cet homme, commis en écritures, était d'une intelligence normale, mais sujet depuis l'enfance à des attaques épileptiques. A l'autopsie on trouvait une porencéphalie de la face externe des hémisphères jusqu'au ventricule latéral; les pyramides bulbaires étaient petites, mais non dégénérées; la moelle était normale.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de quarante-quatre ans, né à terme, et ayant eu de la paraplégie spasmodique dès la naissance. Il n'avait commencé à marcher que vers l'âge de neuf à dix ans. Il était de faible intelligence, mais n'avait pas d'attaques épileptiques. A l'autopsie il n'y avait rien à l'encéphale, mais la moelle était petite, et montrait une tache grise à la partie postérieure du cordon latéral. A l'examen histologique, les cordons antéro-latéraux étaient plus petits que normalement; il y avait de la sclérose névroglique de la partie postérieure du cordon latéral surtout à gauche. La corne antérieure gauche était plus petite; les cellules étaient normales. Entre la première et la deuxième paire cervicale, il y avait une lésion médullaire en foyer, et à ce niveau les cornes postérieures étaient détruites par de la sclérose lacunaire avec vascularité. Le syndrome de Little, dit M. Déjerine, peut donc être dû à une lésion médullaire primitive en foyer, d'origine intra-utérine et probablement de nature infectieuse. La lésion des cornes postérieures et le prolongement de la sclérose dans le cordon latéral avaient eu pour conséquence la double sclérose systématique du faisceau pyramidal. Mais une lésion médullaire cervicale en foyer, comme le fait remarquer M. Déjerine, explique difficilement la paraplégie spasmodique prédominant aux membres inférieurs. Ces deux observations montrent que l'état intellectuel ne peut pas servir à affirmer si la lésion est cérébrale ou purement médullaire.

En résumé la lésion que l'on doit s'attendre à trouver le plus souvent est une lésion cérébrale superficielle bilatérale au niveau du lobule paracentral et une dégénération secondaire du faisceau pyramidal, quelquefois de l'agénésie de ce faisceau; mais on peut rencontrer une lésion exclusivement cérébrale ou exclusivement médullaire. Il est enfin des cas où le faisceau pyramidal paraît intact et où la lésion semble frapper les cellules des cornes antérieures. Lorsque le faisceau pyramidal est lésé, on comprend que, ou bien il transmette son irritation à la périphérie, ou plutôt qu'il cesse de transmettre l'action frénatrice des cellules cérébrales. D'ailleurs la lésion pourrait être aussi, comme le suppose Massalongo, dans la terminaison des neurones moteurs, dans une maladie du kinétoplasme, qui expliquerait la complication de tremblements. Mais ce n'est là encore qu'une hypothèse.

## V

Les données de l'anatomie pathologique vont nous servir pour nous faire une idée sur la *pathogénie* de la maladie de Little, qui est certes aussi diverse que sont polymorphes les lésions dont nous venons de parler.

Pour Little et pour beaucoup de ceux qui ont étudié l'affection décrite par l'accoucheur anglais, l'*accouchement avant terme*, c'est-à-dire avant le complet développement du faisceau pyramidal, serait, comme nous l'avons vu, la cause principale. Mais d'une part, la maladie de Little est rare chez les enfants nés prématurément, et d'autre part, il

(1) Souques et J.-B. Charcot. Soc. anat., 10 mai 1891.
(2) Philippe et Cestan. Soc. de biol., 19 déc. 1897.
(3) Déjerine. Soc. de biol., 13 mars 1897.

est bien des cas de cette affection où l'on ne peut relever cette étiologie. De plus, on s'est demandé si, dans ces cas, la maladie de Little ne serait pas due à la même cause qui amène l'accouchement prématuré.

On a invoqué aussi depuis Little les *difficultés de l'accouchement*, les manœuvres instrumentales, la procidence du cordon, et les diverses causes d'asphyxie des nouveau-nés. Nous avons vu que, d'après certains auteurs (Naef, Feer, Freud), tandis que l'accouchement prématuré aurait pour conséquence la forme paraplégique, l'asphyxie du nouveau-né serait suivie de la forme généralisée avec déchéance intellectuelle; en effet, tandis que dans le premier cas il s'agirait d'agénésie du faisceau pyramidal, il s'agirait dans le second de lésions cérébrales, généralement d'hémorragies capillaires, suivies de dégénérescence du cordon pyramidal. M. Marfan a cependant observé un enfant né en état d'asphyxie et qui était atteint de maladie de Little sans troubles intellectuels. C'est cette théorie de l'asphyxie de l'enfant, qui a été surtout défendue par le professeur Raymond et l'an dernier au Congrès de Moscou (1) par le docteur Verrier, qui incrimine aussi la pratique de l'insufflation des enfants venus en état de mort apparente, pratique par laquelle on peut produire des accidents toxiques en insufflant de l'acide carbonique. Enfin Freud fait jouer un rôle aux affections psychiques de la mère pendant la grossesse, à une frayeur (2), aux traumatismes, aux accouchements gémellaires.

Une théorie qui nous semble destinée à prendre le pas sur les autres, c'est celle de l'origine *toxi-infectieuse* de la maladie de Little, que la cause productrice agisse pendant la vie fœtale ou peu après la naissance, à une époque où la grande commissure pyramidale est en voie de développement. Cette théorie a l'avantage d'expliquer les cas où le début s'est fait certainement assez longtemps après la naissance. Elle s'accorde avec l'importance des causes toxi-infectieuses, de plus en plus évidente dans la genèse des maladies nerveuses de l'enfance, et en particulier avec l'importance des infections gastro-intestinales du nourrisson dans la pathogénie de l'hydrocéphalie [Marfan (3)]. Massalongo (4) a vu dans plusieurs cas le syndrome de Little apparaître dans les premières années de la vie, à la suite d'infections diverses (rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie, influenza), que ces maladies fébriles aient été convulsives ou non dans leur évolution, et souvent à la suite d'infections gastro-intestinales à bacterium coli.

Parmi les maladies toxi-infectieuses des parents qui peuvent agir sur le système nerveux de l'enfant, il faut faire une place à part à la *syphilis*, bien que Naëf et Feer, sur 179 cas, ne l'aient pas notée une seule fois. Nous avons signalé le travail de Gardié (5), sur l'arrêt de développement des cordons antéro-latéraux par le fait de l'hérédo-syphilis. Fournier et Gilles de La Tourette (6) ont relaté un cas de maladie de Little chez un enfant né à six mois et demi et qui avait des signes certains d'hérédo-syphilis. Gasne (7) a vu un de ces petits malades, dont le père était manifestement syphilitique avant la naissance de l'enfant; on ne trouvait aucune autre cause à la maladie de l'enfant. Simon, Samuel Gee, Gaudard, Moncorvo, Jendrassik, Marie, Haushalter, de Amicis (1), ont signalé des observations de maladies de Little chez des hérédo-syphilitiques. La syphilis héréditaire pourrait donc amener le syndrome de Little par lésion ou cérébrale, ou d'emblée médullaire. Il n'y a donc pas lieu d'établir le diagnostic entre hérédo-syphilis spinale et maladie de Little, puisque celle-ci peut en être une des manifestations (Gasne).

A côté de la syphilis, il faut peut-être faire une place pour la *tuberculose*, et il serait possible que la toxine tuberculeuse, imprégnant le système nerveux de l'enfant comme la toxine syphilitique, donnât lieu à des manifestations nerveuses d'origine paratuberculeuse, comme les autres sont parasyphilitiques. Nous avons observé à l'hospice des Enfants-Assistés, dans le service de notre maître, le professeur Hutinel, une enfant dont l'affection aurait commencé à trois ans; les parents de l'enfant étaient morts tuberculeux. Dans un cas de Haushalter, il y avait comme seule étiologie la tuberculose ancienne de la mère.

En résumé, nous croyons que la pathogénie toxi-infectieuse est destinée à s'étendre à mesure que les malades seront mieux observés à ce point de vue. La différence du siège, de l'intensité des lésions fait seule la différence des symptômes; peut-être aussi faut-il tenir compte de l'époque de la vie de l'enfant où la cause morbide commence à agir, et la preuve en est que le syndrome de Little n'apparaît qu'au moment où est en évolution le faisceau pyramidal.

Naturellement, ici comme dans toute affection nerveuse, la cause toxi-infectieuse n'est pas tout. Il faut une prédisposition du système nerveux, et en effet on retrouve une hérédité névropathique indirecte, mais presque jamais similaire. Quelquefois, la maladie se présente sous l'aspect de maladie familiale, frappant plusieurs membres (frères et sœurs) d'une même famille. Du côté des parents, on trouve généralement l'hystérie, l'épilepsie, des psychoses, de l'alcoolisme. On a incriminé enfin les mariages consanguins.

La fréquence paraît à peu près égale dans les deux sexes. Les chiffres suivants peuvent montrer que la maladie de Little n'est pas une rareté: Little en connaissait 200 cas, Naëf 100, Feer 77, Freud 53; Massalongo, de 1896 à 1898, en a observé 22 cas. Sur 100 difformités congénitales, Hoffa compte 4 maladies de Little. Sur 1000 enfants hospitalisés, Naëf dit qu'il y en a 1 atteint de cette affection.

## VI

Le *traitement* de la maladie de Little a été surtout étudié dans ces derniers temps.

Si l'on a des raisons de suspecter l'hérédo-syphilis, on devra essayer le traitement pathogénique spécifique (frictions mercurielles, qui sont bien supportées par les enfants, sirop de Gibert ou iodure de potassium, en commençant par de petites doses).

Le traitement symptomatique consistera dans le massage, la gymnastique et surtout la gymnastique suédoise, une éducation méthodique des muscles, et dans ce but la méthode employée par le docteur Frenkel dans l'ataxie, pourra rendre des services.

A une période avancée de l'affection, aux contractures

(1) Congr. de Moscou, août 1897, et *Bull. méd.*, 1897, p. 947.
(2) L'Urriola. *Arch. de neurol.*, juin 1897, p. 450.
(3) Marfan. *Semaine méd.*, 1896.
(4) Massalongo. Loc. cit.
(5) Gardié. Loc. cit.
(6) Gilles de La Tourette. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1895.
(7) Gasne. Th. de Paris, 1897, p. 143.

(1) De Amicis. Die Little'sche Krankh. u. die hered. Syph., *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Band XLIII.

ont fait suite des rétractions tendineuses, qu'il faudra sectionner pour rendre aux muscles sains leur fonctionnement. En effet, par une espèce de cercle vicieux, les rétractions tendineuses gênant les mouvements augmentent l'état spasmodique. M. Vincent (1), conseille, après la ténotomie, l'immobilisation de trente ou quarante jours dans un plâtre; M. Lebrun (2) n'est pas de cet avis, et croit qu'après dix ou douze jours, il faut faire faire des mouvements aux muscles. Cette méthode nous semble préférable.

Eulenburg (3) a, dernièrement, conseillé la transplantation tendineuse, préconisée par Nicoladoni, Drobnik, Felix Franke, Oscar Vulpius. Cette opération consiste à transporter l'innervation des muscles sains sur des muscles paralysés et atrophiés. Eulenburg a eu l'idée d'appliquer à la maladie de Little cette opération déjà faite sur la paralysie infantile. Il rapporte un cas où il fit la transplantation partielle du tendon d'Achille sur les tendons du long et du court péroniers. L'excitation faradique du nerf tibial au creux poplité amenait des mouvements de pronation du pied avec élévation du bord externe, ce qui montrait que l'opération avait réussi. On peut ainsi réaliser une régulation nouvelle de l'innervation. Hoffa (4) donne comme principe de fortifier les extenseurs et les abducteurs et d'affaiblir les fléchisseurs et les abducteurs. Il conseille, pour l'affaiblissement des contractures, le tapotement énergique des extrémités tendineuses, qui agit très rapidement.

Après les opérations tendineuses, il sera bon que les articulations soient dans une position de correction exagérée; ainsi on mettra les jambes en rotation en dehors. Hoffa se sert, pendant quatre à six semaines, d'un appareil très simple composé de deux planches rattachées par une charnière qu'on peut écarter. Une petite planchette maintient les pieds. On peut avec cet appareil régler l'extension et l'abduction à volonté. La gymnastique sert ensuite surtout à remettre les muscles sous l'influence de la volonté. Hoffa a vu, après six mois de traitement, une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de forme intense de maladie de Little, qui pouvait marcher pendant une heure et même danser.

Quant à la chirurgie cérébrale, elle n'est pas à conseiller dans la maladie de Little, où d'ailleurs il est impossible d'établir nettement le siège de la lésion, lorsqu'il en existe. Spiller (5) rapporte un cas de maladie de Little où une craniotomie fut faite à dix-neuf mois, et une autre trois mois plus tard, de l'autre côté. Après ces opérations, il survint une légère amélioration, mais l'enfant mourut brusquement à six ans.

Le docteur Chipault a fait la *section des nerfs obturateurs* chez une fille de seize ans, atteinte de maladie de Little. L'adduction forcée des cuisses diminua beaucoup, et la marche en fut rendue plus facile.

On a conseillé enfin la *galvanisation* de la moelle avec des courants descendants, et Redard a préconisé la suspension. On peut essayer l'électrisation des muscles, mais en évitant les courants faradiques.

(1) VINCENT. *Rev. d'orthop.*, nov. 1896.
(2) LEBRUN. *Rev. des mal. de l'enf.*, fev. 1898.
(3) EULENBURG. *Deuts. med. Wochens.*, 7 avril 1898.
(4) HOFFA. *Münch. med. Wochens.*, 12 avril 1898.
(5) SPILLER. On arrested development and Little's Disease. *Journ. of nerv. and. mental Diseases*, fév. 1898.

## IVe CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE A PARIS (1898)

### DES RAYONS DE RŒNTGEN APPLIQUÉS AU DIAGNOSTIC ET A LA CURE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

MM. BOUCHARD et CLAUDE (de Paris) recommandent un appareil spécial qui se fixe sur le malade au moyen d'une ceinture et est agencé de telle sorte que la radioscopie ne se produit qu'au moment de l'inspiration.

L'examen clinique permet de suite de constater que la sonorité à la percussion correspond aux zones claires et transparentes sur l'écran et la matité aux parties obscures.

Les rayons Rœntgen permettent, avant l'apparition de signes cliniques certains, d'obtenir des renseignements sur la perméabilité du poumon et, par conséquent, de poser un diagnostic que la clinique eût été insuffisante à établir.

Lorsqu'il y a des lésions, on trouve, au lieu de la transparence uniforme, des petites granulations, quelquefois une sorte de voile, de brouillard, au sommet du poumon atteint. Ce voile se verra d'autant plus nettement que, si les parties sont saines, la clavicule se détachera avec netteté. Le défaut de netteté de la clavicule permettra d'affirmer qu'il existe une modification dans la perméabilité du poumon.

Plus tard, l'obscurité augmente, et ces contours, que l'on apercevait à travers un brouillard, deviennent tout à fait impossibles à discerner.

Il se passe aussi des modifications du côté du diaphragme. Il se soulève moins qu'à l'état normal, et cela dès le début de la tuberculose. Opacité s'opposant à la projection nette du squelette, et abaissement du diaphragme, voilà les deux signes initiaux de la phtisie pulmonaire au point da vue radioscopique.

Lorsque la tuberculose est plus avancée, que le parenchyme pulmonaire est presque entièrement détruit (période cavitaire), bien que les signes cliniques ne fassent point défaut, il peut y avoir grand intérêt à noter avec certitude l'étendue exacte des lésions, le nombre et les dimensions des cavernes. Lorsque la caverne est superficielle, on voit une sorte de pénombre entourée d'un cercle noir épais. On peut suivre les phases de réplétion ou de vacuité de la cavité par les matières purulentes.

Par l'écran fluorescent et la plaque radiographique, on arrive à noter les épanchements à la base, les fausses membranes, les adhérences, la pleurésie diaphragmatique, qui passe si souvent inaperçue, la symphyse pleurale. Ces lésions se reconnaissent à des opacités plus ou moins étendues, à la rétraction du médiastin, aux modifications dans la situation du cœur. On distingue aussi les pleurésies interlobulaires des abcès du poumon, qui donnent une zone d'opacité absolument isolée, suspendue entre deux zones lumineuses.

Dans les pneumothorax, les rayons X montrent les adhérences qui retiennent le poumon et l'épanchement. Le thorax ressemble à un encrier à moitié plein. Lorsqu'on secoue le malade, on voit des ondes se produire à la surface du liquide.

Les bronchites associées aux lésions pulmonaires ne se caractérisent pas par des aspects spéciaux.

L'emphysème pulmonaire se présente avec un aspect tout à fait particulier. Chez un emphysémateux, le thorax a

une luminosité tout à fait exceptionnelle. Les côtes et le squelette, d'une façon générale, paraissent avoir une luminosité un peu obscure, se détachent mal; peut-être y a-t-il une transformation chimique de l'os qui, de calcique, devient magnésien : d'après les auteurs américains, les sels de magnésie sont plus transparents que les sels de chaux. On a un aspect moucheté, tacheté, spécial, que les auteurs croient en rapport avec de la sclérose bronchique associée. Le diaphragme est généralement abaissé. Le diamètre vertical de la poitrine est plus grand qu'à l'état normal. Les mouvements du diaphragme se font surtout dans la partie inférieure.

Dans la syphilis pulmonaire, on a le même aspect que dans la tuberculose.

Dans les kystes hydatiques, il y a quelquefois un aspect spécial : une zone d'opacité limitée par une membrane nettement sphérique :

Les images radioscopiques constituent donc un adjuvant important des autres méthodes d'investigation; un moyen de préciser l'étendue de certaines altérations et de permettre de faire intervenir un traitement plus précoce.

M. BÉCLÈRE (de Paris) fait connaître les résultats qu'il a obtenus à l'hôpital Tenon, dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, par la radioscopie et la radiographie.

Son rapport se divise en quatre parties : la première s'adresse à la tuberculose latente, et, comme les orateurs précédents, M. Béclère fait voir tous les résultats pratiques qui peuvent découler d'un diagnostic précoce de ces tuberculoses, tant au point de vue du malade lui-même que de la société aussi bien civile que militaire.

Dans la tuberculose douteuse où il n'y a pas encore d'expectoration, alors que la clinique ne peut se baser que sur des nuances délicates à interpréter, les rayons X sont d'un grand secours.

Toutefois, les résultats sont encore incertains, manquent de netteté, n'ont pas la précision d'un fait brutal et ont souvent encore besoin d'être interprétés.

A eux seuls, ils seraient insuffisants, s'ils n'étaient complétés par les signes cliniques.

Le rapporteur insiste sur l'utile appoint que la radioscopie peut apporter au diagnostic de la pleurésie diaphragmatique, des pleurésies sèches tuberculeuses, de la tuberculose pulmonaire à début pleurétique, de la phtisie aiguë.

Dans la tuberculose certaine, les rayons X permettent de suivre l'évolution de la maladie, et ses complications. Enfin certaines maladies simulant la tuberculose peuvent être décelées par l'image des poumons qui se manifeste claire et transparente sur l'écran.

Tels sont l'emphysème, les bronchites chroniques, qui dans certains cas cliniques, peuvent en imposer pour des lésions tuberculeuses.

M. ESPINA (de Madrid) est d'avis que la radiographie est un moyen de plus pour l'étude de la tuberculose pulmonaire. Elle fournit des données suffisantes pour différencier les lésions tuberculeuses des autres processus, et déterminer les zones atteintes. Dans les épanchements pleurétiques, elle est le meilleur moyen de diagnostic, surtout pour déterminer la limite supérieure.

MM. BERGONIÉ (de Bordeaux) et TEISSIER (de Paris), corapporteurs, ont donné les conclusions suivantes sur l'action thérapeutique des rayons X sur la tuberculose.

Les résultats bien observés de l'action des rayons X sur les lésions tuberculeuses pulmonaires sont tous à peu près négatifs. Non seulement la maladie n'a pas été guérie, mais encore son évolution n'a été ni enrayée, ni retardée, et l'on doit jusqu'à aujourd'hui considérer comme démontrée, par les travaux actuellement parus, que si cette action n'est pas dangereuse, du moins son efficacité thérapeutique est nulle.

Les rayons X n'exercent aucune influence sur la morphologie, la vitalité et la virulence du bacille tuberculeux.

Les effets physiologiques ou pathologiques observés sur les animaux sains ou tuberculisés soumis aux rayons X plaident contre l'application de la radiothérapie à la tuberculose.

L'action des rayons X sur les lésions tuberculeuses expérimentales du cobaye et du lapin peut être considérée comme nulle. Les faits d'amélioration de la lésion locale, ou de survie signalés chez les animaux soumis s'observent assez fréquemment chez les animaux témoins.

L'inflammation réactionnelle entraînant, chez certains animaux tuberculisés soumis aux rayons, la production d'hémorragies intestinales ou la formation d'un processus scléreux qui devient véritablement excessif lors des inoculations intra-pleurales de tuberculose, ne peut être considérée, dans les conditions actuelles d'expérimentation et quelle qu'en soit la cause, comme une réaction salutaire. Malgré la symphyse pleurale, les lésions tuberculeuses sont, en effet, plus étendues et plus diffuses chez les animaux soumis.

M. TEISSIER vient confirmer les conclusions précédentes, en faisant connaître les recherches qu'il a entreprises avec le professeur Potain. De ces recherches, il peut affirmer que les radiations émises, soit par l'oxyde d'urane, soit par le sulfure de zinc, n'exercent aucune action ni sur la vitalité ni sur la virulence des bacilles tuberculeux.

MM. A. RODET et H. BERTIN-SANS ont institué également une série d'expériences. Ils ont constaté que les rayons X ont déterminé des troubles trophiques locaux souvent graves, sous la forme d'ulcérations étendues, sur les régions plus directement exposées aux radiations, ulcérations favorisées par la présence de lésions tuberculeuses locales préexistantes.

Ils ont exercé une influence fâcheuse sur la nutrition générale, les animaux traités présentant un moindre accroissement ou une plus grande perte de poids que les témoins. La mort a généralement été hâtée par le traitement, plus particulièrement chez les sujets qui ont souffert des effets caustiques, mais aussi indépendamment de cet accident.

Le traitement a exercé une influence manifeste sur l'infection du système lymphatique, déterminant la régression des ganglions déjà pris et restreignant l'infection générale du système.

Par contre, loin de modérer l'envahissement des viscères, le traitement l'a un peu favorisé; la rate, le foie, les poumons ont été trouvés, dans l'ensemble, plus tuberculeux chez les traités que chez les témoins.

Dans aucun cas, les animaux n'ont bénéficié du traitement.

MM. DESTOT (de Lyon) et DUBARD (de Dijon) ont trouvé que les rayons X avaient une certaine action sur l'évolution de la tuberculose.

Leurs recherches ont porté sur trois ordres de faits :

1° action sur les cultures *in vitro*; 2° action sur l'intoxication tuberculineuse expérimentale de cobayes tuberculisés; 3° action sur l'homme.

Ils les résument ainsi : c'est aux radiations électriques qui accompagnent les rayons X que l'on doit attribuer les résultats signalés. L'ampoule de Crookes n'agit que comme une résistance et les radiations électriques obtenues d'une autre façon donnent des résultats supérieurs, bien que de même ordre, et présentent cet avantage d'être plus maniables.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de la gale, par le docteur GAUCHER.

Il semble qu'il y ait plusieurs traitements de la gale. En réalité, ils sont réalisés par une ou deux opérations communes à tous. La première est une friction énergique au savon noir pour ouvrir les sillons, détruire les souterrains, mettre l'acare à nu. La deuxième est l'application d'une pommade parasiticide, le plus souvent à base de soufre.

En Belgique, on se sert beaucoup de la lotion de Tleminks avec laquelle on badigeonne le malade.

| | |
|---|---|
| Chaux vive. . . . . . . . | 500 grammes. |
| Fleur de soufre. . . . . . | 250 — |
| Eau. . . . . . . . . . . | 2.500 — |

La pommade de Wilkinson est très usitée en Angleterre, en Allemagne, en Autriche. Elle a pour but de supprimer la friction préalable en la réunissant à l'application de la pommade.

| | |
|---|---|
| Soufre . . . . . . . . | } ââ 180 grammes. |
| Huile de cade. . . . . | |
| Savon noir. . . . . . | } ââ 500 grammes. |
| Axonge. . . . . . . . | |
| Craie. . . . . . . . | 120 — |

La préparation la plus usitée en France et à l'étranger est la pommmade sulfo-alcaline d'Helmerich :

| | |
|---|---|
| Soufre. . . . . . . . . . . | 2 parties. |
| Carbonate de potasse. . . . | 1 — |
| Axonge . . . . . . . . . . . | 8 — |

Comme elle est très irritante, Hardy l'a remplacée par la suivante :

| | |
|---|---|
| Soufre. . . . . . . . . . . | 2 parties. |
| Carbonate de potasse. . . . | 1 — |
| Axonge (ou vaseline) . . . . | 12 — |

qui est suffisante et efficace comme le prouvent les guérisons journalières des malades de l'hôpital Saint-Louis.

Chacun d'eux est couvert des pieds à la tête de savon mou de potasse et vigoureusement frictionné; puis un bain chaud d'une heure, dans lequel il se frotteencore. L'eau chaude ramollit l'épiderme, le savon décape.

Quand la frotte a été suffisamment vigoureuse, prolongée, le malade s'essuie et alors, des pieds à la tête, on l'enduit, toujours par frictions, de la pommade de Hardy.

Puis il remet sa chemise, ses effets contaminés et il s'en va. Théoriquement, au bout de quelques heures, il est guéri. Mais on préfère — parce que la guérison est plus sûre et plus complète — le laisser couvert de sa pommade pendant vingt-quatre heures. C'est donc seulement le lendemain de la frotte qu'il revient à l'hôpital où il prend un bain simple pendant que l'on passe ses habits à l'étuve. Et il s'en va guéri. Telle est la technique vulgaire du moyen le plus simple, le plus efficace pour traiter la gale.

Quand la maladie est récente, peu étendue, on peut conseiller les pommades plus agréables, moins irritantes, comme celles de Bourguignon et de Fournier, toutes deux à base de soufre.

| | |
|---|---|
| Essence de lavande . . . | } ââ 2 grammes. |
| Essence de cannelle. . . | |
| Essence de girofléе . . . | |
| Essence de menthe . . . | |
| Gomme adragante . . . . . | 4 — |
| Carbonate de potasse . . . . | 30 — |
| Fleur de soufre. . . . . . | 90 — |
| Glycérine . . . . . . . . . . | 180 — |
| | (Bourguignon.) |

| | |
|---|---|
| Glycérine . . . . . . . . . . | 200 grammes. |
| Gomme adragante . . . . . . | 1 — |
| Soufre. . . . . . . . . . | 100 — |
| Carbonate de soude. . . . . | 50 — |
| | (Fournier.) |

M. Fournier conseille la technique suivante :

Friction au savon ordinaire ou de toilette et bain, friction avec la pommade et le lendemain, bain.

Si la gale est récente, minime, on peut se contenter de la friction au savon ordinaire; mais ne vous y fiez pas.

Pour les jeunes enfants, pour les gens atteints de maladies aiguës et couchés dans leur lit, pour les cachectiques, pour les albuminuriques, les cardiaques, les personnes souffrant de bronchite chronique, le traitement par les bains prolongés et les frictions irritantes ne saurait être recommandé. La frotte pendant la grossesse est difficile. Et s'il existe des lésions d'impétigo, d'echtyma, si des lésions exulcérées couvrent le corps, ce serait une véritable torture pour les patients que cette application de savon noir et de pommade sulfo-alcaline. Pour tous ces cas, on a imaginé des moyens multiples. Tous dispensent de la friction préalable.

*Frictions au pétrole.* — On enduit l'enfant, on le laisse toute la nuit en cet état et on lui donne un bain le lendemain matin. Ces manœuvres sont répétées trois ou quatre jours de suite. Le pétrole en badigeonnage est dangereux, aussi dangereux que l'éther de pétrole employé dans la séborrhée.

La pommade de Kaposi au naphtol est assez peu irritante, d'une application peu douloureuse, mais elle l'est encore.

| | |
|---|---|
| Naphtol β . . . . . . . | 5 ou 10 grammes. |
| Alcool. . . . . . . . . | Q. S. |
| Eau. . . . . . . . . . | 100 grammes. |

Un moyen de choix dans les cas de gale dégénérée, avec éruptions étendues, et qu'on emploie encore à Saint-Louis pour les enfants et les femmes grosses, c'est l'onction et la friction avec la composition suivante :

| | |
|---|---|
| Huile d'olive. . . . . . | } ââ parties égales. |
| Onguent styrax. . . . . | |

On a proposé le baume du Pérou sans friction préalable. Il est vraiment efficace. Sans savon noir ni bain, en frictions prolongées, il guérit la gale.

La dose pour un adulte est de 60 grammes; elle est de 30 à 40 pour un enfant, suivant sa grandeur. Le soir, en se couchant, le malade se frotte pendant vingt minutes sur tout le corps avec ce baume non irritant et d'agréable odeur. Il remet sa même chemise et se couche dans ses draps de galeux. Le lendemain matin, il prend un bain. Il est guéri, ou, s'il ne l'est pas, il renouvellera bien aisément sa première opération.

Il faut, après avoir tué l'acare sur le corps, le tuer dans les vêtements par l'étuve. Une température de 120 degrés est absolument nécessaire. A la campagne, on se sert de fours.

Il faut ensuite calmer l'irritation qu'a subie, par suite du traitement, cette peau déjà si éprouvée au moyen de bains

d'amidon, d'onctions à la vaseline. En cas de persistance du prurit chez les alcooliques, chez les gens nerveux, on aura recours à la médication interne, aux antispasmodiques, à l'extrait de valériane de préférence, puisque le bromure de potassium et le chloral peuvent provoquer une éruption médicamenteuse. L'action externe, les bains tièdes prolongés, les bains d'amidon, les lotions phéniquées au 100e, chloralées, mentholées et surtout la pommade mentholée à 1 p. 100. (*Journ. de méd. interne.*)

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Tuberculose rénale** (1), par le docteur Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Pitié. N° 9 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Critzman, directeur).

La tuberculose du rein forme un des chapitres les plus importants de la pathologie rénale; de nombreux travaux sont venus dans ces derniers temps élucider cette intéressante question (voy. *Gaz. des hôpit.*, Revue gén., 1898, p. 821).

Dans la présente monographie, M. Tuffier s'attache à coordonner toutes les nouvelles données et à créer ainsi, à la lumière de sa propre expérience, le chapitre complet de la tuberculose du rein.

Le travail débute par un historique complet mais rapide de la question, puis vient l'étude des formes anatomo-pathologiques représentées dans le texte par des figures dessinées d'après des pièces appartenant en propre à l'auteur. Ainsi illustrée, la description est d'une clarté parfaite, aussi bien en ce qui concerne les lésions rénales mêmes que celles qui frappent concomitamment ou successivement les organes voisins.

L'étiologie de l'affection est exposée d'une manière précise, mais l'auteur s'est surtout attaché à faire un exposé clinique des symptômes, de la marche, des formes et du diagnostic aussi complet que possible, pour s'arrêter avec une compétence universellement reconnue à la question du traitement; il précise les indications opératoires et fait le choix entre la néphrotomie et la néphrectomie dont il expose en détail le manuel opératoire et les résultats thérapeutiques.

La question de la tuberculose rénale se trouve ainsi mise à jour, et M. Tuffier vient d'enrichir la collection Critzman d'une monographie du plus haut intérêt.

**L'opothérapie, traitement de certaines maladies par des extraits d'organes animaux**, par A. Gilbert (1), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef du laboratoire de thérapeutique à la Faculté, et P. Carnot, docteur ès sciences, ancien interne des hôpitaux de Paris. N° 10 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Docteur Critzman, directeur).

Le dixième numéro de l'Œuvre médico-chirurgicale est consacré à l'opothérapie, question actuelle s'il en fut; car, depuis la découverte de l'action thérapeutique du corps thyroïde, le problème du traitement des malades par des extraits d'organes animaux est énergiquement posé. Les docteurs Gilbert et Carnot examinent dans leur excellente monographie tous les facteurs de ce problème et la solution qu'il comporte.

Le travail est divisé en deux parties : la première est consacrée à la pharmacologie des extraits d'organes animaux, la seconde expose les résultats cliniques et expérimentaux obtenus par leur emploi.

Les auteurs donnent, pour le médecin éloigné des grands centres, la méthode de préparer physiologiquement l'animal, dont on veut employer les glandes et les manipulations pour en obtenir les extraits.

Ils étudient ensuite complètement chaque organe en particulier avec ses indications thérapeutiques, les doses à employer, les effets qu'on en obtient. C'est ainsi qu'on y verra avec fruit l'emploi multiple du corps thyroïde et de ses dérivés dans les myxœdèmes, le goitre exophtalmique, les arrêts de croissance, l'obésité, certaines maladies du cœur et du système nerveux cérébro-spinal.

Les docteurs Gilbert et Carnot appliquent la même méthode à l'étude du testicule, des ovaires, de la moelle épinière et de la matière cérébrale, de la glande pituitaire, de la rate, des ganglions lymphatiques, de la moelle osseuse, de l'intestin et enfin du foie, dont l'action spéciale dans les hémoptysies et le diabète est particulièrement étudiée.

(1, 2) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La circulaire suivante vient d'être adressée aux recteurs par le ministre de l'Instruction publique :

« Aux termes de l'article 4, § 2 du décret du 20 juin 1878, le troisième examen de doctorat en médecine ne peut être subi qu'après l'expiration du 16e semestre d'études.

Le décret du 31 juillet 1893, qui a institué le nouveau régime d'études médicales, n'ayant pas reproduit cette disposition restrictive, il s'ensuit que les étudiants inscrits sous ce régime peuvent se présenter aux 4e et 5e examens, dès la prise de leur 16e inscription, soit après l'expiration du 15e trimestre.

Il m'a paru qu'il serait équitable de faire bénéficier de l'état de choses inauguré par le décret de 1893, les étudiants qui ont commencé leur scolarité sous l'ancien régime d'études. Le comité consultatif de l'enseignement public, que j'ai consulté à ce sujet, a émis dans ce sens un avis favorable.

Conformément à cet avis, j'ai décidé que les aspirants au doctorat (régime de 1878) seraient admis à se présenter au 3e examen dès la prise de la 16e inscription. »

— Dans sa séance de clôture, le IVe Congrès pour l'étude de la tuberculose a voté les vœux suivants :

« Le Congrès,

Considérant que la contagion constitue la cause de beaucoup la plus importante de la tuberculose humaine ;

Que les crachats desséchés et réduits en poussières sont les agents les plus efficaces de la contagion,

Émet le vœu :

1° Qu'en attendant le moment où la tuberculose sera inscrite parmi les maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire, tous les locaux ouverts au public soient pourrus de crachoirs hygiéniques et d'une affiche bien apparente interdisant de cracher ailleurs que dans ces crachoirs ;

2° Que les pouvoirs publics donnent l'exemple en imposant cette mesure dans le plus bref délai, pour tous les locaux qui dépendent de leur administration, et surtout — c'est le point capital de la réforme — *pour les écoles de tout ordre* ;

3° Qu'il ne soit point envoyé de tuberculeux dans les asiles de convalescence ouverts à d'autres catégories de malades ;

4° Qu'il soit créé des asiles réservés spécialement aux enfants convalescents ;

5° Qu'un *Comité médical d'initiative* soit institué pour la création de sanatoria populaires et gratuits ;

6° Que l'initiative privée du corps médical et l'initiative du public, imitant l'exemple déjà donné en France et dans d'autres pays, aboutisse à la création du plus grand nombre possible de petits sanatoria ;

7° Que le ministre de l'Instruction publique et la direction de

l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur encouragent, par un patronage officieux, les cours d'hygiène, que la ligue contre la tuberculose organise en ce moment à Paris, dans chaque arrondissement, avec la pensée d'étendre cette création aux autres villes de France ;

8° Qu'une démarche officielle soit faite par son comité permanent, auprès de la direction générale de l'Exposition universelle de 1900, pour lui demander de s'intéresser à l'œuvre prophylactique de la tuberculose, en étudiant avec le comité la forme sous laquelle les visiteurs de l'Exposition seraient instruits sur les procédés par lesquels se gagne et s'évite la tuberculose ;

9° Que des *Réunions internationales* périodiques aient lieu en vue de l'étude de la tuberculose, et principalement de sa prophylaxie ;

10° Que les gouvernements recherchent les moyens de prévenir ou de réprimer l'usage frauduleux de la tuberculine, fait en vue de dissimuler l'existence de la tuberculose chez les animaux destinés à la vente ou à l'exportation ;

Le Congrès,

Considérant que les progrès incessants de la tuberculose des bovidés menacent gravement la fortune et la santé publiques ; que la contagion est la seule cause vraiment efficace de ses progrès,

Affirme la nécessité urgente de mesures législatives prescrivant :

*a.* La séparation des animaux malades d'avec les animaux sains ;

*b.* L'interdiction de vendre les animaux malades, pour une destination autre que pour la boucherie ;

*c.* La surveillance des vacheries consacrées à la production du lait destiné à l'alimentation publique, et l'abatage immédiat de toute vache atteinte de mammite tuberculeuse ;

*d.* La stérilisation ou, tout au moins, la pasteurisation du lait destiné à la production en grand du beurre et du fromage ;

*e.* La généralisation du service d'inspection des viandes de boucherie, sur un plan plus ou moins analogue à celui qui fonctionne en Belgique depuis plusieurs années.

Le Congrès vote enfin des remerciements aux recteurs des Universités de France qui ont apporté un concours actif à la propagande de la Ligue pour la prophylaxie de la tuberculose. »

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Des principales complications septiques des otites moyennes suppurées et de leur traitement,** par le docteur A. Mignon, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Grand in-8°, avec 101 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

**Attentats aux mœurs et perversions du sens génital,** par L. Thoinot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8°. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

**Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes,** par le docteur J. Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. 4e édition, revue et considérablement augmentée. 1 vol. in-16. — Prix : 4 fr. 50. — Montpellier, C. Coulet ; Paris, Masson et Cie.

**Le médecin et les merveilles de la médecine contemporaine,** par le docteur Décugis, médecin principal de la marine en retraite. In-12. — Prix : 4 francs. — Paris, Société scientifique.

**L'éducation rationnelle de la volonté,** son emploi thérapeutique, par le docteur P.-E. Lévy, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

**Thérapeutique chirurgicale des maladies du crâne,** par P. Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-18 jésus. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

**De la médication sulfurée,** par le docteur Ferras, ancien interne des hôpitaux de Paris, préface d'Albert Robin, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-18 jésus de 248 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

**Les troupes coloniales.** III. Hygiène du soldat sous les tropiques, par F. Burot et A. Legrand. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

# VALS

| Thermalité 13° | Saint-Jean | Rigolette | Précieuse | Désirée | Magdeleine |
|---|---|---|---|---|---|
| *Acide carbonique libre....* | 1.425 | 2.095 | 2.218 | 2.145 | 2.050 |
| *Bicarbonate de soude.....* | 1.480 | 5.800 | 5.940 | 6.040 | 6.280 |
| *— de potasse ...* | 0.040 | 0.263 | 0.230 | 0.263 | 0.255 |
| *— de chaux.....* | 0.310 | 0.259 | 0.630 | 0.571 | 8.520 |
| *— de magnésie..* | 0.120 | | 0.750 | 0.900 | 0.672 |
| *— fer et mang..* | 0.006 | 0.021 | 0.010 | 0.010 | 0.029 |
| *Chlorure de sodium.......* | 0.060 | 1.200 | 1.080 | 0.100 | 0.169 |
| *Sulfate de soude et chaux.* | 0.054 | 0.220 | 1.185 | 0.200 | 0.235 |
| *Silicate et silice, alumine..* | 0.080 | 0.060 | 0.060 | 0.058 | 0.097 |
| *Iodure alcalin, arsenic, lith.* | indice | traces | indice | indice | traces |
| | 2.151 | 7.826 | 8.885 | 9.142 | 9.247 |

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN,*** maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE,*** maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE,*** maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE,*** chlorose, anémie; ***MAGDELEINE,*** maladies de l'appareil sexuel.

**DOMINIQUE**

| | | |
|---|---|---|
| *Acide sulfurique libre* | | 1.33 |
| *Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »* | *Sesqui-oxyde de fer......* | 0.44 |
| *— de chaux* | | |
| *Chlorure de sodium* | | |
| *Matières organiques* | | |

*Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes*: Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Dose ordinaire : 1 bouteille par jour.

**Elixir laxatif** contre la **CONSTIPATION**
agréable à prendre
LIQUIDE
CASCARA ALEXANDRE
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
0g,50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS

# DRAGÉES MARIANI

**AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE**

**Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.**

**Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.**

PARIS : 41, Boulevard Haussmann et Pharmacies.

# QUINIUM ROY
TONIQUE **Granulé** FÉBRIFUGE
# MAGNÉSIE ROY
**A. ROY, Ph[ien] de 1[re] Classe, PARIS-Auteuil, et Ph[ies].**

## VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques; ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

*D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.*

Dose : **Un verre à Madère après les repas.** Mariani, ph[ien], 41, Boul. Haussmann, et t[tes] ph[ies].

# NEURASTHÉNIE

## GLYCÉROPHOSPHATES de BRUEL

**ÉLIXIR :** 2 à 4 cuillerées à soupe pour les adultes. 2 à 4 cuillerées à café pour les enfants.

**SIROP :** Mêmes doses que l'Elixir.

**GRANULÉ :** 1 à 4 cuillerées à café pour les adultes. 1/2 à 2 — — enfants.

**SOLUTION INJECTABLE** (de Glycérophosphate de Soude) : 1 à 2 seringues par jour pour les adultes, une demi-seringue pour les enfants.

## COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

*Admis dans les Hôpitaux de Paris.*

## GOUDRON LE BEUF — TOLU LE BEUF

*Approuvés par la haute Commission du Codex*

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

## ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

**Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.** Paris, Collin et C[ie], 49, r. de Maubeuge, et ph[ies].

# ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
# NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

*Nota.* — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de cinq francs par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

Dépôt : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros : — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

# TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p[r] jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph[ies].

## PHTISIE PULMONAIRE
# CARBONATE DE GAÏACOL
## HEYDEN

*Dose de 1 à 6 grammes par jour.*

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

# VIN DE BUGEAUD

TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO

**Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris**

**SÉRUM** selon la méthode du D[r] MARMOREK **ANTISTREPTOCOCCIQUE**
Société chimique des Usines du Rhône
8, quai de Retz, 8
— LYON —

*ÉTABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)*

# SOURCE BADOIT

**L'Eau de Table sans Rivale**
**La plus Légère à l'Estomac**

DÉBIT de la SOURCE :
PAR AN
**30 MILLIONS**
*de Bouteilles*

Déclarée d'Intérêt Public
*Décret du 12 Août 1897*

N° 93. — MARDI 16 ET JEUDI 18 AOUT 1898. 71e ANNÉE. MARDI 16 ET JEUDI 18 AOUT 1898. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu hier deux communications, l'une sur un cas de suppuration pulmonaire, traitée et guérie, dit le docteur Clozier (de Beauvais), par les injections de sérum antistreptococcique de Marmoreck. Nous publions plus loin cette intéressante observation, mais nous ne saurions en accepter aveuglément les conclusions. La clinique nous montre si fréquemment les infections suppuratives, tournant court brusquement et guérissant sans que la thérapeutique puisse en être la cause, qu'il nous paraît difficile de voir dans le cas de M. Clozier une preuve de l'action du sérum antistreptococcique. C'est un document, dans le débat encore ouvert, mais rien de plus; il faut attendre et grouper des faits bien plus nombreux pour avoir le droit légitime de formuler une opinion.

M. Javal est monté à la tribune pour faire connaître publiquement que le droit de critique avait été reconnu par les tribunaux à l'Académie. Voici, en quelques lignes, le résumé très intéressant de cette communication :

Il y a un an, M. Javal publiait à l'Académie le résultat de ses travaux sur les verres de lunette à la baryte; il concluait que ces verres étaient inférieurs aux verres ordinaires. Le fabricant de ces verres, informé des conclusions du rapport de M. Javal, lui avait fait interdire par huissier de parler, avait fait défense à l'Académie de l'entendre, et à l'éditeur de l'Académie de publier le rapport. Ces différentes menaces restèrent sans effet, le rapport fut lu, et un procès fut intenté.

Mais, après réflexion, le fabricant retira sa plainte. M. Javal persista pour obtenir un jugement qui vient d'être rendu et qui établit maintenant d'une façon indiscutable que l'Académie et, par suite, toutes les sociétés savantes, ont toute liberté d'appréciation dans leurs discussions scientifiques.

La logique voulait qu'il en fût ainsi, mais il est mieux encore que la loi le constate.

---

### CAS D'ÉCLAMPSIE GRAVE
#### TRAITÉE ET GUÉRIE RAPIDEMENT PAR LE LAVAGE DU SANG

Par M. le docteur E. CAILLAUD,
Médecin de l'hôpital de Saint-Germainmont (Ardennes).

I

Il nous a paru intéressant de publier l'observation qu'on va lire, parce qu'elle nous paraît mettre tout particulièrement en lumière les bienfaits d'une méthode encore trop peu usitée, bien qu'elle ait déjà fait ses preuves, et dont on ne saurait trop, à notre avis, généraliser la pratique : nous voulons parler du lavage du sang.

II

La malade qui fait le sujet de cette observation est une jeune femme de vingt-deux ans, grande, mince, d'aspect malingre, de tempérament nerveux.

Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Je suis appelé par cette femme le 14 juin 1897, à sept heures du soir. Je la trouve en pleines douleurs d'accouchement après une grossesse datant de sept mois environ. Tout s'annonce bien : bonne présentation, contractions fortes et régulières, dilatation comme une paume de main.

J'interroge alors Mme M... pour savoir quelle est la cause de son accouchement prématuré. J'apprends d'abord qu'il faut écarter toute idée de traumatisme quelconque; que le mari de Mme M... a toujours été bien portant; qu'elle-même, enfin, jouissait d'une assez bonne santé avant sa grossesse et qu'elle n'a eu à souffrir de quoi que ce soit depuis qu'elle est enceinte. J'insiste pour savoir si elle n'a pas éprouvé quelques-uns des symptômes qui décèlent l'albuminurie : céphalée, troubles de la vue, douleurs à l'épigastre, œdèmes, etc. Elle me dit n'avoir rien éprouvé de tout cela jusqu'alors; mais elle se souvient cependant avoir eu aujourd'hui même la sensation d'un épais brouillard apparaissant tout à coup devant les yeux, sensation d'ailleurs assez vite évanouie. Ce signe, important sans doute, est néanmoins le seul indice d'une albuminurie possible. Je n'ai aucun renseignement sur les urines, qu'il m'est impossible d'analyser dans les conditions où je me trouve.

Tout se passe régulièrement jusqu'à dix heures du soir. A ce moment, la dilatation est complète, la période d'expulsion commence; les douleurs sont vives; elles s'accompagnent d'une agitation de plus en plus grande.

Tout à coup, après une douleur plus violente, la femme se raidit, les yeux convulsés, les mâchoires serrées : les mou-

vements cloniques apparaissent, l'attaque d'éclampsie est constituée.

Je m'empresse alors de faire une application de forceps, qui ramène un enfant mort et macéré. La malade, l'accouchement terminé, semble reprendre un peu connaissance, mais elle retombe bientôt après dans le coma.

Je prescris alors des lavements de chloral à haute dose, et je me mets en mesure de préparer ce qui est nécessaire pour faire le lavage du sang.

Je revois la malade le lendemain 15 juin, à huit heures du matin.

J'apprends que, depuis mon départ, elle a eu de violentes attaques, au moins une toutes les heures, dans l'intervalle desquelles elle restait toujours sans connaissance. Je la trouve, en effet, en plein coma.

Sa température est de 41 degrés.

Elle n'a pas uriné ni été à la selle depuis la veille au soir.

Je fais l'analyse des urines émises la veille et j'y trouve, comme c'était à prévoir, de fortes proportions d'albumine.

Sur le bras droit, je dissèque alors la veine de la saignée (médiane céphalique); je la dénude et la charge sur la sonde cannelée. Ceci fait, je ponctionne la veine et laisse écouler environ 200 grammes de sang. J'introduis ensuite dans la veine la canule de mon appareil à injection et je fais passer 1 litre de sérum artificiel. La durée de l'injection fut d'une demi-heure; la température du liquide, 39 degrés. La formule était 7 grammes de chlorure de sodium pour 1 litre d'eau distillée.

Dix minutes après l'injection, il y eut encore une attaque, peu forte d'ailleurs, mais ce fut la dernière. Après cette attaque, dix minutes après environ, il y eut des claquements de dents, des bâillements répétés pendant quelques instants. J'attribuai ces phénomènes à la réaction provoquée par l'injection intraveineuse.

Je prescris un lavement toutes les deux heures, avec 8 grammes de chloral, tant qu'il y aura des attaques ou une violente agitation.

A cinq heures de l'après-midi, je revois la malade. J'apprends des personnes qui l'ont soignée que, depuis mon départ, il n'y a pas eu de nouvelle attaque. Seule, a persisté une certaine agitation que les lavements de chloral semblent apaiser assez bien. De plus, fait très important, on a observé une abondante émission d'urines, une heure à peu près après l'injection.

Trouvant la situation améliorée, je ne crois pas devoir faire une deuxième injection intraveineuse. Je me contente d'en faire une sous-cutanée, mais de 1 litre encore.

La nuit est assez bonne; toujours pas d'attaques; persistance de l'agitation, que viennent calmer les lavements chloralés. Les gardes disent ne pas avoir observé, après la deuxième injection, les mêmes symptômes qu'après la première (bâillements, claquements de dents). Ils ont remarqué une nouvelle émission d'urines abondante.

Le lendemain, je vois la malade à dix heures du matin. Elle se présente à mon examen les paupières closes, le teint coloré, au lieu du teint blême de la veille (probablement à cause du chloral).

Le coma persiste.

Température, 38°8. Pouls régulier, fort, 114. Respiration régulière, 30.

Je fais une troisième injection de sérum, sous-cutanée encore, et de 850 grammes environ. Immédiatement après, il me semble constater une plus grande amplitude de la respiration et une plus grande force du pouls. Pas de phénomènes réactionnels consécutifs.

La malade reste assez calme jusqu'à deux heures de l'après-midi; à ce moment, on juge nécessaire de lui rendre un lavement chloralé (toujours 3 grammes). Elle s'endort aussitôt après pendant une heure, puis se réveille et « reprend connaissance ».

En arrivant à sept heures du soir, je trouve une malade métamorphosée, me reconnaissant parfaitement, causant avec moi. Malgré cela, elle est encore en proie à une certaine agitation. Elle se tourne et retourne dans son lit, remue constamment les bras, pousse de grands soupirs. Elle se plaint en outre de douleur lombaire.

Le facies est pâle, la langue fuligineuse.

Pouls régulier, plein, 100. Respiration, 25. Température, 37°5.

Elle a encore uriné abondamment, autant qu'on peut l'évaluer, puisqu'elle urine sous elle.

Elle prend avidement une tasse de lait qu'on lui présente.

J'ordonne de continuer les lavements s'il y a encore de l'agitation et de donner du lait.

La nuit se passe assez bien. Quelques lavements chloralés sont cependant nécessaires. La soif a été vive toute la nuit. La malade a bu 2 litres de lait depuis hier, à huit heures du soir, jusqu'à aujourd'hui 17, à dix heures du matin. Elle a uriné dans le même intervalle plus de 1 litre, en trois fois.

Le 17 juin, à dix heures du matin, la situation est la suivante :

Température, 37 degrés. Pouls régulier, 95. Respiration régulière, 25.

Sensibilité lombaire moins forte que la veille au soir; légère sensibilité de la région hypogastrique.

Pleine connaissance. Un peu de toux.

A midi, on donne un lavement avec 40 grammes de sulfate de magnésie. Après ce lavement, qui est suivi d'une abondante évacuation, survient un sommeil calme.

Depuis ce moment, le calme reste parfait.

Le soir du 17 juin, le pouls bat 80 et la respiration compte 20 inspirations par minute.

La douleur lombaire persiste, sans être très forte. La douleur abdominale a diminué. La toux persiste, sèche, courte, mais fréquente. L'auscultation ne révèle pourtant rien d'insolite.

La malade continue à aller de mieux en mieux les jours suivants. Elle reste au régime lacté exclusif jusqu'à disparition complète non seulement de l'albumine, mais encore de tout malaise, c'est-à-dire jusqu'au cinquième jour.

Elle se lève le 24 juin, le dixième jour après son accouchement.

Depuis, tout a continué à bien aller. Toutes les grandes fonctions se font bien. Seule, la toux persiste assez tenace jusqu'à la fin de juillet. A ce moment, elle cesse complètement.

Au mois de septembre, la malade, dont l'appétit est excellent et qui ne s'est jamais aussi bien portée, a augmenté de 15 livres.

## III

En résumé, ce qui se dégage de cette longue observation, c'est le cas d'une femme qui, se trouvant dans un état excessivement grave le 15 juin, à huit heures du matin (coma, température 41 degrés, attaques intenses et répétées), se trouve hors de danger le 16 juin, à sept heures du soir (connaissance complète, température 37°5), c'est-à-dire moins de trente heures après la première injection.

Si maintenant nous cherchons à savoir dans quelle mesure chacun des moyens thérapeutiques employés a coopéré au résultat final, il nous semble que des trois agents : chloral, saignée, injections de sérum, c'est à ce dernier surtout, pour ne pas dire à lui seul, qu'il faut attribuer le succès.

Le chloral et la saignée n'auraient jamais déterminé une guérison aussi prompte, en supposant qu'ils aient jamais pu

l'amener, ce qui paraît bien improbable, vu la très grande gravité du cas. Il suffit, pour s'en rendre compte, de lire les observations d'états semblables traités par ces moyens.

Nous pouvons donc dire que l'action du sérum a fait ici merveille. Nous croyons avoir eu raison de faire la première injection dans une veine, car il fallait alors agir vite et vigoureusement. Ultérieurement, c'est parce que le danger ne nous paraissait plus imminent que nous nous sommes borné à faire des injections sous-cutanées.

On tend à admettre actuellement que la méthode sous-cutanée est aussi efficace que la méthode intraveineuse, ce qui la rendrait bien préférable, puisqu'elle est en même temps bien moins difficile à appliquer.

Cependant, il nous semble, d'après ce que nous avons observé jusqu'ici, que la méthode intraveineuse est plus sûre quand il faut agir vite. Ce qui militerait dans notre cas en faveur des injections sous-cutanées, c'est ce fait, conforme à ce qu'on a déjà signalé, qu'il n'y a pas eu après elles de phénomènes réactionnels, tandis qu'après l'injection intraveineuse il s'en est produit d'assez nets (claquements de dents, bâillements), bien que peu graves.

Qu'on nous permette encore d'attirer l'attention sur un point intéressant de l'observation : l'absence, chez notre malade, des troubles qui accompagnent d'ordinaire l'albuminurie, ou plutôt l'apparition d'un seul de ces symptômes (trouble de la vue), ne se manifestant que le jour même, quelques heures avant l'accouchement.

En terminant, nous ferons encore une remarque : c'est qu'il est surprenant de voir peu répandue une méthode comme la sérothérapie, qui est appelée à rendre de si grands services dans tant de cas. Sans doute, elle est employée dans les villes, mais elle n'a pas passé dans la pratique courante des médecins, surtout dans les campagnes. On peut cependant affirmer qu'elle est à la portée de tout praticien, opérant dans n'importe quel milieu, *au moins pour ce qui est des injections sous-cutanées*, et même des injections intraveineuses, si le médecin est au courant de la chirurgie antiseptique. On a tort de croire qu'il est difficile de réaliser toujours les conditions nécessaires à la bonne exécution de l'opération. Tout dépend du choix d'un appareil convenable. Le plus simple sera ici le meilleur. Sans vouloir critiquer les ingénieux systèmes que les fabricants ont inventés, il est un point qui nous paraît défectueux dans tous, quand on est obligé d'opérer partout, c'est le moyen de conserver le sérum à une température constante pendant l'injection.

L'appareil qui nous a paru le mieux adapté aux nécessités de la pratique à la campagne, et qui réalise à peu près tous les desiderata, est le bock ordinaire à injections auquel est fixé un thermomètre. Ici le système de chauffage est facile à obtenir en plaçant sous le bock une lampe à alcool que l'on peut maintenir à demeure sous lui ou ôter à volonté, grâce à un dispositif facile à réaliser.

Avec cet appareil, rien de plus simple, en arrivant chez le malade, que de stériliser d'abord le bock en y faisant bouillir pendant quelques minutes une petite quantité de sérum qu'on laisse ensuite écouler pour nettoyer le tube de caoutchouc conducteur du liquide. Après cela, on n'a plus qu'à verser le sérum que l'on veut injecter. En quelques minutes, grâce à la lampe, 1 litre de sérum se trouve à la température voulue.

Il est ensuite très aisé de maintenir le liquide à une température constante. Il suffit de régler la flamme en diminuant la longueur de la mèche à l'aide d'une crémaillère. On aura donc ainsi le liquide à la température voulue, et il restera tel aussi longtemps qu'on le désirera. Il suffira d'avoir l'œil au thermomètre et de modifier la flamme suivant les indications de l'instrument. On peut alors faire prendre le bock par l'anse à une personne quelconque et le lui faire élever à la hauteur voulue. Comme la lampe est fixée à l'appareil, elle se déplace avec lui et continue à chauffer, quelle que soit la position qu'on lui donne.

Ainsi un élément important de la question, la température constante du liquide, se trouve résolu. La pression et la vitesse de l'écoulement sont réglées par l'élévation du bock et la dimension des aiguilles. Rien de plus facile, par conséquent, que de pouvoir faire facilement, dans les meilleures conditions au moins, des injections sous-cutanées.

Souhaitons donc de voir se généraliser une méthode qui a pour elle la simplicité d'exécution, et qui peut quelquefois sauver des existences, alors que tout autre moyen resterait impuissant.

---

## DE L'IMPORTANCE

### DU MODE ÉTIOLOGIQUE DES ABCÈS DU FOIE AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC ET DU PRONOSTIC

Par le docteur A. Demmler, membre correspondant de la Société de chirurgie.

La question des abcès du foie vient d'être soulevée à nouveau par les rapports de MM. Richelot et Walther, à la Société de chirurgie. La lecture des observations citées dans les différents travaux montre combien le diagnostic est incertain au début. Aussi m'a-t-il paru intéressant de rechercher les signes qui pourraient nous éclairer à ce point de vue ; et je voudrais essayer de démontrer qu'on peut arriver à un diagnostic plus hâtif, en tenant compte du mode étiologique de la suppuration hépatique.

Dans une thèse publiée en 1890 sous mon inspiration par le docteur Gremillon, j'ai déjà indiqué le mode pathogénique des abcès du foie ; et dans un travail publié en 1891, dans le *Progrès médical* « Des indications de la méthode de Little au point de vue opératoire », j'ai prouvé par des observations personnelles à l'appui, que le mode étiologique avait une grande influence sur le succès de l'intervention. Je crois donc inutile de répéter ici ces observations, et je veux simplement rappeler, qu'à mon avis, il faut admettre pour les abcès du foie deux origines : le paludisme et la dysenterie.

Cette hypothèse de l'action de l'agent paludéen sur la suppuration du foie, hypothèse que beaucoup n'admettent pas, n'a rien d'incompatible avec les idées que nous avons sur les causes de la suppuration en général. Il est loisible de croire qu'un organe dont on constate tous les jours l'irritation par les agents palustres (hyperémie, hépatite, hypertrophie), peut entrer en suppuration si par suite d'une cause quelconque, et elles sont nombreuses dans les colonies, la vitalité de ces éléments est diminuée au point de ne plus permettre la lutte contre l'élément pathogène. Suppuration ne veut pas dire présence constante d'un microbe pyogène ; streptococcus, staphylococcus ou autre. Qu'un agent pathogène quel qu'il soit ou sa toxine vienne irriter l'organe, les éléments histologiques réagissent de différentes façons. Si les éléments cellulaires manquent de résistance suffisante, ils se liquéfient, comme le dit Widal, et ce pus est constitué. Et dans cette fonte générale, on ne

trouvera plus ni bactéries ni toxines : cela peut expliquer pourquoi le pus des abcès est si souvent stérile.

Une deuxième preuve à l'appui de cette origine paludéenne est la fréquence des accès franchement intermittents, qui accompagnent les abcès du foie, avec diarrhée concomitante. Au point de vue du diagnostic, c'est là un caractère important. Quand un malade ayant habité les pays chauds, nous dit qu'il a d'abord eu des accès fébriles intermittents, qu'au bout de quelques jours les accès se sont accompagnés d'une diarrhée verdâtre de moyenne abondance, ne s'accompagnant ni d'empreintes, ni de flocons muco-membraneux sanguinolents, il faut se tenir sur ses gardes. Cette diarrhée est le fait de l'irritation intestinale, par la bile altérée. Il y a là des phénomènes de polycholie, qui doivent faire soupçonner une irritation chronique du foie, comme on peut le constater dans les observations publiées par les différents auteurs : comme je l'ai toujours vu moi-même, cette diarrhée disparaît dès qu'on donne issue au pus.

Il est donc utile d'insister sur le mode d'origine des abcès du foie, parce que l'admettant, on aura soin d'étudier plus attentivement les phénomènes diarrhéiques dont se plaint le malade et de rechercher les autres signes qui peuvent confirmer le diagnostic dans le sens de suppuration hépatique. En pareil cas, on n'hésitera pas à pratiquer la ponction exploratrice que j'ai faite un nombre considérable de fois, sans aucun danger pour les malades : car à l'hôpital d'Haïphong dont j'étais le médecin-chef, et où étaient centralisés avant leur rapatriement tous les malades venus des différents postes du Tonkin, les diarrhéiques étaient nombreux. Je me guidais pour faire cette ponction sur deux signes dont j'ai indiqué l'importance dans la thèse de Gremillon (Thèse de Paris, 1870) : je veux parler de la douleur provoquée par la pression des espaces intercostaux, et du soulèvement plus ou moins apparent de ces espaces. La presssion doit être méthodique, faite dans toute l'étendue des espaces, et sans en négliger aucun ; et la recherche de la voussure doit être pratiquée en regardant la région sous une certaine obliquité, car il ne faut pas s'attendre à un soulèvement en masse, comme lorsque l'abcès est sous-cutané, mais à un très léger changement dans la conformation des espaces.

Je crois qu'en s'aidant de cette connaissance étiologique, de l'examen de la région, et de la ponction exploratrice faite en différents sens et profondément, mais doucement et progressivement, on peut arriver à dépister des abcès du foie dont la présence n'est indiquée par aucun phénomène visible. On pourra s'en convaincre par la lecture des observations publiées dans le travail déjà cité. (5 observations, 4 succès, 1 mort).

Au point de vue du pronostic, la question étiologique présente une importance non moins grande. Elle explique la variabilité des résultats obtenus. En effet, quand l'abcès est d'origine palustre, il est ordinairement unique. Si l'on n'a pas attendu trop longtemps, si l'évasion a été faite avant que l'abcès fût sous-cutané, c'est-à-dire qu'il n'eût détruit une grande partie du parenchyme hépatique, la guérison est la règle. Dans le cas, au contraire, où l'abcès est dû à la propagation d'une inflammation dysentérique, on a affaire à des abcès qui sont rarement isolés. Dans ces cas, où il y a une véritable fonte septique de tout le foie, le foyer est formé par la réunion de nombreuses poches, mais à côté de cet abcès unique, on rencontre soit d'autres abcès miliaires, soit une dégénérescence de l'organe qui tend à la suppuration : d'où récidive à échéance plus ou moins longue.

L'abcès d'origine palustre est rarement virulent. Aussi c'est pourquoi je pense qu'au point de vue des indications opératoires, il est utile également de tenir compte de cette étiologie pour déconseiller la pratique des grands lavages et du curettage. Je crois que tout le monde est aujourd'hui d'accord pour admettre l'incision nette méthodique, couche par couche, opération simple et à la portée de tous, et qu'il ne faut pas compliquer quand cela n'est pas nécessaire. Pour mon compte, je n'ai jamais rencontré la nécessité de pratiquer la résection costale. J'ai toujours pu, par l'incision des téguments faite très longue (10 à 12 centimètres), introduire deux gros drains permettant un facile écoulement du pus. C'est là une question qui ne peut avoir d'importance que si l'on songe que l'opération ne sera pas toujours pratiquée par un chirurgien de profession : car dans nos colonies d'Extrême-Orient, elle est une de ces opérations courantes que le médecin doit savoir pratiquer, comme il doit savoir faire un empyème. Je m'explique moins la nécessité du curettage, qui peut offrir un certain danger dans des tissus aussi altérés et aussi friables. L'introduction du doigt m'a toujours paru suffisante pour détacher les débris un peu adhérents qu'un bon lavage ne pouvait parvenir à chasser au dehors. Quant aux lavages subséquents, je crois qu'ils doivent être espacés de plus en plus et très rares. Je serais même plutôt porté à les supprimer pour la raison que j'ai dite quelques lignes plus haut. Quand le pus s'écoule bien, qu'il n'est pas virulent (ce qui est l'ordinaire), les lavages n'ont d'autre résultat que de distendre la poche qui se comble, détruire les bourgeons de cicatrisation, et faire courir le risque de l'introduction d'éléments pathogènes nouveaux. Je crois donc qu'on abuse un peu quelquefois, des lavages sans profit pour les malades et que, pour les abcès du foie, comme pour les empyèmes, comme pour les grands abcès en général, ils ne trouvent d'indication réelle que dans la virulence du pus. Le premier pansement, dans une de mes observations, n'avait lieu qu'au bout de trente à quarante-huit heures, puis de trois jours en trois jours, et ensuite très rares. J'ai vu guérir un malade (observation 2) au bout d'un mois après quatre pansements. C'est affaire de pansements ouatés bien faits, et les cas que j'ai pu recueillir dans d'autres interventions chirurgicales n'ont fait que me confirmer dans cette idée.

---

## STREPTOCOCCIE PULMONAIRE

### INJECTION DE SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE ; GUÉRISON

Par M. le docteur Clozier (de Beauvais).

Garçon de treize ans. Aucune tare héréditaire ni acquise. Bonne santé habituelle, à part quelques angines légères. A la suite d'une course à bicyclette faite la veille, sous la pluie, frissons. Le lendemain et les jours suivants, malaise, inappétence, toux, fièvre, etc.

Appelé le 20 juin auprès du malade, nous trouvons les poumons envahis dans leur totalité. En arrière, aux deux bases et sur une étendue de 8 à 10 centimètres carrés, râles crépitants fins, secs, superficiels et nombreux ou en pluie. Dans la partie moyenne des poumons, râles sous-crépitants moyens, en même temps qu'il existe, à gauche, une respiration bronchique très accusée, au niveau de la pointe de l'omoplate correspondante ; à droite, en un point symétrique, existe sur une étendue égale, un bruit de frottement. Les

sommets laissent entendre, à des degrés divers, des râles muqueux, plus ou moins nombreux, à petites, à moyennes et à grosses bulles.

L'expectoration est rare et muco-purulente; les crachats sont jaunes et n'ont jamais présenté de coloration rosée, rouge ou brune.

L'examen des crachats montre qu'ils ne contiennent pas le bacille de Koch, mais, par contre, le streptocoque y pullule.

Nous instituons un traitement énergique, qui comprend à l'intérieur les stimulants et les analeptiques; à l'extérieur les révulsifs, y compris le vésicatoire.

Le 26 juin, la position du malade s'aggravant au lieu de s'améliorer, nous décidons de recourir aux injections de sérum anti-streptococcique. Sur le conseil de M. Marmoreck, qui avait reconnu l'existence en culture presque pure du streptocoque, sur la préparation que nous lui présentons, dès le soir nous injectons 20$^{cc}$ de sérum.

Les 27, 28 et 29, l'injection est seulement de 10$^{cc}$. La situation générale reste sensiblement la même; quant à l'état local, il paraît nettement s'aggraver au niveau de la partie moyenne du poumon gauche. En ce point, en effet, l'auscultation nous fait entendre, après la respiration tubaire, du gargouillement et de la pectoriloquie.

Sur le conseil de M. Marmoreck les doses de sérum sont portées, pendant trois jours consécutifs, de 10 à 20$^{cc}$.

Le 1$^{er}$, le 2 et le 3 juillet, le malade se sent mieux pendant le jour, et dans le courant de la nuit il dort. Il prend de meilleur appétit son lait, sa somatose, son jus de viande. Toutefois, nous devons constater que l'abcès pulmonaire siégeant au-dessous de la pointe de l'omoplate gauche s'est vidé. En ce point, la respiration est nettement caverneuse.

Les 3, 4 et 5 la situation s'améliore notablement. Le malade cause volontiers et lit avec intérêt. Tous les phénomènes stéthoscopiques disparaissent dans toute l'étendue des deux poumons et rapidement la respiration, au niveau de la caverne revient à son type tubaire primitif.

Le 6, nous ne faisons pas d'injection.

Le 7, la dernière injection est pratiquée, et notre client qui, depuis deux jours, se lève dans sa chambre, descend et se promène dans le jardin.

Le 17 juillet, il va déjeuner au bois avec sa famille.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres :

1° L'état général du malade pouvait faire croire à l'évolution d'une tuberculose suraiguë « les signes stéthoscopiques fournis pendant toute la durée de l'infection, par l'auscultation de la partie moyenne du poumon gauche, sans le secours du microscope, de tous points, justifiaient ces craintes ».

2° La marche de la température devait, à elle seule, égarer le diagnostic.

3° L'inanité apparente ou réelle de la médication à ce jour, en usage, laissait le médecin désarmé.

4° L'action du sérum antistreptococcique, employé seul et injecté à la dose totale de 150$^{cc}$, a amené successivement en huit jours :

La régularisation de la température, puis l'amélioration générale, enfin la guérison définitive.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement des végétations des organes génitaux par la résorcine.

D'après l'expérience de M. le docteur A. G. Silbermintz (de Poltava), la résorcine serait le moyen le plus efficace que l'on ait préconisé jusqu'à ce jour contre les excroissances papillomateuses si fréquentes sur les organes génitaux de l'homme et de la femme.

Voici comment il convient de l'employer :

S'agit-il de végétations isolées et pédiculées, entourées de peau normale, on étale sur chaque papillome de la résorcine pure au moyen d'un pinceau humecté d'eau et on recouvre d'une petite compresse de tarlatane. On répète ces applications chaque jour jusqu'à ce que la végétation se dessèche et tombe.

Dans les cas de végétations multiples étendues et sessiles, siégeant sur le prépuce, le gland, dans le sillon balano-préputial, dans le pli inguinal, au pourtour de l'anus ou à la vulve, notre confrère badigeonne les parties atteintes avec le collodion ci-dessous formulé :

| | |
|---|---|
| Collodion riciné . . . . . . . | 80 grammes. |
| Résorcine . . . . . . . . . . . | 20 — |

Mêlez. — Usage externe.

Avant d'appliquer ce mélange, on lave les végétations avec la liqueur d'Hoffmann pour en enlever l'humidité qui empêche le collodion d'adhérer. On badigeonne non seulement les papillomes eux-mêmes, mais aussi les tissus sains environnants sur une étendue d'un demi-centimètre.

Dès le premier badigeonnage, les végétations se ratatinent, prennent une coloration grisâtre et leur couche superficielle se détache en même temps que la pellicule de collodion. Deux ou trois applications de collodion résorciné suffisent pour faire tomber les excroissances; on se trouve alors en présence d'une excoriation criblée de petites empreintes laissées par les racines des papillomes, laquelle se cicatrise rapidement sous l'influence des poudres légèrement astringentes.

Contre les végétations localisées à des régions où la peau est plus sèche, comme le scrotum et la surface externe des grandes lèvres, et qui sont elles-mêmes calleuses, M. Silbermintz se sert d'un collodion contenant 50 p. 100 de résorcine.

Enfin, quand il a affaire à des végétations au début de leur développement et encore à peine apparentes, notre confrère fait appliquer des compresses imbibées d'une solution de résorcine à 2 p. 100, ce qui a pour effet de supprimer en deux ou trois jours toutes les excroissances et inégalités cutanées.

Dans tous les cas, outre les applications de résorcine, on prescrira des bains locaux boriqués, et on fera isoler les surfaces atteintes au moyen de petites compresses de tarlatane. (*Semaine méd.*)

### Le traitement de l'épididymite blennorragique par le gaïacol.

A la clinique du professeur Janowski (de Prague), on a traité cinquante cas d'épididymite gonococcique par des applications d'onguent gaïacolé sur le scrotum (*Wiener Klin. Rundschau*). Le malade est mis au lit, et les bourses sont nettoyées au savon pour rendre la peau plus perméable. Puis, on applique la pommade suivante étendue sur une pièce de gaze :

| | |
|---|---|
| Vaseline jaune . . . . . . . . | 10 grammes. |
| Gaïacol pur . . . . . . . . . . | 1 — |

F. S. A. Pommade.

et on couvre le tout d'une couche d'ouate. En cas de funiculite, on prolonge le pansement le long du cordon. On relève les bourses par une serviette ou par une attelle. Après le premier pansement, le malade éprouve pendant un quart d'heure environ une sensation de brûlure très supportable

d'ailleurs. Bientôt toute douleur disparaît, et la nuit venue, le malade dort sans narcotique.

Immédiatement après l'application du gaïacol, la température s'abaisse de 5 à 8 dixièmes de degré, mais jamais Janowski n'a vu survenir ni complication générale, ni locale.

Le pansement est renouvelé matin et soir, sans que la sensation de cuisson de la première application se reproduise. Après sept ou huit pansements, tous les malades étaient suffisamment améliorés pour pouvoir quitter l'hôpital, et pour attendre la guérison définitive avec la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone. . . . | 50 centigrammes. |
| Litharge . . . . . . . . | 1 gramme. |
| Huile d'olive . . . . . . | 10 grammes. |
| Onguent simple. . . . . . | 20 — |

Mêlez. Usage externe. (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*)

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil (1)**, par le docteur Georges LAURENS, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ce travail est une étude complète de toutes les connexions, anatomiques, physiologiques et pathologiques, qui relient entre eux les deux appareils sensoriels de l'ouïe et de la vue. C'est le premier travail d'ensemble qui ait été fait sur la question.

Pour expliquer les relations pathologiques qui existent entre l'oreille et l'œil, l'auteur s'appuie sur les rapports anatomo-physiologiques reliant les deux organes, rapports nombreux et très intéressants.

Passant en revue les troubles oculaires qu'on peut observer dans le cours des affections de l'oreille ou de leur complications, il insiste tout spécialement sur les deux plus intéressants : le nystagmus et la névrite optique. Toutes ces déterminations oculaires peuvent être rattachées, soit à une propagation indirecte, par l'intermédiaire du cerveau ou de ses enveloppes, soit à des troubles réflexes ou infectieux.

On conçoit l'importance capitale de ces troubles, qui peuvent être un élément de diagnostic très sérieux dans une maladie de l'oreille, compliquée ou non ; le traitement en bénéficiera souvent.

En somme, mise au point très complète d'une question, qui jusqu'ici n'a été qu'entrevue en France, et qui est d'un intérêt à la fois d'ordre général pour les praticiens, mais surtout spécial pour les otologistes et les ophtalmologistes.

## ÉCOLE DE SANTÉ DE LA MARINE

**Liste des candidats à l'École principale du service de santé de la marine de Bordeaux reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite d'examens écrits :**

BREST. — Médecine : MM. Asselin, Bargam, Bourrague, Cloitre, Deselaire, Denuff, Donval, Dorso, Foll, Guibier, Hermant, Janneau, Kernels, Kervern, Koun, Lancelin, Le Couteur, Lenhardy, Lepape, Lestrat, Loréat, Montfort, Pelletier, Rideau, Rousseau, Salet, Segalen, Thèze.

ROCHEFORT. — Médecine : MM. Argaud, Bertrand, de Chafaud, Commeteran, d'Auber de Peyrelongue, Davieu, Decoly, Denier, d'Hoste, Ducasse, Duperron, Dupuy-Dulau, Duran, Durand, Gieffier, Guyet, Lacroix, Magunna, Mercier, Ouzilleau, Perraud, Richard, Robin, Salabert, Sarrailhe, Vaillant. — Pharmacie : M. Morel.

TOULON. — Médecine : MM. Bourret, Bruas, Brunet, d'Adémar, de Lantugnac, Dard, de Jugon, Devy, Facquet, Gaillard, Génies, Guenot, Le Calvé, Levet, Maratray, Marcelin, Marin, Mathias, Mourson, Nègre, Petit, Pourpre, Ret, Roumagoux, Roux, Sittelet, Tranteman, Valette, Varenne. — Pharmacie : MM. Serrin, Tychène, Ventre.

(1) Gr. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 16 août 1898, M. le médecin de deuxième classe Letrosne, du 4e régiment d'infanterie de marine à Toulon, servira aux troupes à Madagascar, en remplacement de M. Escoffre, décédé.

— M. le professeur Bruch, directeur de l'École de médecine et de pharmacie d'Alger, est maintenu dans ses fonctions pour une nouvelle période de trois ans.

— La Société de médecine et chirurgie de Bordeaux célébrera son centenaire dans le courant du mois d'octobre prochain.

— Un Congrès de naturalistes et médecins polonais de toutes les trois parties du pays (Pologne russe, autrichienne et prussienne) devait avoir lieu à Posen et y tenir ses séances du 1er au 4 août 1898.

Le 4 juillet, le Comité du Congrès projeté recevait du préfet de police prussienne de Posen le rescrit suivant :

« Monsieur, j'ai l'honneur de vous informer que pour des raisons purement d'ordre public, il nous est impossible d'admettre des sujets étrangers au Congrès des naturalistes et médecins polonais, et que tous les sujets étrangers qui arriveraient pour ledit Congrès seraient immédiatement expulsés par la police.

En vue de quoi je demande au Comité de faire les démarches nécessaires.

*Signé :* V. HELLMANN. »

Le Comité envoya une protestation contre cet ordre au ministre des affaires intérieures à Berlin ; sa demande fut rejetée, et en conséquence dernière le Congrès a été remis d'une façon définitive.

Les Polonais, sujets autrichiens, ont envoyé une énergique protestation au Club polonais du parlement de Vienne, à leur ministre des affaires intérieures, ainsi qu'au ministre, représentant de Galicie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alamartine (de Thizy), Macario (de Nice), Vry (de Heyde).

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité d'ophtalmoscopie**, par E. ROLLET, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Lyon. Un vol. in-8° — Prix : 9 francs. — Paris, Masson et Cie, éditeurs.

**Les phtisiques adultes et pauvres en France, en Suisse et en Allemagne**, par le docteur G. SERSIRON, 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 94. — SAMEDI 20 AOUT 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 20 AOUT 1898. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## IVe CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

A PARIS (1898)

### COMMUNICATIONS DIVERSES

M. le professeur NOCARD (d'Alfort), président du Congrès, fait une très intéressante communication sur l'**identité des tuberculoses aviaire et humaine**.

On peut la résumer ainsi :

En cultivant des bacilles de tuberculose humaine dans le péritoine de la poule par le procédé des sacs de collodion, on leur confère peu à peu les caractères de la tuberculose aviaire. Les deux tuberculoses, si distinctes en apparence, sont donc deux variétés d'une même espèce et non pas deux espèces différentes.

M. DUBARD (de Dijon) a obtenu par hasard, en juillet 1897, des **bacilles mobiles** dans des cultures de tuberculose. Ce sont ces bacilles que le docteur Ferran (de Barcelone) avait déjà trouvés et décrits. Or, ce bacille mobile peut être immobilisé et agglutiné dans ses cultures par le sang de l'homme et des animaux tuberculeux.

M. Dubard décrit tout au long les conditions dans lesquelles se fait cette agglutination.

Il termine sa communication en déclarant que la nouvelle tuberculine de Koch n'a de supériorité sur la tuberculine brute que celle du prix et de l'innocuité plus grande. Aussi l'orateur a-t-il cherché un autre produit plus efficace, il croit l'avoir trouvé dans le sérum d'animaux préparés d'après la méthode de Ferran. Ces sérums, ingérés par les tuberculeux, par la voie gastrique, sont moins dangereux et plus actifs que les tuberculines injectées sous la peau. Ces sérums passent rapidement dans le sang ainsi qu'on le remarque par l'augmentation rapide du pouvoir agglutinant du sérum et des urines. Les résultats thérapeutiques, quoique portant encore sur un petit nombre de malades, sont des plus encourageants.

M. le professeur LANDOUZY a lu un très long et très remarquable rapport sur l'**emploi des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose**.

Voici les conclusions générales que l'on peut en tirer :

La sérothérapie appliquée à la tuberculose ne nous a pas donné encore des résultats assez appréciables, assez constants, assez complets, et s'appliquant suffisamment à la généralité des affections tuberculeuses, pour que nous nous croyions en pleine puissance d'un traitement vraiment spécifique, immunisateur et curateur.

La meilleure des sérothérapies antituberculeuses reste loin encore de la sérothérapie préventive antitétanique et ne peut prétendre comparer ses effets à ceux que donne la sérothérapie antidiphtéritique, si nettement préventive et curative.

Avant de juger de la valeur des sérums, on devrait commencer par ne s'attaquer qu'à des cas minutieusement analysés, scientifiquement catégorisés, appartenant tous à une même période, et surtout, sinon exclusivement, aux premiers degrés de la maladie. On devrait s'attaquer à la tuberculose pulmonaire, alors qu'elle n'est encore qu'à ses débuts, avant que n'existent ces désordres à la faveur desquels — pour peu que des associations microbiennes se mettent de la partie — la phtisie entre en scène.

Demander à la sérothérapie antituberculeuse d'éteindre la bacillose et de guérir du même coup la phtisie, ce serait se placer dans des conditions semblables à celles qui seraient faites si, avec le sérum antidiphtéritique il fallait s'attaquer à une angine pseudomembraneuse compliquée de pharyngite, de stomatite avec bubons suppurés. Combien, dans l'espèce, on serait mal armé s'il fallait opposer la sérothérapie antidiphtéritique à toute l'association des diplocoques, des streptocoques, des staphylocoques, des cocci et des saprophytes qui empliraient la gorge du malade.

Il est évident aussi que toute sérothérapie antituberculeuse, comme c'est la loi de toute sérothérapie immunisatrice, devra procéder avec hâte.

Si la sérothérapie doit apporter l'immunisation et la curation, elle le pourra grâce à la connivence du néotuberculeux, à condition que son économie puisse être participante à la médication. C'est que les excitabilités phagocytaires et les activités cellulaires du néotuberculeux doivent être en état de fournir toutes les incitations d'où résulteront les effets immunisateurs et antidotiques. L'élément fondamental dans la lutte du malade contre la tuberculose étant la solidité de son terrain et l'activité de son tempérament, il est indispensable que l'hygiène thérapeutique, par la phagothérapie et par l'aérothérapie assure l'intégrité organique du terrain autant qu'elle entretienne l'intégrité fonc-

tionnelle du tempérament, puisque de ces intégrités dépendra, d'une part, que la tuberculose soit pure ou compliquée de polymicrobisme, puisque de ces intégrités dépendra, d'autre part, soit l'efficacité, soit l'inefficacité de la sérothérapie.

Même avec la sérothérapie idéale, la cure de la tuberculose restera toujours une chose quelque peu laborieuse pour le malade, une œuvre délicate pour le médecin, et M. Landouzy termine ainsi :

« Pourquoi alors faut-il qu'en regard de tant de labeurs dépensés, qu'en regard de tant d'ingéniosité déployée pour trouver le traitement spécifique de la tuberculose ; pourquoi faut-il qu'à côté de l'ardeur inlassée des chercheurs qui, depuis dix ans, retournent en tous sens les mille et une difficultés du problème sérothérapique et toxinothérapique ; pourquoi faut-il qu'en France la prophylaxie de la tuberculose reste lettre morte ? Comment se fait-il qu'au pays de Laënnec, de Villemin et de Pasteur, je pouvais, sans crainte d'être démenti, dénoncer en 1895 cette chose lamentable : que chez nous, rien, absolument rien, n'était fait, hormis dans l'armée, pour nous mettre en garde contre la tuberculose ; que la lutte, si ce n'était par quelques initiatives privées, n'était pas engagée contre la phtisie ; que, en matière de prophylaxie tuberculeuse, la médecine vétérinaire était plus avancée que la médecine humaine ! Et pourtant, en 1895, nous comptions, en France, 150000 décès tuberculeux, et les méfaits de la tuberculose se chiffraient, pour notre armée, par une morbidité de 7,03 p. 1000 ; par une mortalité de 1,14 p. 1000 ; par des pertes totales effrayantes (décès, réformes et retraites) de 10 p. 1000, comme si une prophylaxie militante ne pouvait faire toute autre cette morbidité épouvantable, comme si l'hygiène n'avait pas le devoir et la puissance d'empêcher un mal que les toxinothérapies les plus affinées et les meilleures sérothérapies ont tant de peine à guérir.

Cette prophylaxie de la tuberculose doit commencer par la **lutte contre la tuberculose animale**. C'est sur ce point que porte le rapport de M. BANG (de Copenhague).

Quel danger la tuberculose bovine offre-t-elle pour l'homme au point de vue alimentaire ?

Pour la viande on a autrefois exagéré ce danger. La viande, on le sait, est bien rarement le siège de la tuberculose, et dans les glandes lymphatiques, qui se trouvent dans la viande, il est fort rare de trouver des tubercules, si la tuberculose n'est pas généralisée. Aussi, ce n'est que dans ce dernier cas que le sang contiendra ces bacilles de la tuberculose.

Aussi, le système allemand de borner en général la saisie totale à la tuberculose généralisée, de livrer les cas légers à la libre consommation après avoir éloigné les organes malades, et de permettre la vente sous certaines précautions (stérilisation) des cas plus avancés, semble digne de recommandation.

Il faut recommander cependant au public de bien cuire la viande.

Bien plus grand est le danger attaché au lait, parce que bien plus souvent que la viande, le lait est pris en état cru et qu'il forme la nourriture essentielle pendant l'enfance, âge où le danger de l'infection par le canal digestif semble être beaucoup plus grand que dans l'âge adulte. Et puis, des dépôts tuberculeux se trouvent souvent dans l'organe même où se forme le lait.

Le lait sécrété d'une mamelle tuberculeuse contient une grande quantité de bacilles de la tuberculose, et autrefois l'orateur a signalé que le danger d'infection par un tel lait est d'autant plus grand que la tuberculose de la mamelle se développe souvent bien lentement, et que le lait peut garder un aspect normal, de sorte qu'il est employé sans scrupule.

Quand la mamelle n'est pas atteinte, le lait ne contient que rarement les bacilles de la tuberculose. Au III[e] Congrès de la tuberculose, M. Nocard affirma que, dans tous les cas où le lait renfermait des bacilles, il existait des lésions spécifiques de la maladie.

Pour éviter autant que possible le danger, il faut tenir l'étable et les vaches elles-mêmes aussi propres que possible et placer les grands seaux hors l'étable pour qu'ils ne soient pas infectés de particules de fumier sous forme de poussière venant de l'air. Puis, il ne faut jamais garder les animaux tuberculeux dans l'étable ; non seulement les autres animaux sont en grand danger d'être contaminés, mais le lait aussi est en danger d'être infecté.

Le danger menaçant l'homme par le lait peut facilement être évité quand on le cuit, et dans le cas des petits enfants ceci doit être la règle générale.

Mais de telles précautions sont moins souvent prises, quand il s'agit du beurre. Quand la crème est séparée par la centrifugation, elle est sans doute délivrée de la majorité des bacilles de la tuberculose qui pourront s'y trouver, mais quelques-uns y restent, et dans ces dernières années il a été démontré, de plusieurs côtés, que le beurre peut contenir des bacilles de la tuberculose.

Heureusement il a été mis en évidence qu'on peut produire un beurre excellent d'une crème chauffée jusqu'à 85 degrés C. Pendant une suite d'années, il a été commun en Danemark de chauffer la crème avant le barattage à 80 degrés et plus rarement à 85 degrés. Notre nouvelle loi n'exige pas cette mesure, mais on peut considérer comme certain que la prescription de ne point livrer le babeurre sans qu'il ait été chauffé à 85 degrés, aura pour conséquence que presque toute crème sera chauffée à ce degré, parce qu'on peut alors éviter le chauffage difficile du babeurre.

Autrefois, il n'y avait aucune possibilité d'exterminer la tuberculose bovine, parce qu'on n'avait pas les moyens de reconnaître la grande majorité des cas. On ne pouvait faire le diagnostic du mal.

Ce n'est que l'invention de la tuberculine par R. Koch qui en créa la possibilité, en nous donnant un moyen de reconnaître la tuberculose dans ses premières phases et dans les degrés les plus insignifiants.

Les nombreuses épreuves, faites dans presque tous les pays civilisés, ont démontré que, dans la plupart des cas, la tuberculine est un excellent moyen, permettant de faire le diagnostic de l'existence ou de la non-existence du mal, mais ne nous donnant aucun renseignement sur le degré de la tuberculose. Quand la tuberculine produit une réaction typique, nous pouvons presque être convaincus que dans le corps de l'animal il existe quelque processus tuberculeux.

Les expériences mises en œuvre en divers pays dans cette vue, ont toutes pour base l'application de la tuberculine comme moyen diagnostique.

Il est clair que l'idéal — au point de vue de la police vétérinaire — serait :

1° De découvrir tous les animaux qui sont atteints de la tuberculose.

2° D'en abattre les plus atteints et tous ceux présentant la maladie dans une forme contagieuse (c'est-à-dire ceux sécrétant des bacilles).

3° De séparer complètement les animaux sains et de les faire abattre aussitôt que la maladie se développe chez eux.

De telles mesures exigent la déclaration de tous les cas de tuberculose, même des plus légers. Après vient l'examen clinique, par un vétérinaire habile, des animaux qui ont été exposés à la contagion, leur tuberculinisation et la séparation des animaux réagissants et des animaux sains.

En vérité, le procédé le plus rationnel serait de traiter la tuberculose bovine de la même manière que la péri-pneumonie, c'est-à-dire d'abattre toutes les bêtes qui ont cohabité avec des bêtes tuberculeuses. Mais il faut avouer qu'une telle mesure serait impossible à accomplir, sauf dans des cas où la tuberculose serait nouvellement introduite dans un pays jusque-là exempt de ce fléau. Et encore resterait la possibilité de l'infection du bétail de la part de l'homme.

Il faut donc convenir que, dans la plupart des pays civilisés, dans lesquels la tuberculose a, en vérité, une bien grande propagation, on est obligé de rabattre de ces prétentions les plus idéales et de se contenter de faire reculer lentement et graduellement la maladie, et il faut se rendre bien compte que, dans ce combat, nous aurons à subir beaucoup de déceptions.

Et quels moyens pouvons-nous recommander?

La réponse à cette question dépend, en première ligne, de la somme d'argent qu'on veut dépenser. Si l'on ne recule pas devant de bien grands sacrifices pécuniaires, on peut, comme en Massachusetts et en Belgique, s'attacher en première ligne à exterminer, autant que possible, les animaux cliniquement atteints. Dans les pays où le gouvernement ne dispose pas des moyens nécessaires pour donner une indemnité pour toutes les bêtes cliniquement atteintes de la tuberculose, on n'a rien de meilleur à faire que d'engager les propriétaires à combattre eux-mêmes la tuberculose selon la méthode mise en pratique en Danemark et qui ne vise qu'à leur donner les meilleurs moyens possibles de se délivrer eux-mêmes de la maladie. Il faut éprouver tous les bovidés à la tuberculine et établir une séparation aussi complète que possible entre les animaux réagissants et les animaux sains, l'État fournissant gratuitement la tuberculine et payant les vétérinaires pour l'exécution des épreuves, à condition que le propriétaire promette d'accomplir cette séparation.

C'est à ces deux choses que s'est bornée, en Danemark, l'aide fournie par l'État. Mais aussi ce qu'on a demandé en retour a été fort peu. Il n'a pas été ordonné d'abattre des animaux tuberculeux, il a seulement été défendu de faire paraître aux marchés, etc., des animaux évidemment tuberculeux, et de vendre de tels animaux, excepté pour la boucherie, et il fut défendu d'employer la viande de tels animaux sans contrôle vétérinaire. De même il fut interdit d'employer le lait des vaches atteintes de mammite tuberculeuse.

Les animaux réagissants, comme il est déjà dit, devaient être tenus séparés des animaux sains : mais, du reste, il fut permis au propriétaire de les garder aussi longtemps qu'il voudrait. Bien entendu on lui fit remarquer qu'il était dans son propre intérêt de livrer à la boucherie, autant que possible, des animaux cliniquement atteints, mais on ne l'exigea pas. Du reste, on lui expliqua que, dans la majorité des cas, les animaux réagissants n'étaient que peu atteints, que tels animaux pouvaient être employés pendant des années, que les veaux mis bas par ces bêtes étaient sains dans la majorité des cas, et qu'ils se tiendraient sains si on ne les exposait à la contagion. C'est pourquoi immédiatement après leur naissance, il fallait les éloigner de l'étable infectée et les nourrir dès le second jour avec du lait cuit (ou avec du lait provenant de bêtes saines). Le premier jour ils reçurent le lait colostral des mères.

On leur conseilla ensuite de répéter après un an (ou dans les grandes fermes après demi-année) les épreuves de tuberculine sur les animaux qui s'étaient montrés sains à la dernière épreuve, pour pouvoir éloigner aussi vite que possible les animaux infectés, malgré la séparation des animaux réagissants. Ce qui fut enjoint aussi, c'est la nécessité de faire désinfecter solidement les étables où furent placées les bêtes saines et de ne pas employer les mêmes ustensiles d'étables, etc., dans la section saine et dans la section réagissante. Quant au personnel, on conseilla d'employer, où cela était possible, des personnes différentes dans les deux sections, et où cela n'était pas possible, de prendre les plus grandes précautions possibles pour éviter la contagion (une autre blouse et des sabots différents dans les deux sections). Il ne fut pas interdit de vendre des bêtes qui s'étaient montrées tuberculeuses par la réaction seulement.

S'il se confirme que la tuberculine nouvelle préparée par M. Behring est capable d'immuniser le bétail avec sûreté et pour un temps suffisamment long, nous aurons gagné une arme nouvelle et puissante dans le combat prophylactique contre la tuberculose.

M. A.-J. MARTIN fait connaître les efforts de la ville de Paris pour la **désinfection des locaux habités par des tuberculeux**. Mais il y a là encore bien des progrès à réaliser, et les tentatives de désinfection ne sont pas encore sur le point d'être acceptées et d'entrer dans la pratique.

Cependant, la contagion de la tuberculose n'est guère douteuse, témoin l'observation relatée par M. RICOCHON (de Champdeniers), d'une véritable épidémie de tuberculose qui s'est déroulée dans un village où depuis quinze ans il n'y avait pas eu de phtisiques; il s'est produit coup sur coup une série de tuberculoses graves, après la réapparition d'un cas dans une maison du village; ce sont les maisons voisines qui ont été contaminées.

Le professeur MARAGLIANO (de Gênes), dont on connaît les communications retentissantes, est un apôtre du **traitement de la tuberculose par le sérum antituberculeux**.

L'orateur rejette les conclusions que certains auteurs ont tirées de leurs expériences sur le cobaye, animal dont les tissus sont incapables de se défendre contre la tuberculose. L'homme atteint de lésions au début réagit, et sous l'influence du sérum peut espérer la guérison.

MM. ARLOING et PAUL COURMONT ont continué les recherches publiées par M. Arloing au Congrès de Montpellier (1898) et à l'Académie des sciences (mai 1898) sur l'agglutination des cultures liquides homogènes du bacille de Koch. Ils ont employé de préférence des cultures homogènes en bouillon glycériné, âgées de huit à douze jours; le mélange du sérum à la culture se fait dans les proportions de 1 p. 5

à 1 p. 20 dans des tubes où s'observe facilement, à l'œil nu, la production du dépôt des agglutinants et la clarification du liquide dans un temps variant de quelques heures à vingt-quatre heures, limite qu'il ne faut pas dépasser.

1° Chez les phtisiques à lésions avancées (26 cas), la réaction a été positive dans 92 p. 100 des cas, négative dans 7 p. 100. Deux tuberculeux cavitaires n'ont pas donné l'agglutination.

2° Chez les tuberculeux à lésions peu avancées (pleurésies, induration des sommets (22 cas), la réaction a été positive 95 fois p. 100. Elle n'a fait défaut que dans un seul cas où l'examen bactériologique n'a d'ailleurs pas confirmé le diagnostic clinique.

3° Dans les cas de tuberculose chirurgicale (adénites, arthrites...) la réaction a toujours été positive, mais souvent assez faible.

4° Chez les malades non tuberculeux et les individus sains, le sérum est, le plus souvent, non agglutinant; dans quelques cas, il agglutine faiblement; dans quelques cas encore plus rares, la séro-réaction est forte. Les auteurs pensent qu'il s'agit, dans ces cas, de tuberculose latente comme l'autopsie en révèle souvent et qui pourraient être à l'avenir dépistés par la séro-réaction, comme ils l'ont constaté dans plusieurs cas où des sujets non tuberculeux en apparence et présentant une séro-réaction positive ont été reconnus ultérieurement tuberculeux, soit à l'examen clinique, soit mieux encore, à l'autopsie. En tout cas, l'existence à peu près constante de la séro-réaction dans les cas de tuberculose peu avancée donne les plus grandes espérances pour le séro-diagnostic de la tuberculose au début.

En résumé : la séro-réaction peut fournir avec rapidité un élément d'information très important dans le diagnostic précoce de la tuberculose.

Ces auteurs ont pu obtenir une tuberculine complète beaucoup plus active que les tuberculines courantes.

Suivant la participation plus ou moins grande du bouillon de culture et des corps des bacilles dans la préparation, on obtiendra un produit dont les réactions circulatoires, gastro-intestinales ou thermiques, seront différentes.

Les poisons gastro-intestinaux, vaso-dilatateurs et cardiaques sont contenus au maximum dans le bouillon de culture.

Les poisons modérateurs cardiaques et hypothermisants sont sertout retenus dans le corps des bacilles.

Les éléments précipitables par l'alcool, bien qu'ayant une faible nocuité en eux-mêmes, sont indispensables à la production des effets de la tuberculose ordinaire.

Une spoliation peut changer profondément les effets de la tuberculine, qu'elle soit produite par précipitation, par oxydation ou par la chaleur.

Ce travail est le préambule d'une recherche sur les principes vaccinants et favorisants contenus dans la tuberculine.

Ces mêmes auteurs, d'accord avec un grand nombre de cliniciens et d'expérimentateurs, déclarent que la nouvelle **tuberculine TR est inefficace** contre la tuberculose expérimentale, avant ou après l'inoculation; elle est débarrassée des substances hyperthermisantes, vaso-dilatatrices, vaso-paralytiques, toxi-cardiaques et nauséeuses qui se rencontraient dans la tuberculine primitive : elle renferme encore un poison qui ralentit le cœur; enfin, malgré tout, elle paraît favoriser le développement de l'adénite spécifique dans les régions qu'elle traverse pour pénétrer dans l'organisme.

Sauf M. BENOIT (de Paris) qui se montre favorable à la nouvelle tuberculine, les autres membres du Congrès n'ont constaté aucun résultat favorable à la suite de son usage.

M. VAQUIER, de l'hôpital de Villiers, a employé la tuberculine TR dans cinq cas de tuberculose pulmonaire chez des enfants de divers âges; il a constaté que des doses inférieures à 1 milligramme d'extrait sec étaient bien tolérées, mais que les doses plus élevées déterminaient une réaction marquée et élevaient la température.

Quant aux résultats thérapeutiques, ils ont été absolument nuls.

M. BOUNHIOL (d'Alger) n'a eu que de mauvais effets de la tuberculine TR dans la cure des tuberculoses; la durée totale du traitement a été de un mois et demi à trois mois; il a injecté jusqu'à 9 milligrammes d'extrait sec. Dans aucun cas, il n'a observé d'action favorable, l'évolution est restée aussi rapide, les symptômes ne se sont pas amendés, les bacilles n'ont pas disparu des crachats. Il y a eu souvent production de réactions locales intenses, d'hyperthermies marquées, diminution de l'appétit et l'état général s'est quelquefois aggravé.

M. LECLERC (de Lyon) a traité huit malades par la tuberculine TR à des doses ne dépassant pas 3 milligrammes; ces malades étaient, les uns des tuberculeux pulmonaires apyrétiques, les autres des tuberculeux chirurgicaux. Elle paraît plus maniable que la première tuberculine de Koch; employée prudemment, elle ne donne pas d'accidents, mais elle ne semble pas douée de propriétés curatrices.

MM. NETTER et BEAULARON ont envoyé au congrès un travail des plus instructifs sur **le traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoriums.**

Après avoir exposé les ravages que la tuberculose fait dans notre pays où chaque année 150,000 victimes succombent à ce fléau, les auteurs s'enquièrent des soins à donner aux tuberculeux, et ils n'ont pas de peine à démontrer combien ceux-ci sont insuffisants. En réalité, les 2/3 des tuberculeux indigents restent sans secours véritable.

Or, la désinfection telle qu'on la pratique et telle qu'on pourra la pratiquer dans l'avenir ne donnera pas les résultats promis et attendus. Les poussières sont-elles bien la cause de la contagion? ou tout au moins en sont-elles l'unique cause? on peut affirmer que non.

Voici comment MM. Netter et Beaularon expliquent le mode habituel de la contagion.

Beaucoup de tuberculeux lancent à chaque instant dans l'atmosphère des particules, des poussières liquides, qui restent en suspension dans l'air, que le courant atmosphérique le plus faible fait tourbillonner, et qui portent avec elles des bacilles dans un état humide favorable à la conservation de leur virulence. Un tuberculeux qui parle dans une cage de verre envoie sur toutes les parois de cette cage des bacilles qui peuvent facilement être décelés. Ces particules liquides peuvent, dans un accès de toux, être projetées à une distance de 10 mètres et jusque sur le plafond de la pièce qui contient le malade. Une fois desséchées, les particules tomberont à terre avec leurs bacilles, et il faudra pour les mobiliser de forts courants d'air ou un balayage énergique. Dans les circonstances ordinaires de la vie, les tourbillons d'air de nos appartements sont trop faibles pour soulever ces poussières sèches assez lourdes. Ces mêmes tourbillons peuvent, au contraire, transporter facilement les bactéries

qui accompagnent la poussière liquide, puisqu'il suffit, pour les mettre en mouvement, d'un courant d'air de 2 millim. par seconde.

Ainsi donc les tuberculeux, ou, tout au moins, beaucoup de tuberculeux seraient surtout dangereux par leur présence. Ceux qui crachent rarement n'ont de bacilles dans leur bouche qu'au moment de l'expectoration. Si la toux est rare, limitée, comme il arrive aux premières heures du matin, alors que le malade est encore seul dans sa chambre, le danger est, on le comprend, très minime. Ceux, au contraire, qui toussent continuellement, qui finissent un accès de toux pour en commencer aussitôt un autre, ont perpétuellement des bacilles dans la bouche, dans la salive. Il suffit qu'ils toussent, même sans cracher, qu'ils éternuent, qu'ils parlent, pour que des particules infiniment ténues de salive bacillifère soient projetées incessamment par leur bouche. D'après Flügge, ce sont ces particules qui constitueraient le danger le plus grand de contagion, puisqu'elles transportent le bacille sous la forme la plus favorable à la conservation de sa virulence. Si ces recherches sont exactes, et nous n'avons aucune raison de ne pas les tenir pour telles, le tuberculeux qui se précipite sur son mouchoir quand il sent venir un accès de toux, et qui met le linge protecteur entre sa bouche et ceux qui l'entourent, n'a peut-être pas tort, puisqu'il supprime ainsi une des plus importantes causes de contagion.

Quoi qu'il en soit, qu'on se rattache à l'une ou l'autre théorie contagionniste, le tuberculeux n'en reste pas moins un individu dangereux, qu'il nous faut isoler. Mais n'oublions pas que c'est, en même temps, un malade qu'il nous faut soigner et guérir si possible.

Les auteurs font voir ensuite ce qui se passe à l'étranger et notamment en Allemagne, et ils montrent les résultats remarquables obtenus dans la crise de la tuberculose par les sanatoriums spéciaux sans qu'on puisse contester les chiffres statistiques contrôlés par les villes, les sociétés particulières et les compagnies d'assurances.

Le sanatorium doit remplir un triple but :

1° Isoler les tuberculeux pour notre préservation particulière; 2° leur donner à tous le meilleur traitement, par humanité; et 3° faire tous nos efforts pour sauver ceux qui sont peu atteints, pour en retirer un bénéfice social et financier.

Quelles sont les conditions que doit remplir un bon sanatorium?

Il faut un air aussi pur que possible, une protection efficace contre le vent, un sous-sol sain et perméable, de vastes terrains pour mieux isoler les malades et leur permettre les promenades nécessaires à leur guérison. On ne trouvera jamais tous ces facteurs réunis que loin des villes, dans la campagne, voire même dans la montagne; car, bien que nous ne puissions l'expliquer, nous ne pouvons nier que l'altitude exerce une action nettement favorable sur le cours de la phtisie. Tous ces avantages, nous devons les réserver à nos malades de la classe, et nous choisirons au loin, dans un rayon assez étendu pour qu'on soit sûr de rencontrer un site favorable, l'emplacement répondant le mieux à tous les desiderata. Les régions méridionales si favorables par la beauté de leur climat à la cure d'air pendant l'hiver, présentent l'inconvénient de ne pouvoir être utilisées pendant l'été à cause de leur température trop élevée. Elles ont peut-être aussi le désavantage d'habituer le malade à un climat trop doux. Nous ne devons pas oublier, en effet, que le tuberculeux indigent est appelé à revenir reprendre son travail dans son pays d'origine. L'altitude présente à ce point de vue plus d'avantages et permettra de créer des sanatoriums qui resteront ouverts pendant toute l'année.

Les malades aux lésions plus avancées représentent avant tout un danger pour la société. Nous avons bien toujours à leur égard deux indications à remplir, leur isolement et leur traitement, mais de ces deux indications la première prime la seconde. Nous ne pouvons pas espérer, comme pour les malades de la première catégorie, sauver la plupart de ceux qui viendront en traitement; un petit nombre seulement pourra être guéri. Ils constituent avant tout, par leur présence, un danger pour la société. Pour ceux-là, il faut aussi naturellement le sanatorium qui seul permet de les guérir si possible en même temps qu'il les isole, mais le sanatorium à notre porte, facile à atteindre, dont l'éloignement ne sera pas assez grand pour que les malades s'y sentent exilés.

Ce rapprochement de l'emplacement a d'autant plus l'importance que les malades de cette catégorie séjourneront probablement plus que les autres au sanatorium avant que le traitement les ait améliorés assez pour qu'ils puissent reprendre leurs occupations pendant un laps de temps notable. La proximité du sanatorium rendra alors la visite de la famille plus facile, et cette circonstance n'est pas à dédaigner. Nous savons quel vide fait dans un ménage d'ouvriers la disparition du chef de famille. Ne faut-il pas que nous le laissions à portée des siens pour qu'il puisse au moins les diriger de ses conseils pendant sa longue absence?

Il reste bien entendu que ces établissements suburbains sont, eux aussi, des sanatoriums où le malade isolé peut suivre le traitement hygiénique de la phtisie. Dans ces conditions, il n'est pas douteux qu'on y puisse aussi réaliser des cures. Si ces sanatoriums sont en nombre suffisant, nous y pourrons diriger, dès le diagnostic posé, tous nos tuberculeux : en agissant ainsi nous n'aurons pas perdu de temps dans le traitement de nos malades avant le moment où nous pourrons envoyer les cas les plus curables au sanatorium de montagne.

Les orateurs pensent qu'il ne faut pas dissimuler la tuberculose, mais la signaler toutes les fois que nous la rencontrerons. Surtout au début, malgré ce que cette franchise semble porter avec elle de cruel, il faudra montrer au tuberculeux la gravité de son mal, sa gravité extrême même, s'il ne se soigne pas, et l'importance qu'il y a pour lui à abandonner momentanément sa vie de travail. Il faudra aussi lui montrer, dans ce cas, la presque certitude de la guérison. Mais nous voyons quelle tâche ardue nous entreprenons et combien il sera difficile de faire comprendre à l'ouvrier qui se sent encore capable de travailler pour soutenir sa famille qu'il lui faut tout abandonner et consacrer son temps à se soigner.

Une grosse question, est l'assistance de la famille de l'ouvrier pendant le séjour du tuberculeux au sanatorium. Il y a pour cela tout à faire. Les orateurs montrent combien à cet égard nous sommes au-dessous des pays environnants. On s'occupe actuellement de pratiquer (et au prix de quelles dépenses!) l'isolement des tuberculeux d'hôpital. Les sanatoriums d'indigents sont tout entiers à créer; mais pour cela il faut l'initiative privée, la charité particulière, il faut peu compter sur les administrations routinières,

construisant cher, et dont le budget est grevé de charges déjà trop lourdes.

Voici les conclusions que proposent les auteurs :

I. Le traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoriums s'impose à trois points de vue :

1° Le sanatorium assure l'isolement du tuberculeux qui, par sa présence, constitue un danger pour la société;

2° Le sanatorium, grâce à ses installations spéciales, permet seul de donner au tuberculeux les soins dont il a besoin;

3° Le sanatorium, destiné spécialement aux malades les plus curables, permet de réaliser un véritable gain financier et social, comme l'ont montré les résultats obtenus par les Compagnies d'assurances contre l'invalidité de la vieillesse.

II. Les hôpitaux d'isolement et les quartiers d'isolement, tels qu'on semble les comprendre, ne répondent qu'imparfaitement à une partie de la question : celle qui a trait au danger que présentent les tuberculeux pour la société. Leur création présente le grave inconvénient de nécessiter de très fortes dépenses qui ne seraient vraisemblablement pas surpassées par la création de sanatoriums qui résoudraient complètement le problème.

III. Nous devons faire tous nos efforts pour diriger vers les sanatoriums les tuberculeux les plus facilement curables, ceux qui sont au début de leur maladie. Il est urgent, pour aider à ce recrutement, de se préoccuper de secourir la famille des hospitalisés pendant l'absence du chef de famille.

IV. Étant donnés les sacrifices pécuniaires considérables exigés par ces réformes, il est nécessaire que toutes les bonnes volontés se mettent à l'œuvre et que l'initiative des particuliers s'associe à celle des pouvoirs publics dans la lutte à entreprendre.

Cette remarquable étude sur les sanatoriums amène, en quelque sorte, la communication suivante de M. SERSIRON **sur l'initiative privée et les sanatoriums pour les tuberculeux adultes et pauvres.**

Après avoir démontré que rien d'officiel n'avait été fait pour le tuberculeux, notre confrère envisage ce qui se passe à l'étranger, et comme les auteurs précédents montre ce qui nous reste à faire, et ce que nous pouvons faire. Il rappelle ces merveilles qu'a déjà produites chez nous la charité privée.

Il montre M. Armaingaud qui construit le sanatorium marin d'Arcachon, M. Sabran qui bâtit et entretient de ses deniers celui de la presqu'île de Giens, M. Pallu qui fonde l'œuvre des hôpitaux marins, M. Dumarest à Lyon, M. Gouel à Villepinte et enfin les œuvres, plus récentes mais toutes admirables, d'Ormesson, de Villiers-sur-Marne et du dispensaire de la rue Miromesnil, établies sous la haute direction de M. Hérard.

Aussi propose-t-il la formation d'un **Comité médical d'initiative pour la création de sanatoriums populaires et gratuits en France.**

**Sanatoriums pour les tuberculeux pauvres**, tel est le titre d'une communication de MM. S. BERNHEIM ET BLANCHET (de Paris). Pour eux, l'isolement des phtisiques dans nos hôpitaux est un progrès prophylactique, mais ne constitue pas une mesure très utile pour les tuberculeux eux-mêmes, qui placés dans des conditions médiocres d'hygiène et mauvaises d'atmosphère, ne retireront qu'un profit relatif de cette innovation. Il faut envoyer nos bacillaires dans des sanatoriums construits spécialement pour eux sur des montagnes à altitude de 800 à 1400 mètres, loin de toute habitation et surtout de tout grand centre.

Le plan de sanatorium type présenté par les auteurs consiste en un immense bâtiment central relié à deux autres ailes par de vastes galeries vitrées. Les constructions surélevées directement à entresol présentent sur la façade du midi une galerie à cure d'air de 300 mètres de longueur. Toutes les chambres placées au midi ressemblent à une véritable salle d'opérations chirurgicales par leur aspect et leur mobilier : elles peuvent être aseptisées facilement; elles ne contiendront chacune que deux malades.

Malgré ce nombre restreint qui évitera toute infection mutuelle, le sanatorium peut contenir 360 personnes, et si l'on estime qu'un séjour de quatre mois est suffisant pour phtisique, un sanatorium peut hospitaliser annuellement 1080 malades.

Les auteurs présentent aussi un plan financier de leur étude. Ils affirment que, si l'on affectait aux sanatoriums la somme votée récemment par le Conseil municipal de Paris pour l'isolement des phtisiques, la ville de Paris posséderait de ce chef douze sanatoriums modèles, qui pourraient recevoir chaque année 13,960 phtisiques. Ces derniers ne viendront plus encombrer nos hôpitaux qui sont du reste trop exigus pour nos autres malades. Au cours de cette étude, le choix du climat, l'exposition du sanatorium, sa construction, sa division sont étudiés dans les moindres détails.

M. VERHAEREN (d'Alger) pose les **indications de l'hivernage des tuberculeux à Alger-Mustapha.**

« Plus d'un demi-siècle a établi l'efficacité du climat d'Alger dans le traitement de la tuberculose. Mais, jusque dans ces derniers temps, les notions acquises manquaient de précision; les indications n'étaient pas suffisamment spécifiées; on conseillait Alger aux tuberculeux, un peu en désespoir de cause, et sans trop s'inquiéter de la forme et de la période de leur affection. Il en est résulté des insuccès qui doivent être attribués, non au climat lui-même, mais à l'usage intempestif qui en a été fait. Dans cette étude, nous sommes partis de ce principe, qui se dégage de tous les travaux modernes de climatologie, que chaque climat a ses indications bien définies, en dehors desquelles il devient indifférent ou nuisible. Il y a donc lieu, tout d'abord, de préciser la région dont nous entendons parler ici et à laquelle s'appliquent exclusivement toutes les expérimentations qui vont être exposées plus loin. Cette région correspond au premier contrefort du Sahel. Elle s'étend au sud-est d'Alger, commence aux côteaux qui dominent Mustapha-Supérieur et finit à ceux qui séparent Birmandreis de Birkadem. Ainsi limitée, elle forme une bande de terrain fortement accidenté, dont l'altitude varie de 110 à 230 mètres, dont les ondulations sont couvertes de plantations d'arbres pour la plupart résineux, et qui, enfin, est complètement protégé des vents de la mer par les crêtes de Mustapha, des vents du sud et de l'est par celles plus accidentées qui forment le centre du Sahel. Cette région a un sol exclusivement calcaire, et nous insistons sur cette condition, qui a une importance capitale, dans un pays qui offre des influences telluriques très actives, s'exerçant aux altitudes les plus variées et parfois à des époques inaccoutumées de l'année, pouvant, par suite, avoir des effets désastreux sur des organismes débilités. Or, la constitution profondément calcaire du sol lui confère

une immunité absolue contre la malaria, immunité due tant à la grande porosité du terrain qu'aux sels calcaires en dissolution dans les eaux des boissons. Nous reviendrons sur cette question. La région d'Alger doit être rangée parmi les climats marins sédatifs toniques avec Madère, Pau, Ajaccio. Sa moyenne thermométrique, ses conditions de stabilité thermique et hygrométrique, en font également une station tempérée chaude, à l'égal du Caire et de Malaga. Au point de vue climatérique, elle présente cette supériorité remarquable de participer aux avantages de ces deux catégories de climats, particularité que Funchall réalise seul avec elle.

Voici le résumé des observations prises au sanatorium d'Alger pendant les semestres hivernaux des trois dernières années :

La moyenne des températures minima a été de 9°3;

La moyenne des températures maxima a été de 17°5;

Le thermomètre n'est pas descendu au-dessous de plus de 4 degrés;

La moyenne des nuits à température inférieure à 6 degrés a été de 5;

La moyenne des nuits à température de 6 à 7 degrés a été de 9, soit seulement 14 nuits en moyenne, dont la température ait été relativement basse.

La moyenne des écarts nycthernéraux a été de 8°4;

Les hauteurs barométriques réduites à 0 degré ont donné une moyenne de 760$^{mm}$5; celle des variations barométriques a été de 5 millimètres, d'où une constance remarquable de pression atmosphérique;

La moyenne hygrométrique a été de 68 p. 100;

Celle de la quantité de pluie tombée annuellement a été de 863 millimètres, répartis en 84 jours, dont près de moitié sont attribuables à la saison dite des pluies, décembre et janvier.

Les observations cliniques prises sur les malades, qui ont été en traitement au sanatorium d'Alger, nous ont permis de poser les conclusions suivantes concernant son action thérapeutique dans la tuberculose : 1° après un séjour qui n'excède généralement pas huit jours, la fièvre de résorption est tombée; la fièvre essentielle ou de tuberculisation s'atténue (à ce moment se produit habituellement, chez les malades à fièvre continue, une rémission matinale). Dans 3/5 des cas observés, cette atténuation a été supérieure à 1 degré. Après le premier mois, la fièvre reste stationnaire, sauf complications bien entendu, et ne s'abaisse plus que graduellement et seulement chez les malades, qui retirent tout le bénéfice possible de la cure;

2° L'expectoration est diminuée dès la première quinzaine, la toux inutile s'apaise, l'appétit renaît insensiblement et, avec son retour, disparaissent en partie les troubles digestifs et la diarrhée;

3° Les sueurs subissent parfois une légère augmentation, les premiers jours principalement, chez les malades qui ont résidé en plaine ou qui ont été confinés, mais ces transpirations ne tardent pas à diminuer, puis à disparaître dans la plupart des cas.

Nous pouvons établir comme suit les indications d'un séjour hivernal dans la région d'Alger.

Les résultats les plus satisfaisants observés jusqu'ici l'ont été chez des tuberculeux à forme commune chronique, ayant dépassé la première période de leur affection, et ne pouvant, par suite, plus être envoyés à l'altitude. Ces malades arrivent à cicatriser leurs cavernes, lorsqu'elles sont peu étendues et surtout peu nombreuses, et qu'il n'y a pas complication. Nous avons constaté ainsi des rémissions se prolongeant depuis des années, et équivalant presque à des guérisons. D'autres malades à lésions plus graves retirent de leur cure un retour sensible de force et une survie très appréciable. En second lieu, les malades qui tirent le plus d'avantages de l'hivernage dans la région d'Alger sont ceux à forme subaiguë, à lésions disséminées, etc.; pour ceux-ci encore nous pouvons constater des rémissions, moins nombreuses, à la vérité, que pour la catégorie précédente.

Enfin, dans une troisième classe de sujets favorablement influencés peuvent se placer tous ceux qui présentent des complications du côté du larynx, des intestins, des reins, etc. Ces malades qui, dans nos climats à hivers rigoureux, se cachectisent rapidement et ne tardent pas à succomber, voient à Alger leurs maux s'atténuer un peu et obtiennent une prolongation parfois sensible de leur existence. Ces indications peuvent être résumées en la formule suivante : Les tuberculeux à lésions et à fièvre retirent des avantages d'un hivernage dans la région d'Alger et en particulier au sanatorium, où toutes les conditions sont réunies pour rendre parfois possibles des guérisons inespérées ailleurs. La saison hivernale commence le 15 octobre et finit le 15 mai. L'été peut être passé dans les Alpes ou les Pyrénées.

M. SEDAN (de Marseille) étudie la **désinfection** qui intervient dans deux cas différents comme aide à la **prophylaxie de la tuberculose**. Dans le premier, elle tue ou tout au moins infertilise le bacille collecté dans un crachoir. On assigne ce rôle soit à la solution d'acide phénique au 5 p. 100 qui est insupportable, soit au sublimé au 2 p. 1000 toxique avéré et qui n'a d'action que si on l'additionne de sel marin; aveu officiel enregistré pour la première fois par ceux qui n'ont cessé de soutenir la thèse de l'impuissance relative de ce désinfectant, s'il n'est pas à des doses dangereuses et peu maniables. M. le médecin-inspecteur Vallin a proposé l'aldéhyde formique, repoussé évidemment en raison de l'incertitude de sa composition (lire Pfull à ce sujet). On possède un liquide toujours identique à lui-même, qui ne sent pas, ne tache pas, n'est pas toxique, qui en solution au 450$^{e}$ tue le bacille en 15 minutes; il l'infertilise en 6 minutes. La nature médicale de cette communication fait renvoyer à plus tard la vulgarisation d'études que l'on ne manquerait pas de traiter de commerciales si elles étaient produites dans cette circonstance. Date est prise, cela suffit.

Le bacille est craché, il est sec ou mouillé, il est découvert, recouvert, dissimulé dans des poussières, des moulures de meubles; comment l'atteindre?

Les liquides, ceux que l'on peut encore défendre, et avec quelles restrictions! n'agissent que là où ils touchent; de plus, ils n'ont aucune action sur l'air des appartements, ce qui est indispensable (lisez Miquel). Les gaz : on n'en connaît aucun qui respecte l'intégrité des objets soumis à leur action. Seul, le formo-chlorol réalise théoriquement la perfection. La réalise-t-il pratiquement? Le rapport de M. le professeur Rietch au maire de Marseille l'établit sans contestation possible. Les travaux faits à Venise viennent corroborer ces conclusions qui sont encore plus affirmatives, si c'est possible, dans un mémoire fait également par le docteur Rietch, cela au sujet de nouvelles expériences dont il a publié le récit dans le *Marseille médical* du 1$^{er}$ novembre 1897. A la suite d'expériences personnelles décisives, le docteur Sedan a demandé, fin avril 1898, à les reproduire devant une commission désignée par le Congrès.

La lettre, de laquelle on lui a accusé réception, n'a reçu aucune suite; si donc, ses affirmations ne sont pas corroborées par le rapport du Comité, la faute n'en est pas au signataire de cette note. A l'instigation du docteur Chiais (de Menton), et sur un programme précis rédigé par ce médecin, on a traité de la tuberculose broyée avec du sable stérile, dans des godets libres, ou recouvert de trois gazes ou de deux doubles de couverture. L'opération a été faite avec le formo-chlorol, d'après les règles ordinaires, un litre pour cent mètres cubes, huit heures de contact. Les témoins sont tous morts tuberculeux en moins de quinze jours. Les quinze survivants, tous inoculés avec des produits désinfectés, le 25 mai, sont tous en vie, bien portants, ayant gagné une moyenne de 47 grammes en poids, sauf l'un d'eux qui est stationnaire, sans adénite ni fièvre. L'auteur affirme ces résultats obtenus en présence de ses collaborateurs journaliers, dans un laboratoire ouvert à tous; il a présenté ces animaux au docteur Chiais (de Menton), et au docteur Verhaeren (d'Alger).

M. MAGNAN, vétérinaire attaché au bureau d'hygiène de la ville de Nice, fait une communication sur l'organisation et le fonctionnement d'un service de **tuberculinisation des vaches laitières** créé à Nice au début de l'année.

L'autorité municipale ne pouvant obliger les laitiers à cette tuberculinisation, un arrêté a été pris le 19 janvier 1898, arrêté suivant les termes duquel les laitiers nourrisseurs, vendant uniquement du lait provenant d'étables ne renfermant que des animaux reconnus sains par la tuberculine, reçoivent un certificat d'hygiène et l'autorisation d'apposer sur leurs vases à lait une plaque mentionnant le fait qu'ils se soumettent à l'inspection sanitaire du bureau d'hygiène.

Ces laitiers prennent l'engagement de se débarrasser immédiatement des vaches laitières qui réagissent; c'est là pour eux une cause certaine de préjudice, par suite de la perte sur le prix des vaches vendues à l'abattoir; mais une augmentation minime du prix du lait suffit largement à compenser cette perte. Or, avec les notions d'hygiène qui se répandent de plus en plus dans le grand public, on doit espérer que celui-ci n'hésitera pas à payer un peu plus cher un lait qui lui présentera des garanties certaines au point de vue de la non-infection bacillaire.

Il est probable, en outre, que, par la propagation des noms des laitiers titulaires des certificats d'hygiène dans les journaux locaux; par l'intermédiaire des docteurs qui recommanderont le lait de ces vacheries et par les prescriptions faites aux établissements de l'État et autres de ne prendre que de ce lait, on verra s'accroître le nombre des demandes de tuberculinisation et on arrivera ainsi à l'élimination d'un grand nombre de vaches tuberculeuses.

M. LÉON DERECQ (de Paris) insiste sur les dangers auxquels sont exposés les enfants convalescents quand, sortant de l'hôpital, ils sont rendus à leurs familles encore affaiblis, débilités, aptes à cultiver tous les germes, et qu'ils séjournent dans des logis insalubres, encombrés, souvent infectés : bien souvent alors on voit la tuberculose se développer chez eux. Il est donc très important de s'occuper de protéger les **enfants convalescents contre l'infection tuberculeuse** qui les menace, et pour cela on doit avant tout et surtout les éloigner du milieu familial et de l'atmosphère des grandes villes. Etant donné le chiffre de la population infantile de Paris qui, d'après le dernier recensement, est de 480,900 enfants de zéro à quatorze ans, on conviendra que les hôpitaux de convalescence relevant de l'Assistance publique sont insuffisants.

L'éloignement méthodique de l'atmosphère urbaine s'impose pour tous les enfants convalescents d'affections aiguës, que ces enfants sortent des services hospitaliers ou qu'il s'agisse de nécessiteux convalescents soignés à domicile. Bien des progrès sont encore à réaliser dans cette voie.

Bien que la **tuberculose locale chez le vieillard** soit considérée, en général, comme exceptionnelle, M. WIDAL a eu l'occasion d'en recueillir dix observations chez des gens âgés de soixante-dix à soixante-dix-huit ans.

Au point de vue clinique, l'évolution de ces tuberculoses locales commençant à un âge si avancé a été telle qu'on l'observe chez les jeunes, qu'il se soit agi de tubercules de la peau, d'abcès froids osseux ou sous-cutanés. Il ne put déceler chez quelques-uns de mes malades aucun antécédent tuberculeux personnel.

A l'autopsie de deux d'entre eux, âgés l'un de soixante-quatorze ans, l'autre de soixante-seize ans, on a constaté cependant au sommet des poumons des cicatrices fibreuses reliquats d'anciennes lésions tuberculeuses.

Un des malades avait eu des hémoptysies à l'âge de vingt ans, et depuis cette époque n'avait souffert d'aucune autre manifestation tuberculeuse; deux autres vieillards, âgés de soixante-dix-huit ans, avaient souffert d'adénite sous-maxillaire tuberculeuse rapidement guérie, l'un à l'âge de huit ans, l'autre à l'âge de dix ans. Cette longue trêve de soixante-dix ans montre combien longtemps, chez le même individu, la tuberculose peut rester sommeillante.

Chez quelques-uns, on constatait une sorte d'hérédité rétrograde; leurs enfants avaient été frappés de tuberculose de longues années avant que l'on ait pu constater chez eux la première manifestation tuberculeuse apparente. L'un d'eux avait perdu deux de ses enfants de phtisie, trente et trente-cinq ans avant l'apparition chez lui de la première manifestation tuberculeuse.

M. BERLIOZ (de Grenoble) part de ce principe, proclamé par M. Grancher, que la déchéance de l'organisme et le bacille sont les deux conditions nécessaires de la tuberculose, et que le traitement doit avoir pour objectif le relèvement de l'organisme. Dans ce but, il a utilisé les propriétés excitantes de la nutrition du sérum normal de bœuf, auquel il incorpore un médicament dont l'action antituberculeuse est connue, le phosphate de gaïacol. Dans un second sérum il accroît encore ces propriétés stimulantes par l'adjonction d'extraits de divers organes : testicule, foie, rate, cerveau poumon, combinant ainsi la sérothérapie. L'emploi de ces sérums, qui s'administrent en lavement à la dose de 1 à 2 flacons de 30 grammes par jour, produit les deux phénomènes principaux suivants : 1° augmentation de poids des malades qui, dans un cas, a été de 12 kilogrammes en trois mois : dans un autre, de 4 kilogrammes en quinze jours; 2° augmentation du chiffre de l'urée, qui est doublé et et même quadruplé. Par suite du relèvement de l'état général les autres symptômes s'amendent : toux, expectoration, sueurs. L'amélioration des lésions locales se produit aussi, mais plus tardivement. Le traitement doit être continué pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois.

La tuberculose aiguë n'est pas une contre-indication. M. Berlioz en cite deux cas dans lesquels l'augmentation de

poids s'est faite malgré la fièvre, et les lésions ont rétrocédé au bout de deux ou trois mois.

M. BRISSONNET (de Tours) a obtenu des combinaisons nouvelles de créosote à très faible odeur et saveur, et bien tolérées. Le phosphate de créosote (liquide incolore), le tannophosphate de créosote (liquide ambré) déterminent une augmentation de l'urée et de l'acidité urinaire. Le créosoforme est une poudre verdâtre résultant de la combinaison de l'aldéhyde formique avec la créosote.

M. P. GALLOT, reconnaissant que l'iodoforme a pris place dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par suite de ses propriétés antiseptiques et antiputrides, étudie l'action de ce médicament administré à l'intérieur et consigne le résultat de ces recherches dans une observation personnelle qu'il cite. Il s'agit d'une femme de vingt-et-un ans qui, à l'examen, fut reconnue être atteinte de tuberculose au début avec hémoptysies persistantes et à répétition. Il lui fit des injections sous-cutanées d'iodoforme, à la dose de 2 centigrammes par jour, d'après la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Huile de vaseline neutre. . . . | 25 centigrammes. |
| Eucalyptol . . . . . . . . . . | 5 grammes. |
| Iodoforme . . . . . . . . . . | 75 centigrammes. |

Et il obtint aussitôt d'excellents résultats. Enfin, l'auteur termine sa communication en rappelant que les effets de l'iodoforme pris à l'intérieur amènent une diminution des pulsations cardiaques et l'augmentation de la tension artérielle ; que son action est, par conséquent, analogue à celle de la digitale ; mais qu'il a sur elle l'avantage de ne pas s'accumuler ; et il ajoute que les conclusions auxquelles il est arrivé seront confirmées par des expériences faites sur des animaux.

M. H. BERGERON rappelle que le docteur Huguet emploie, depuis plus de vingt ans, les inhalations d'air ozonisé, chargé de substances médicamenteuses, particulièrement d'iodoforme et d'eucalyptol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. En cela, il a été un précurseur de la méthode si en faveur aujourd'hui, la médication par les bronches, méthode installée récemment à l'hôpital Boucicaut par le docteur Letulle. Des appareils introduisent directement dans les voies respiratoires un air constamment purifié, débarrassé par un filtrage des corpuscules qu'il pouvait tenir en suspension, puis ozonisé au moyen d'un appareil électrique, et enfin chargé de substances médicamenteuses volatiles.

Quand le médecin veut introduire par les voies respiratoires des substances médicamenteuses non volatiles, il les dissout dans l'alcool et dans l'éther, et, au moyen d'un courant d'électricité statique, il les pulvérise ; un courant d'air ozonisé les porte alors dans des embouchoirs, en face desquels respirent les malades. On peut donc considérer comme réalisé le vœu de tous les médecins, si bien exprimé par Vulpian, « de voir les médicaments antizymotiques introduits dans l'économie, et mis en contact direct avec le sang, par l'intermédiaire des poumons, sans que cette opération présente pour le malade le moindre inconvénient. Les inhalations d'air ozonisé, chargé d'eucalyptol et d'iodoforme, sont celles qui donnent dans le traitement de la tuberculose les plus heureux résultats. Jamais on n'observe d'accidents d'intolérance. L'état général s'améliore d'abord; puis l'état local s'amende. Le malade engraisse, et son expectoration diminue. Cette médication est plus utile encore comme moyen préventif. Après la coqueluche, qu'elle guérit en quelques jours, après les toux opiniâtres de la rougeole, qu'elle amende rapidement, après les toux persistantes des pleurétiques, qu'elle fait disparaître, etc., M. Bergeron n'a pas encore vu se produire ultérieurement de signes de tuberculose. Cette méthode de traitement doit prendre place à côté des cures d'air et du séjour à la campagne, et les remplacer pour les malades qui ne peuvent se déplacer.

M. BOUREAU (de Tours) a constaté l'influence favorable de l'acide phosphorique combiné à la créosote sur la nutrition des tuberculeux. L'urée, l'acidité urinaire, le poids du malade, ont constamment augmenté chez des enfants tuberculeux hospitalisés. L'acide phosphorique agirait en créant artificiellement un état d'hyperacidité analogue à celui de l'arthritique, et modifierait ainsi le terrain du tuberculeux, presque toujours hypoacide.

M. M. DESPREZ (de Saint-Quentin), s'appuyant sur les propriétés antibacillaires vraiment merveilleuses du chloroforme dans le traitement du choléra et de la plupart des maladies à fonds bacillaire, a présenté au Congrès de 1891, pour l'étude de la tuberculose, un mémoire sur l'application du chloroforme aux maladies épidémiques et contagieuses, et en particulier dans la tuberculose.

Dans ce travail, le docteur M. Desprez a démontré, d'une façon rigoureuse, l'indication absolue de l'adjonction du chloroforme à un traitement reconstituant, aidé d'une hygiène aussi bonne que possible. Il s'est appuyé sur l'innocuité du chloroforme à doses légères, son élimination très rapide, son action prophylactique puissante, la nécessité d'un traitement persistant dans la tuberculose pulmonaire, jusqu'à suppression absolue des accidents. Il a préconisé l'excellence des lavages à l'eau chloroformée dans les foyers tuberculeux et purulents. Convaincu par son expérience personnelle de l'excellence de ce puissant auxiliaire d'un bon traitement, laissé à l'initiative de ses confrères, M. le docteur Desprez a fait et fait encore appel aujourd'hui à leur expérimentation et à leur contrôle. Il a fait aussi appel à l'initiative et au concours de MM. les vétérinaires, dont les travaux très remarquables et justement appréciés ont imprimé une marche brillante, sûre et pleine d'espoir pour l'avenir.

M. BLOCH (de Paris) fait une communication sur le terrain tuberculeux et sa vaccination par l'innoculation du sang d'un congénère arthritique.

L'inoculation du sang capillaire extrait des tissus sous-cutanés d'un consanguin arthritique constitue la base fondamentale de cette méthode. Nous avons indiqué, il y a longtemps, le procédé opératoire en même temps que les résultats thérapeutiques et réactionnels observés à la suite des inoculations pratiquées aux diverses périodes de la phtisie. Ce qu'il importe de retenir, c'est que l'absence de réaction comporte, en général, un pronostic favorable et que ce procédé est applicable à la cure du terrain, et non à la phtisie en évolution. Une seule inoculation d'un centimètre cube paraît suffisante. Il nous est encore impossible de fixer la date de la seconde inoculation, en raison de l'accoutumance produite par la première. Cette même loi de l'accoutumance gouverne le sang des consanguins directs, ce qui semblerait indiquer que l'élément actif antituberculeux du sérum est d'origine ancestrale.

Les premiers essais tentés dans l'art vétérinaire à l'aide de notre procédé justifient son emploi dans la tuberculose bovine.

**Sur un procédé simple pour aseptiser les planchers.** — M. RAYMOND PETIT (de Paris) préconise l'emploi d'une cire retirée du pétrole qui serait préférable à la paraffine pour obturer les fentes des parquets et rendre ceux-ci étanches. Cette cire a les avantages suivants : elle est mauvais milieu de culture pour la plupart des espèces bactériennes et même elle paraît microbicide ; elle n'est pas altérée par l'eau et par les liquides antiseptiques ; elle permet d'obtenir une obturation durable ; dans les salles du Louvre où ce procédé a été appliqué, il y a deux ans, les parquets sont demeurés étanches ; enfin, le remplissage des fentes avec ce produit n'empêche nullement de nettoyer les parquets par les moyens habituels ni de les cirer.

**Séro-diagnostic des épanchements tuberculeux des séreuses.** — M. PAUL COURMONT (de Lyon) dit que les moyens bactériologiques actuels dont nous disposons pour le diagnostic d'un épanchement tuberculeux sont infructueux (recherches des bacilles) ou d'une application difficile et à longue échéance (inoculation du liquide au cobaye). L'agglutination du bacille de Koch en culture liquide homogène par le liquide de l'épanchement donne, au contraire, un procédé de séro-diagnostic rapide et facile. M. Courmont a expérimenté avec 45 liquides de séreuses (pleurésies, ascites, arthrites, hydrocèle, etc.) : sur 11 pleurésies, cliniquement tuberculeuses, 10 ont donné une séro-réaction positive ; dans un seul cas à réaction négative, l'inoculation au cobaye a été négative également et fait douter de la nature tuberculeuse de la pleurésie ; sur 9 épanchements non cliniquement tuberculeux, 4 ont donné la séro-réaction positive ; sur les 5 cas où la réaction fut négative, l'autopsie fut faite deux fois et montra qu'il ne s'agissait pas, en effet, de tuberculose. Sur les 2 ascites, 5 dues à la péritonite tuberculeuse ont donné, en effet, la réaction agglutinante, tandis que les 7 autres, liées à des cirrhoses hépatiques, ont montré une séro-réaction négative. De même, dans les cas d'affections articulaires, d'hydrocèle, de méningite, etc., l'absence ou la présence de séro-réaction a fourni un élément de diagnostic concordant avec la clinique.

Par conséquent :

1° Pas une seule sérosité sûrement non tuberculeuse n'a donné la réaction agglutinante.

2° Presque toutes les sérosités cliniquement tuberculeuses ont donné l'agglutination.

3° Ces faits prouvent qu'une séro-réaction positive peut faire diagnostiquer la nature tuberculeuse d'un épanchement, et l'étude des cas précédents vient à l'appui de la théorie soutenant que, en grande majorité, les épanchements inflammatoires des séreuses sont tuberculeux.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*École de médecine de Rennes.* — M. Castex, agrégé, est nommé professeur de physique.

Sont maintenus, pour l'année scolaire 1898-1899, dans les fonctions ci-après désignées :

MM. les professeurs Bellamy, chargé des fonctions de chef des travaux de chimie ; Castex, chargé des fonctions de chef des travaux de physique ; Perrin de la Touche, chargé d'un cours de médecine légale.

MM. les suppléants : Bodin, chargé d'un cours d'hygiène ; Follet, chargé d'un cours d'anatomie pathologique ; Le Moniet, chargé d'un cours de médecine opératoire ; Topsent, chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— Liste de départ pour les colonies de MM. les médecins principaux, médecins de première et de deuxième classe du service des troupes de la marine :

1° Médecins principaux : MM. 1 Mercié, 2 Négadelle, 3 Alix (P.-M.), 4 Prat, 5 Curet, 6 Alix (L.), 7 Hervé (H.-M.-V.), 8 Rit.

2° Médecins de première classe : MM. 1 Théron, 2 Percheron.

3° Médecins de deuxième classe : MM. 1 Letrosne, 2 Ascornet, 3 Mesny, 4 Préboist, 5 Porre, 6 Mailliu, 7 Binard, 8 Bérard, 9 Micholet, 10 Chabannes.

— M. le docteur Nogué, médecin-inspecteur suppléant du service de Protection des enfants du premier âge, est nommé médecin-inspecteur.

MM. les docteurs Chaillou et Hennocque sont nommés médecins-inspecteurs suppléants du service de Protection des enfants du premier âge.

— Le second Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique aura lieu à Paris, au mois d'août 1900, immédiatement après la clôture du Congrès international de médecine. Le bureau du comité exécutif est constitué de la façon suivante : président, M. Dumontpallier ; vices-présidents, MM. Boirac (de Dijon), Grasset (de Montpellier), Liégeois (de Nancy) ; secrétaire-général, M. Bérillon ; secrétaire-général adjoint, M. Paul Farez ; secrétaires, MM. Henry Lemesle, Félix Regnault, Julliot, Lépinay ; présidents d'honneur, MM. les professeurs Azam, Raymond, Charles Richet et MM. les docteurs Durand de Gros, Liébeault et Jules Soury.

Les communications reçues au Congrès seront divisées en quatre groupes : I. Applications cliniques et thérapeutiques de l'hypnotisme et de la suggestion. II. Applications médico-légales. III. Applications psycho-physiologiques. IV. Applications pédagogiques et sociologiques.

Les questions suivantes seront l'objet de rapports généraux :

1° Rédaction d'un vocabulaire concernant la terminologie de l'hypnotisme et des phénomènes qui s'y rapportent ;

2° L'hypnotisme devant la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. — Intervention des pouvoirs publics dans la réglementation de l'hypnotisme ;

3° Les rapports de l'hypnotisme avec l'hystérie ;

4° Les applications de l'hypnotisme à la thérapeutique générale ;

5° Les indications de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement des maladies mentales et de l'alcoolisme ;

6° Les applications de l'hypnotisme à la pédagogie générale, et à l'orthopédie mentale ;

7° Valeur de l'hypnotisme comme moyen d'investigation psychologique ;

8° Responsabilités spéciales résultant de la pratique de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique.

Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées à M. le docteur Bérillon, secrétaire-général, 14, rue Taitbout.

— Le IV[e] Congrès international de zoologie s'ouvrira à Cambridge, le 23 août prochain, sous la présidence de sir John Lubbock.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Renard (d'Ancy-le-Franc).

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 95. — MARDI 23 AOUT 1898. 71e ANNÉE. MARDI 23 AOUT 1898. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — **1** an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## PLAIE DU REIN GAUCHE PAR COUP DE FEU

LAPAROTOMIE IMMÉDIATE; RADIOGRAPHIE SECONDAIRE ET EXTIRPATION DE LA BALLE; INFECTION SECONDAIRE; DRAINAGE PÉRI-RÉNAL; CONSERVATION DE L'ORGANE; GUÉRISON (1).

Par le docteur E. ADENOT (de Lyon).

Les plaies du rein, graves surtout par leurs complications, ont été considérées fréquemment comme une indication précise de néphrectomie. M. Tuffier, en se basant sur ses propres recherches expérimentales, a toujours conseillé au contraire de tenter la conservation de l'organe, dont les plaies et les déchirures ont une tendance naturelle à se réparer très facilement. Cette conduite, que nous avons adoptée avec succès dans un cas de plaie du rein gauche par coup de feu, est actuellement considérée comme le traitement de choix, aussi bien dans les plaies du rein que dans les contusions de cet organe. La gravité de l'état de notre malade nous laissait cependant peu d'espoir de réussir, comme le montre bien l'observation suivante.

OBSERVATION. — V... (Paul), âgé de dix-sept ans, employé au Crédit lyonnais, est amené à l'Hôtel-Dieu le 12 septembre 1897, à midi, salle Saint-Philippe. Nous remplacions alors M. le professeur Poncet. Nous vîmes le malade immédiatement. Ce jeune homme venait de recevoir une balle de revolver dans le côté gauche, balle tirée par un inconnu pendant qu'il pêchait à la ligne. Tout de suite après l'accident il se traîna pendant quelques pas et rencontra des passants qui le transportèrent à l'hôpital.

Au niveau de l'avant-dernière côte gauche, dans la partie antérieure, on constate l'orifice d'entrée du projectile. La plaie est petite, arrondie, régulière. Pas d'hémorragie externe appréciable. La peau au pourtour de l'orifice ne présente pas de piqueté noirâtre indiquant un coup de feu à bout portant. Petite ecchymose sous-cutanée au pourtour de l'orifice.

D'après les renseignements fournis par le malade, il semble que le coup ait été tiré à une vingtaine de mètres de distance et dirigé obliquement d'avant en arrière, de dehors en dedans.

Le malade présente un peu de schock, mais l'état général paraît cependant assez bon. Le facies est pâle, un peu grippé. La mère, qui vient d'arriver et à laquelle j'en fais la remarque, m'affirme que son fils est ordinairement pâle et ne trouve pas grand changement.

Angoisse légère. La respiration est superficielle. 21 respirations à la minute. Pas de toux, pas de crachats hémoptoïques. Pouls assez bon, mais cependant petit et un peu dépressible, 78 pulsations.

Ventre souple, non ballonné. L'estomac ne paraît pas atteint, bien que la plaie se trouve à peu près à son niveau en dehors et en arrière. Il existe quelques nausées, mais il n'y a pas eu de vomissements.

Le creux épigastrique est indolore, mais le malade accuse des douleurs vives dans tout le côté gauche avec irradiations très douloureuses dans le ventre et particulièrement dans la fosse iliaque gauche. Pas d'irradiation du côté du scrotum.

Aucune indication formelle d'intervention n'existant à ce moment, nous laissons le malade en surveillance, nous bornant à faire placer une vessie de glace sur le ventre, à pratiquer une injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine, et à recommander l'immobilité absolue.

Soir, six heures. — L'état général s'est considérablement et brusquement aggravé il y a deux heures. Le malade est d'une faiblesse extrême, les lèvres sont exsangues, la pâleur du visage se serait accentuée depuis une heure surtout, actuellement l'aspect est cadavérique, décoloration des téguments. Le pouls est à peine perceptible. Compté au poignet tout froid, le pouls donne une impression détestable; il est presque incomptable, 150 à 160 pulsations.

Les extrémités sont refroidies.

Dyspnée très accusée, respiration précipitée, 40 à 43 à la minute; pas de crachats sanglants.

Dans l'après-midi, l'agitation a été constante avec angoisse et plaintes incessantes.

Depuis une heure environ le malade est très accablé et indifférent à tout ce qui l'entoure. La connaissance paraît diminuée sensiblement.

Il y a deux heures se sont produits deux vomissements. Depuis, les nausées se sont montrées plus fréquentes. Les matières vomies contiennent du vin; mais depuis son entrée à l'hôpital le malade n'a pris que de la glace et une potion opiacée. Hoquet intermittent, mais peu marqué.

Pas d'hématémèse ni de melæna.

L'abdomen est un peu météorisé. Douleur persistante dans le côté gauche et la fosse iliaque comme précédemment.

(1) Communication à la Société des sciences médicales de Lyon.

Le symptôme le plus caractéristique est une *hématurie* abondante qui s'est produite en deux fois. Les urines (environ un demi-litre) sont franchement brun rougeâtre.

Par le cathétérisme la vessie est constatée vide.

En résumé, état général très grave. Cette aggravation se serait produite surtout depuis une heure.

La faiblesse est si grande, le pouls si imperceptible que j'hésite à intervenir dans la crainte que le malade ne meure pendant l'intervention.

Pourtant le refroidissement des extrémités, la petitesse du pouls indiquent une hémorragie interne, car l'hématurie par elle-même, indice précieux de blessure du rein, n'explique pas la gravité des accidents. D'autre part, il n'y a pas de signe net de blessure de l'intestin.

L'intervention est la seule chance de salut.

Sept heures du soir. — Anesthésie très légère et très prudente à l'éther. Je ne constate pas d'orifice de sortie de la balle. Je fais une incision un peu en dehors et en arrière de la plaie et verticalement pour découvrir d'emblée plusieurs côtes. Incision de la peau, tissu cellulaire sous-cutané, muscles. Le bistouri suit facilement le trajet de la balle. Je découvre la onzième côte, en avant au voisinage de son cartilage costal. L'extrémité tout à fait antérieure de la portion osseuse de la côte est trouée comme à l'emporte-pièce.

Je résèque une longueur d'environ 3 centimètres d'os et de 1 centimètre de cartilage. Je tombe alors facilement sur le péritoine dont la face externe et le tissu sous-péritonéal sont infiltrés de sang. L'ecchymose profonde qui pouvait être facilement suivie s'étale davantage à ce niveau et rend les tissus confus, surtout à la lumière artificielle. L'incision est agrandie et permet de trouver facilement un petit orifice du péritoine pariétal, fait comme à l'emporte-pièce et obstrué par un lambeau épiploïque infiltré de sang difficilement reconnaissable au fond de la plaie.

Immédiatement en arrière, après avoir agrandi l'orifice du péritoine, je tombe sur une grande quantité de caillots noirâtres que j'attire au dehors. En réclinant les anses intestinales qui se présentent, un jet de sang violent, noirâtre, fait irruption brusque à travers un orifice également très net et comme à l'emporte-pièce situé du côté de la colonne vertébrale au niveau du rein gauche.

En appliquant rapidement le doigt sur l'orifice par lequel jaillit le sang, je puis arrêter l'hémorragie, et, au moyen de tampons aseptiques, mettre au net la surface du péritoine. Je reconnais alors manifestement la face antérieure du rein à travers la séreuse. Puis, introduisant l'index gauche à travers l'orifice du péritoine, que j'agrandis ainsi, je pénètre facilement dans la cavité du parenchyme rénal qui semble absolument *éclaté*.

J'ai la sensation très nette de fissures multiples au milieu d'un tissu résistant noyé dans des caillots mous. Le doigt pénètre ainsi plus profondément dans la cavité du rein bien plus aisément qu'il n'aurait pu le faire dans un simple trajet obtenu par une balle de même calibre.

L'index atteint ainsi très nettement la face postérieure du rein, mais se perd alors dans des caillots mous qui remplissent la loge rétro-rénale sans qu'il soit possible de sentir la moindre trace de balle.

Je pratique un tamponnement soigné de la cavité rénale au moyen de mèches de gaze iodoformée. L'hémorragie semble complètement arrêtée.

A ce moment la respiration du malade devient difficile, et le pouls n'est plus senti. Le malade se refroidit de plus en plus malgré des linges chauds renouvelés pendant l'opération. Il semble qu'il va mourir sur la table d'opération.

Pendant que le pansement est placé rapidement on pratique la respiration artificielle et on le reporte dans son lit.

Nous ne pûmes faire des injections sous-cutanées de sérum artificiel, mais on administra quelques lavements d'eau tiède.

La source de l'hémorragie étant tarie, l'état du malade s'améliora sensiblement pendant les heures qui suivirent l'intervention.

Lundi matin, 13 septembre. — Le malade a bu passablement pendant la nuit. Il a émis environ 200 grammes d'urine claire non sanglante.

La dyspnée est moins accusée. Respiration 30 à la minute. Les vomissements ont cessé. Pouls 100 à la minute, assez plein, mais déprimé. Ventre un peu ballonné, peu douloureux. Le malade dit se trouver assez bien. État général persiste assez bien.

Son aspect est bien meilleur. Les lèvres ont repris leur coloration normale. La connaissance est complète, l'agitation moindre. T. R. 38°1.

Soir. L'état général persiste bon. Émission de gaz par l'anus dans la journée. Légère hémorragie sous le pansement. On s'est borné à ajouter une couche de coton. Respiration 28. Pouls 110. T. R. 37°,8.

Mardi 14 septembre, matin. — T. R. 37°6. Pouls 105. Respiration 26.

État général bon. Ventre moins ballonné. Pas de nausées. Émission de nombreux gaz par l'anus pendant la nuit. Creux épigastrique souple et non douloureux. Urines claires, 250 grammes dans la nuit.

La soif vive a disparu. Le pouls est plus fort. La tension de la radiale, sans être bien marquée, s'est relevée. L'agitation est moindre et le malade causerait volontiers.

Soir. T. R. 38°3. Pouls 86. Respiration 26.

Mercredi 15 septembre. — L'état général continue à s'améliorer.

Samedi 18 septembre. — Pansement. *J'enlève les mèches. Il sort une assez grande quantité de sang très noir et très fluide.* En épongeant on voit une cavité limitée par la pointe de la rate en haut, le péritoine et la masse intestinale en dedans et en arrière. Je prends de grandes précautions pour l'exploration, afin de ne pas rompre les adhérences du côté de la masse intestinale. Avec l'index je pénètre facilement dans la plaie rénale. Les tissus sont infiltrés de sang noirâtre. Je ne sens point de corps étranger. Je place une mèche de gaze iodoformée aussi profondément que possible. Puis le pansement est complété. État général bon; mais la température avait un peu monté, ce qui m'avait décidé à renouveler le pansement ce matin pour assurer plus exactement le drainage profond de la plaie.

Lundi 20 septembre. — Les mèches sont renouvelées. Il s'écoule également un liquide noirâtre et poisseux, il en est de même les jours suivants. Parfois cet écoulement est réellement abondant.

Jeudi 24 septembre. — Le malade commence à s'alimenter.

Vendredi 25. — Les forces étant suffisamment revenues, le malade est transporté chez le docteur Destot pour être radiographié.

Samedi 26. — Sur les photographies obtenues par le docteur Destot et dont l'une est annexée à cette observation, on constate très nettement la présence de la balle. On peut voir que celle-ci répond à la zone rénale. De plus, ainsi que le docteur Destot le faisait remarquer, l'image de la balle obtenue par son ombre portée, étant à peu de chose près sensiblement égale au diamètre réel du projectile, il devient évident que la balle se trouvait rapprochée de la plaque sensible et que par conséquent on la trouvera assez superficielle (1).

L'incision de la néphrectomie, en dehors de la masse des

(1) Soc. des sciences de Lyon, nov. 1897.

muscles sacro-lombaires, est tout indiquée par l'épreuve photographique.

Dans les deux épreuves obtenues, la position du tronc fut légèrement modifiée, de manière à permettre des mensurations sur deux plans différents. Nous pûmes nous assurer ainsi que le projectile se trouvait assez superficiellement situé, et en second lieu sensiblement à 8 centimètres de la ligne médiane, c'est-à-dire très approximativement sur la ligne d'élection de l'incision de la néphrectomie.

J'incise plan par plan la peau, le tissu cellulo-sous-cutané, l'épaisse aponévrose superficielle, le bord externe du muscle sacro-lombaire, l'aponévrose sous-jacente. La balle se trouve immédiatement au-dessous de cette dernière, dans l'épaisseur du muscle carré des lombes sous le feuillet moyen de l'aponévrose du transverse.



C'est une balle de revolver de 9 millimètres. non déformée.

Il n'existe aucune ecchymose sous la peau ou même sous l'aponévrose superficielle. Même avec le secours de la photographie, il était impossible par la palpation de soupçonner la présence de la balle à travers les plans musculo-aponévrotiques.

28 septembre. — Appétit satisfaisant; mais il existe un peu de fièvre le soir. Je crains une infection du foyer de la loge rénale.

Les mèches de gaze iodoformée ont été remplacées par des drains qui donnent issue à un liquide jaunâtre, clair et séro-purulent. Petit foyer de rétention dans la région inférieure de la loge rénale. En recherchant les foyers dans cette région par la palpation de l'hypocondre, je fais écouler une petite quantité de pus. Je me décide alors à drainer d'avant en arrière et largement en utilisant la plaie lombaire. Un gros drain est placé en sautoir.

29 septembre. — Malgré le drainage et une antisepsie soignée, la température a dépassé 39 degrés hier soir. Un peu d'agitation. L'appétit a diminué et quelques nausées se sont manifestées. Une pression modérée sur la partie inférieure de l'hypocondre gauche fait sourdre par la plaie antérieure une assez grande quantité de pus mal lié, brunâtre, très fluide. Pas d'odeur urineuse manifeste.

Le drainage postérieur se trouve probablement insuffisant. Le malade est anesthésié à l'éther. La plaie postérieure, actuellement en bonne voie de cicatrisation, et qui avait servi à aborder le projectile, est agrandie, et je pénètre dans la loge rénale. J'arrive sur une masse volumineuse qui semble être le rein. Mais tous les tissus de la région sont noyés dans une infiltration de la loge rénale par du sang plus ou moins résorbé et des débris de caillots en partie dégénérés ou durcis. Il s'agit d'un volumineux hématome durci en train de se rétracter. L'exploration avec le doigt provoque une hémorragie abondante dont l'origine ne peut être trouvée au milieu de ces tissus friables, sanglants, noirâtres et plus ou moins en déliquescence.

Prolongement de l'incision profonde pour contourner la masse du rein entourée de caillots. L'extrémité inférieure de cette masse descend plus bas que le siège normal du rein et jusqu'au-dessous de la crête de l'os iliaque. De plus cette masse est très augmentée de volume et comprend le rein doublé d'un manteau de caillots anciens qui se confondent avec lui.

On arrive ainsi en arrière et en dedans de la pointe de l'organe sur une sorte de diverticule anfractueux d'où s'échappe un liquide sanglant et putrilagineux.

Il est alors possible de drainer avec de très gros drains tout cet espace où les fusées commençaient à se former. En résumé, la plaie du rein s'était accompagnée d'abord d'une hémorragie abondante péri-rénale. Les jours suivants l'épanchement a continué, mais très modérément sous forme d'épanchement uro-hématique qui n'a jamais pris un grand développement, car il se vidait à chaque pansement par la plaie abdominale. Les caillots anciens en s'exprimant contribuaient également à la production de l'écoulement noirâtre signalé plus haut.

En même temps, malgré les précautions antiseptiques, une infection s'est établie peu à peu dans ce foyer si prédisposé. Une poche purulente s'est formée à la partie antéro-interne de la glande, et la suppuration tend à se propager plus bas dans le tissu sous-péritonéal et même du côté du bassin.

De très gros drains placés profondément assureront sans doute l'évacuation de ce foyer.

1er octobre. — Le malade va assez bien. Une *hématurie* assez abondante s'est produite dans l'après-dîner d'hier. L'urinoir dans la soirée contenait un demi-litre au moins d'urine de couleur chocolat. Ce matin les urines ont recouvré leur limpidité. Il est probable que pendant mon intervention d'hier la plaie du rein ou l'une des fissures du parenchyme s'est rouverte donnant lieu à cette hématurie passagère.

15 octobre. — Plusieurs poussées fébriles depuis quelques jours. Le malade a considérablement maigri. Il tousse un peu. A l'auscultation on constate des signes de bronchite persistante. Les râles ne sont pas caractérisés, mais je crains un début de tuberculose pulmonaire.

Les antécédents du malade sont d'ailleurs peu encourageants. Il est seul survivant de neuf frères ou sœurs. Les drains volumineux, placés en dernier lieu, laissent écouler une assez grande quantité de pus. Le malade est fort émacié. Cependant la cavité de la cage rénale se comble

peu à peu et les bourgeons charnus végètent activement.

L'état de cachexie progressive devient inquiétant.

Le docteur Boyer, médecin au rapport, a plusieurs fois ausculté le malade et ne constate toujours que des signes de bronchite simple disséminés.

25 octobre. — La pression sur le bas-ventre fait encore sourdre une petite quantité de pus. Celui-ci a cependant bien diminué. On injecte dans le trajet une solution de nitrate d'argent faible.

31 octobre. — L'état général s'améliore. La toux diminue. Les poussées de fièvre s'espacent et diminuent d'intensité. Le pus a beaucoup diminué. Le foyer persistant qui se vidait mal a presque disparu. Les lavages de ce trajet avec une solution de nitrate d'argent semblent avoir produit un très bon résultat. Le pus devient séreux. Il faut connaître la place du foyer ancien pour le vider par pression sur la région correspondante de l'abdomen. Ce dernier est rétracté.

L'appétit est revenu.

4 novembre. — La fistule paraît tarie. Le gros drain unique restant, maintenu par prudence, est remplacé par un drain plus petit. La température est descendue à la normale. Le malade commence à se lever. Il mange avec appétit.

Il persiste encore quelques râles et sibilances à la base du poumon droit.

3 décembre. — Le malade a quitté l'Hôtel-Dieu. Son état général est excellent. L'embonpoint a fait de grands progrès depuis que l'alimentation est régulière, il a recouvré son poids primitif de 65 kilogrammes. Les urines sont normales. La guérison est donc complète.

Février 1898. — Le malade se porte très bien.

(*A suivre.*)

---

## DE LA NÉCESSITÉ DE SOUMETTRE A UN EXAMEN MÉDICAL

### LES ENFANTS PROTÉGÉS REMIS AUX NOURRICES

Par le docteur P.-A. Lop (de Marseille), médecin inspecteur des Enfants assistés, médaille d'or de l'Académie de médecine.

Je désire m'associer au vœu présenté dans la séance du 26 avril dernier, à l'Académie de médecine, par mon collègue de la Seine, le docteur Duvernet (1), médecin-inspecteur des Enfants assistés.

Comme lui, je pense qu'il y a dans la loi Rousselle une lacune à combler : rendre obligatoire l'examen médical des enfants des nourrices.

En province comme à Paris, les nourrices qui viennent subir l'inspection médicale, avant de prendre leur nourrisson, n'ont jamais leur enfant avec elles. Cette absence de l'enfant à la visite médicale rend impossible la prophylaxie des maladies contagieuses.

Dès mon entrée en fonctions j'ai été frappé de cette anomalie. Je ne m'étendrai pas davantage sur ce point du règlement de la protection de l'enfance, qui demande à être modifié dans le sens proposé par M. le docteur Duvernet. Je passerai à un autre ordre d'idées, qui me tient à cœur depuis que j'appartiens au service de la protection, et qui me paraît être le corollaire de la proposition faite par mon collègue de la Seine.

Pourquoi, en retour de l'obligation à imposer aux nourrices de faire subir l'inspection médicale à leur enfant, n'imposerait-on pas cette même obligation aux familles?

S'il y a pour ces dernières un intérêt majeur à ce que l'enfant de la nourrice soit soumis à la visite médicale, en retour il me paraît juste et humain de protéger les nourrices contre les infections des nourrissons qui leur sont confiés.

A Paris, l'administration exige, paraît-il, pour les enfants placés au dehors, un certificat médical destiné à éviter cette contamination des nourrices. En province, rien de semblable n'existe. Lorsque les parents se présentent au médecin-inspecteur pour faire examiner la nourrice, ils n'ont que très rarement le nourrisson avec eux, et comme rien dans la loi ne les y oblige, l'examen médical de l'enfant n'est pas fait.

J'ai observé en deux ans et demi trois cas d'infection syphilitique de nourrices par leur nourrisson, qui viennent corroborer une fois de plus toute l'utilité qu'il y aurait à rendre obligatoire l'examen médical des enfants placés en dehors de leur famille.

Deux de ces cas ont été observés dans ma clientèle privée, chez des nourrices allaitant des enfants protégés. Le troisième est tout récent (25 mars 1898) ; je l'ai observé pendant le cours de mon inspection.

Les deux premières nourrices étaient en pleine période d'accidents secondaires; sur toutes deux j'ai retrouvé le chancre initial en voie de guérison, sur le bout du sein droit chez l'une, et à la base du mamelon gauche chez l'autre. Sous l'aiselle se trouvait le ganglion satellite. Les deux nourrissons âgés, l'un de neuf semaines, l'autre de deux mois et demi, étaient placés chez ces femmes depuis cinq semaines. Ils portaient des signes non douteux de syphilis héréditaire (plaques aux commissures labiales, pemphigus plantaire, onyxis au gros orteil, roséole en voie d'effacement, coryza). Ces deux enfants étaient à leur deuxième nourrice, la première a bien pu être aussi contaminée.

Soumis au traitement, les quatre malades ont été rapidement améliorés, mais je n'ai pu les suivre aussi longtemps que je l'eusse désiré.

Le troisième cas, observé ces temps derniers, peut être résumé ainsi :

*Enfant* de deux mois. Roséole, coryza, gomme du testicule gauche.

*Nourrice.* Ulcération érosive de la base du mamelon droit, pléiade ganglionnaire dans l'aisselle correspondante.

Comme j'avais quelques doutes, j'ai prié mon savant confrère et ami le docteur Perrin, de vouloir bien examiner le petit malade. Tout en faisant quelques réserves, le Dr Perrin a conclu à la spécificité des lésions. J'ai administré le traitement par la liqueur de Van Swieten, et dix-huit jours après, le coryza avait disparu et les lésions de la peau et du testicule étaient en voie de guérison.

Ces observations, qui doivent être légion, me dispensent de m'étendre longuement sur l'impérieuse nécessité d'exiger l'examen médical des nourrissons devant être placés en ville.

Le laps de temps qui s'écoule entre le placement de l'enfant et la première visite du médecin-inspecteur permettant trop souvent la contamination de la nourrice, cet examen du nourrisson devra être fait par le médecin-inspecteur au même moment que celui de la nourrice. Il pourra y être suppléé par un certificat du médecin de la famille, constatant que l'enfant est sain.

---

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 449.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de la constipation chez les enfants.
(G. Lyon.)

On peut combattre la constipation habituelle chez les nourrissons à l'aide de divers moyens. Le lavement est de tous le plus efficace; souvent le lavement simple avec l'irrigateur ou une grosse poire de caoutchouc suffit. Dans les cas tenaces, on est conduit à faire un véritable lavage de l'intestin en introduisant une sonde molle aussi haut que possible.

On peut ajouter à l'eau du lavement soit une pincée de sel marin, 30 centigrammes p. 1000 grammes, soit de la glycérine, une cuillerée à soupe pour 200 grammes d'eau; soit de l'huile, deux cuillerées à soupe pour un jaune d'œuf et 200 grammes d'eau. Enfin, on peut additionner le lavement de 15 grammes de miel de mercuriale.

Les suppositoires peuvent remplacer les lavements.

A l'intérieur, on peut employer le sirop de chicorée composé, une à deux cuillerées à café; le sirop de fleur de pêcher, une à quatre cuillerées à café; l'huile d'amandes douces, une cuillerée à café; le calomel, 5 décigrammes jusqu'à six mois, 10 centigrammes jusqu'à un an, 15 à 20 centigrammes jusqu'à dix-huit mois; la magnésie, une pincée dans de l'eau sucrée; la manne, 5 à 10 grammes dans du lait; l'huile de ricin, une demi-cuillerée à café jusqu'à six mois.

Au-dessus d'un an, on peut faire usage de l'huile de ricin, 5 à 10 grammes, facilement pris lorsqu'elle est associée au vin de Malaga, à du bouillon dégraissé, du jus d'orange, une infusion de café ou un looch.

On peut aussi donner une décoction faite avec des pruneaux et 2 à 3 grammes de follicules de séné ou le séné associé à la manne.

| | | |
|---|---|---|
| Eau bouillante | 200 | grammes. |
| Manne en larmes | 30 | — |
| Follicules de séné | 4 | — |
| Poudre de café torréfié | 10 | — |

Passez et faites prendre dans la journée (Sevestre).

A partir de deux à trois ans, on peut donner diverses autres préparations.

Voici quelques-unes des formules les plus recommandables :

| | | |
|---|---|---|
| Réglisse | 60 | grammes. |
| Séné pulvérisé | 60 | — |
| Soufre lavé | 30 | — |
| Poudre de fenouil | 30 | — |
| Sucre | 180 | — |

Une à deux cuillerées à café par jour.

| | | |
|---|---|---|
| Extrait hydro-alcoolique de cascara | 50 | centigrammes. |
| Sirop simple | 50 | grammes. |
| Teinture de cannelle | 2 | — |

Une à deux cuillerées à café.

| | | |
|---|---|---|
| Podophyllin | 2 | centigrammes. |
| Sirop de guimauve | 95 | grammes. |
| Cognac | 5 | — |

Une à deux cuillerées à café tous les trois à quatre jours (Bouchut).

| | | |
|---|---|---|
| Scamonnée | 50 | centigrammes. |
| Sucre | Q. s. | |

Pour un paquet.

| | | |
|---|---|---|
| Calomel | 100 | grammes. |
| Sucre | Q. S. | |

Pour un paquet.

| | | |
|---|---|---|
| Teinture de baumé | 4 | grammes. |
| — de rhubarbe } ââ | 10 | — |
| — de badiane } | | |

xx gouttes au commencement de chaque repas.

| | | |
|---|---|---|
| Teinture de cascarille } | | |
| — de rhubarbe } | | |
| — de cannelle } ââ | 10 | grammes. |
| — de colombo } | | |
| — de gentiane } | | |
| — de noix vomique | 5 | — |

x gouttes dans un peu d'eau froide avant le repas (Jules Simon).

| | | |
|---|---|---|
| Pepsine | 1 | gramme. |
| Acide chlorhydrique | 50 | centigrammes. |
| Eau | 120 | grammes. |
| Sucre | 10 | — |

Une cuillerée à café ou à dessert quatre fois par jour (Henoch).

Il ne faut pas négliger de traiter les accidents qui résultent de la constipation habituelle. On maintiendra les hernies par les bandages, et l'on appliquera sur l'anus, dans le cas de fissure anale, une des deux pommades suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| Vaseline | 30 | grammes. |
| Extrait de belladone | 1gr50 | |
| — de ratanhia | 2 | grammes. |

Ou :

| | | |
|---|---|---|
| Vaseline | 30 | — |
| Tannin | 1gr50 | |
| Calomel | 30 | centigr. |

L'huile de ricin et les sels de soude et de magnésie conviennent aux cas de constipation passagère :

| | | |
|---|---|---|
| 1° Sulfate de soude | 10 à 40 | grammes. |
| Sirop de menthe | 10 | — |
| Eau | 120 | — |
| 2° Acide tartrique } ââ | 10 à 30 | — |
| Bicarb. de soude } | | |
| Sirop de limons | 60 | — |
| Eau | Q. S. | |
| 3° Sulfate de magnésie | 10 à 30 | — |
| Infusion de café | 100 | — |
| Sirop de sucre | 30 | — |
| 4° Citrate de magnésie | 10 à 30 | — |
| Sirop de cerises | 30 à 50 | — |
| Eau | 120 | — |
| 5° Sel de Seignette (tartre de soude et de potasse) | 5 à 20 | — |

(*Journ. de méd. de Paris.*)

### Traitement de l'insomnie chez les enfants.
(Dauchez.)

1° Exercices physiques soutenus et progressifs; marche à pied matin et soir hors de la ville (de une heure à trois heures), lawn tennis, horticulture. L'enfant sera placé en pension à la campagne, en climat doux et tempéré, à Arcachon-Vannes par exemple, etc.

2° Matin et soir, l'enfant sera soumis aux applications du drap mouillé, suivi d'enveloppement dans un peignoir de molleton et d'une sieste d'une heure au lit.

Au début, si l'enfant est irritable, on pratiquera des lotions

tièdes à 30° ou l'enveloppement à cette même température.

3° Tout travail intellectuel sera suspendu; la contention d'esprit sera évitée. On permettra cependant deux heures par jour des lectures coupées de promenades ou de travaux faciles (résumés d'histoire, de littérature, calques géographiques, dessin, chant, musique, etc.).

4° Aux heures des repas, le malade prendra une cuillerée à café de la solution suivante dans un demi-verre d'eau de Vichy :

| | |
|---|---|
| Arséniate de soude | 5 centigr. |
| Tartrate ferrico-potassique | 30 centigr. |
| Sirop d'écorce d'oranges amères. | ãã 75 gr. |
| Glycérine pur | |

Pendant quinze jours.

5° Et les autres jours un cachet de la poudre suivante :

| | |
|---|---|
| Phospho-glycérate de soude | ãã 4 gr. |
| — de potasse | |
| — de chaux | |
| Sucre granulé | Q. S. |

M. S. A. et divisé en 24 cachets.

6° Le soir, l'enfant sera couché le plus tard possible pour provoquer le sommeil et prendra de une à deux cuillerées à dessert du sirop suivant :

| | |
|---|---|
| Sirop de chloral | ãã 50 gr. |
| — de codéine | |
| — d'écorce d'oranges | |
| Bromure de potassium | ãã 2 gr. |
| — de sodium | |
| — d'ammonium | |

Dans un demi-verre d'eau.

7° Si l'insomnie persiste, faire lever et promener l'enfant une demi-heure, puis le recoucher.

8° Saison à Néris, à Bagnères-de-Bigorre, ou plus simplement dans un climat de montagne. (*Journ. de clin. et de thérap. inf.*).

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Les actualités médicales. La grippe** (1), par L. GALLIARD, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Ce volume est le premier d'une nouvelle collection : « les Actualités médicales » ; à côté des livres classiques, des traités didactiques qui ne peuvent enregistrer tous les faits nouveaux (découvertes bactériologiques, traitements), il y avait place pour une collection de monographies destinées à exposer les idées nouvelles ; ces monographies complètent les traités de médecine, de pathologie générale, de bactériologie, de thérapeutique, de chirurgie.

Dans de petits volumes, d'un format portatif, d'un prix modique, élégamment cartonnés, le public médical trouvera résumées toutes les questions nouvelles, dès qu'elles seront à l'ordre du jour.

C'est heureusement commencer cette collection que de débuter par le volume que M. Galliard a écrit sur la grippe.

Laissant de côté la forme didactique, M. Galliard fait une histoire de la grippe, à la fois très documentée et facile à lire; bien entendu tous les faits nouveaux concernant cette maladie y sont notés.

Voici d'ailleurs les principaux chapitres : Une épidémie. — Le microbe. — Les symptômes. — Les modalités cliniques. — Les complications. — Le traitement. — La prophylaxie.

(1) In-16. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

En résumé, voilà une heureuse idée, voilà une lacune comblée; cette collection sera indispensable à tous ceux qui ont à cœur d'être toujours au courant des progrès des sciences médicales. Nous pouvons bien augurer de la collection, en voyant que parmi les volumes en préparation on annonce : *la Grippe*, par L. Galliard; *le Diabète*, par Lépine; *la Diphtérie*, par Barbier; *les Albuminuries curables*, par Teissier; *le Goître exophtalmique*, par Jaboulay; *les Suppurations aseptiques*, par Josué.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 juillet 1898, a été promu dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de pharmacien de première classe.* — M. Henry, pharmacien de deuxième classe en remplacement de M. Lamy, retraité.

— Par décret en date du 19 août 1898, ont été nommés dans le cadre des médecins et des pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve.* — MM. les docteurs Savolle, Pague, Schall, Lavergne, Remond, Mortagne, Bruny, Rosani, Duboé, Bonnus, Levi, Portal, Desseure, Claret, Rauline, Reboulet, André, Maugourd, Brès, Rivet, Ané, Bourgeois, German, Robin, Hernette, Noirot, Rolet, Planque, Darracq, Roche, Collard, Posth, Bargy, Robert, Darras, Devauchelle, Brucker, Douare, Géraud, Pitance, Mongié, Gayral, Reyt, Boirni, Paris, Picquet, Laize, Bergeret, Brusset, Richard, Sallé, Cazin, Suzac, Beaudouni, Brénugat, Coupu, Robin, Cabanié, Debeaux, Métais, Lescuyer, Bonnarme, Dupuy, Polle, Rapp, Lestrade, Constans, Beuvignon, Davet, Delucq, Regnier, Querneau, Coudeyras, Brenta, Bosc, Job, Gourdon.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les docteurs Rocher, Arrou, Bordenave, Peborde, Martin.

*Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de réserve* — MM. les pharmaciens de première classe : Oblin, Chateau, Gallé, Lematt, Tissier, Desprez, Bardet, Balatre, Cadel, Bauvais, Leymarié, Guillemoteau, Le Bail, Monthulé, Osmont, Rousseau, Péan, Pinard.

*Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les pharmaciens de première classe Narodetzki, David.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 août 1898, ont été nommés à l'emploi de pharmacien stagiaire des colonies, MM. Lambert et Guiet.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont nommés chefs de travaux pour l'année scolaire 1898-1899 :

Histologie : M. Cassaët, agrégé. — Histoire naturelle : M. Lasserre, docteur en médecine, pharmacien de première classe. — Physiologie : M. Sellier, docteur en médecine. — Anatomie pathologique : M. Sabrazès, agrégé, chef du laboratoire des cliniques.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — Pharmacie, chimie (laboratoire des cliniques) : M. Gérard, agrégé. — Physique : M. Cluzet, licencié ès-sciences mathématiques et ès-sciences physiques. — Chimie : M. Biarnès, agrégé. — Chimie (chef-adjoint) : M. Ribaut, pharmacien de première classe. — Anatomie pathologique : M. Daunic, docteur en médecine. — M. Bauley, chef des travaux de médecine opératoire, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 31 décembre 1898.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Boquel, chef des travaux anatomiques, est chargé, pour l'année scolaire 1898-1899, d'un cours de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Marseille.* — Sont chargés pour l'année scolaire 1898-1899 des cours cliniques ci-après désignés :

Ophtalmologie : M. Guende, docteur en médecine. — Dermatologie : M. Perrin, docteur en médecine.

— Le directeur de l'Assistance publique vient d'adresser aux directeurs des hôpitaux une circulaire relative aux visiteurs qui apportent des friandises aux malades. A moins d'avis spécial, les fruits inoffensifs seront seuls autorisés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs L. Couturier, décédé à l'âge de trente-deux ans, en son château des Etournelles, près Chasse (Isère), et Loignon (de Valence).

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Précis de bactériologie pratique**, par Jules Courmont, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, membre correspondant de la Société de biologie. — Collection Testut, nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine. — Un vol. gr. in-18, cartonné toile, de 476 p. avec 235 fig. dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

**De la toxicité des alcools : prophylaxie de l'alcoolisme**, par le docteur André Antheaume. Un vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

**L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale**, par le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. — XII[e] Congrès international de médecine de Moscou (août 1897), section des maladies nerveuses et mentales. — Un gr. in-8° de 103 p. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 96. — JEUDI 25 AOUT 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 25 AOUT 1898. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore une petite séance de vacances hier à l'Académie. M. Panas a fait connaître une opération nouvelle et fort ingénieuse de kératectomie totale, qui remplacerait l'énucléation du globe de l'œil et aurait le précieux avantage de conserver un moignon suffisant et mobile à l'œil artificiel.

M. Hallopeau a lu un rapport sur la communication récente de M. Clozier. C'est là un bien court délai auquel l'Académie ne nous a guère habitués. Tout en approuvant la conduite du présentateur, le rapporteur a, dans ses conclusions, demandé quelque crédit pour se prononcer sur l'efficacité de la méthode. Comme nous l'avons fait remarquer dans notre Premier-Paris, il est impossible de se faire une opinion sur la valeur thérapeutique d'un agent médicamenteux sur l'énoncé d'un seul cas pathologique.

Une communication de M. Suarez de Mendoza a terminé la séance. Les modifications qu'il propose d'apporter à la taille hypogastrique seront-elles considérées comme des perfectionnements? Bien des chirurgiens continueront à penser que la taille sus-pubienne n'a pas besoin d'instrumentation nouvelle pour être bien exécutée, mais qu'elle est souvent simple lorsqu'elle est méthodiquement conduite. L'ouverture de la vessie sur une sonde préalablement introduite par l'urèthre est déjà une pratique fort ancienne à laquelle bien des opérateurs ont renoncé. La nouvelle sonde présentée hier à l'Académie fera-t-elle revenir sur cette pratique? L'avenir le dira.

### PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

#### Transmission des toxines du fœtus à la mère (1).

Par M. A. CHARRIN.

On sait avec quelle facilité de nombreux principes passent de la mère au fœtus au travers du placenta. On sait aussi que, parfois, divers éléments suivent le chemin inverse, se rendant des plasmas de ce fœtus aux tissus maternels (1).

Les toxines peuvent-elles effectuer ce trajet du rejeton à ces tissus maternels? La nature de ces toxines, la structure des membranes animales, les difficultés possibles de la dialyse, etc., n'autorisent pas à formuler une réponse *à priori*.

J'ai soumis le problème à l'expérimentation.

*Expérience I.* — Le 18 avril 1898, on pratique la laparotomie chez une lapine pleine, à une période avancée de la gestation. On distingue nettement tant les fœtus que la situation des différents délivres; de cette façon, il est aisé d'injecter aux petits lapins des principes microbiens, sans piquer ces délivres : on introduit ainsi 1cc de toxine diphtérique, dose répartie entre quatre de ces petits.

Le 20, la lapine avorte; le 22, elle succombe.

L'autopsie permet de constater l'absence de péritonite, en même temps qu'une congestion intense des capsules surrénales.

Sur sept expériences analogues, j'ai obtenu quatre fois des résultats de cet ordre, autrement dit quatre fois la toxine franchissant le placenta a intoxiqué la génératrice; deux femelles ont succombé à des accidents de péritonite; une a survécu sans être vaccinée.

J'ai tenté de réaliser cette vaccination en injectant les produits solubles du bacille de Löffler ou ceux du germe de Nicolaïer dans les tissus des fœtus. Or, malgré l'emploi de doses minimes mélangées à l'iode, j'ai constamment échoué ; les animaux sont morts promptement. D'ailleurs, la fréquence des avortements s'oppose habituellement à la répétition de ces injections progressives.

J'ai pensé vaincre la difficulté en utilisant une toxine qui d'emblée peut être introduite, sans de graves inconvénients, dans des proportions plus importantes.

*Expérience II.* — Le 4 mai, on pratique aseptiquement la laparotomie chez une lapine pleine ; on injecte 3cc de toxine pyocyanique, en répartissant cette proportion entre cinq fœtus : cette lapine survit, mais elle avorte au bout de cinq jours ; les petits ne vivent que quelques heures.

Le 17 mai, on l'inocule par voie vasculaire ; on introduit dans la veine marginale de l'oreille une culture active du pus bleu à la dose de 1cc ; deux animaux témoins sont soumis à une inoculation identique ; le premier meurt le 20 ; le

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(1) Voir les récents travaux de Lannois et Briau, *Lyon méd.*, 1898.

second, le 21; la femelle qui a reçu au préalable la toxine résiste jusqu'au 29 mai.

Une expérience semblable a fourni des résultats comparables, même plus marqués, en ce sens que la lapine préparée a vécu vingt-trois jours de plus que les témoins morts en cinquante-sept et soixante-douze heures.

Sur onze tentatives, trois seulement ont fourni des résultats positifs, autorisant à penser qu'il est possible d'augmenter dans des proportions variables la résistance d'une femelle pleine à un microbe déterminé, en introduisant les toxines immunisantes dans les tissus de fœtus placés dans l'utérus.

Ces diverses expériences démontrent que des virus ou plutôt des toxines déposés chez ces fœtus, soit directement, artificiellement, soit par la cellule du générateur, possibibilité établie par l'histoire de la syphilis, peuvent être transmis à la génératrice.

Quand, en raison des difficultés de la dialyse placentaire, cette génératrice reçoit de faibles doses, ou simplement certaines parties des sécrétions bactériennes, celles qui, par exemple, font naître l'état réfractaire, seul cet état réfractaire, au lieu des accidents possibles, se manifestera sans trouble morbide apparent; ce sont des faits de cet ordre qui ont conduit à la loi de Colles qui enseigne qu'un enfant syphilitique ne peut infecter sa mère.

Différentes considérations se dégagent encore de l'examen de ces résultats assez suggestifs.

C'est ainsi que les principes microbiens qui passent des plasmas des rejetons dans ceux de la mère, provoquent dans ces deux organismes (si la survie est suffisante, surtout pour ces rejetons) le développement de l'immunité, autrement dit le développement d'attributs cellulaires spéciaux, tels que fabrication de corps bactéricides ou antitoxiques, activités phagocytaires, etc. Or, d'un autre côté, l'observation, en syphiligraphie, par exemple, apprend que ces rejetons peuvent tenir ces principes microbiens vaccinants, du générateur qui leur a transmis le virus, formateurs de ces principes; c'est dire que, chez ce générateur, ces principes vaccinants ont pu faire apparaître ces attributs cellulaires spéciaux : phagocytose énergique ou production de substances nuisibles aux agents pathogènes ou à leurs toxines.

En définitive, cet enchaînement établit que la génératrice reçoit par l'intermédiaire des fœtus des éléments qui impriment aux tissus maternels des propriétés que ces éléments ont fait naître en premier lieu chez le générateur, en second lieu chez les descendants; grâce à cet intermédiaire intra-utérin, ces tissus maternels possèdent des caractères identiques à ceux que possèdent ces mêmes tissus chez le père.

Mais, à son tour, l'économie de la génératrice transmet aux rejetons les attributs en sa possession; le générateur peut disparaître sans que les caractères qui procèdent de son milieu s'effacent. Vienne alors un nouveau générateur, une nouvelle fécondation chez la même mère, le nouveau produit, par hasard, pourra précisément hériter des qualités que cette mère tenait de l'ancien de ces deux générateurs. Ainsi s'expliquent peut-être ces bizarreries de l'hérédité, désignées sous le nom de phénomènes de télégonie.

---

## PLAIE DU REIN GAUCHE PAR COUP DE FEU

LAPAROTOMIE IMMÉDIATE; RADIOGRAPHIE SECONDAIRE ET EXTIRPATION DE LA BALLE; INFECTION SECONDAIRE; DRAINAGE PÉRI-RÉNAL; CONSERVATION DE L'ORGANE; GUÉRISON (1).

Par le docteur E. ADENOT (de Lyon).

Cette observation nous paraît présenter plusieurs points intéressants.

D'abord l'hémorragie vraiment grave du début nous fit craindre un moment la blessure d'un gros vaisseau du hile de l'organe. Les symptômes relativement tardifs d'anémie suraiguë n'étaient pas il est vrai en faveur de cette hypothèse, toutefois la plaie du parenchyme s'accompagnait sans doute de la blessure de vaisseaux importants. Pour M. Tuffier, l'hémorragie interne doit faire craindre la blessure d'un vaisseau du hile et l'ouverture du péritoine. La gravité de notre cas résultait surtout de l'hémorragie intra-péritonéale. La tension de l'épanchement péri-rénal était assez marquée, car au moment où nous avons récliné les anses intestinales plaquées contre la paroi postérieure de l'abdomen le sang a jailli par la plaie avec force. Le météorisme de l'abdomen explique que l'occlusion partielle et momentanée par les anses intestinales de la petite plaie péritonéale ait été efficace tant que la pression sanguine sous-jacente a été modérée.

Un second point intéressant est l'éclatement vraiment très marqué du rein blessé. Le toucher digital ne nous laisse aucun doute à cet égard. Nous avons senti très nettement la présence de plusieurs fissures larges divisant le parenchyme rénal en des sortes de fragments incomplets.

M. Delorme dit que les balles ne produisent dans le rein que des orifices circulaires ou ovalaires prolongés par quelques fissures, accompagnés d'un décollement léger de la capsule. Même quand la vitesse est peu élevée, les dimensions des orifices admettent librement le petit doigt ou l'index. Avec des vitesses plus élevées ou considérables, il y aurait, d'après le même auteur, des lésions complexes analogues à celles que présentent les autres parenchymes traversés par les mêmes conditions de vitesse : des orifices de sortie agrandis avec des orifices d'entrée de dimensions relativement restreintes ou agrandies, des décollements étendus de la capsule, des dilacérations, des éclatements de l'organe. A égalité de vitesse, dit encore M. Delorme, les lésions du rein sont peut-être moins étendues et moins complètes que celles du foie et de la rate.

Les expériences sur le cadavre de plaies du rein par coup de feu ne nous paraissent guère démonstratives de ce qui se produit sur le vivant. Dans le Traité de M. Delorme, les dessins qui représentent les plaies du rein par balle montrent des orifices assez réguliers. En est-il bien de même sur un organe gorgé de sang, et dans lequel la tension sanguine est élevée? Chez notre malade la blessure se rapprochait par ses caractères des plaies du rein par projectiles animés de grande vitesse et qui causent de véritables éclatements analogues aux délabrements des contusions graves de cet organe. Le revolver qui a servi dans la circonstance n'a pu d'ailleurs être retrouvé, il avait probablement une certaine puissance pour traverser l'abdomen presque de part en part en trouant une côte comme à l'emporte-pièce.

Nous noterons comme très important pour le pronostic l'intégrité de l'intestin. Les blessures du rein par plaie péné-

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 877.

trante de l'abdomen d'avant en arrière sont rares. Elles s'accompagnent le plus ordinairement de blessure de l'intestin et sont alors presque fatalement mortelles.

Les plaies du rein par elles-mêmes n'offrent, dit le docteur Tuffier, qu'une gravité bien relative. Ce sont les lésions des autres viscères abdominaux qui commandent la gravité du pronostic.

D'après M. Tuffier, l'ouverture du péritoine par coup de feu est très grave dans les plaies du rein. Cette gravité est infiniment plus grande que les ouvertures simples du péritoine avec plaies du rein. L'ouverture de la séreuse pourrait même servir à classer, d'après lui, les plaies du rein en deux catégories : plaies simples; plaies compliquées d'ouverture du péritoine (1).

A aucun moment nous n'avons constaté d'écoulement net d'urine par la plaie, indiquant une blessure de l'uretère ou du bassinet, ou du moins des gros calices. D'après les expériences de Tuffier, jamais la plaie ne livre passage à l'*écoulement d'urine* tant que le parenchyme glandulaire seul est intéressé. Cet écoulement, lorsqu'il existe, se rattache ordinairement à une lésion du bassinet (2).

Pour M. Le Dentu, l'écoulement de l'urine est primitif ou tardif. Dans les blessures des calices ou du bassinet il est toujours primitif. Dans les plaies rénales cet écoulement a une grande tendance à se tarir lui-même (3). Dans les cas douteux, on peut employer les moyens recommandés par M. Le Dentu pour reconnaître le mélange d'urine et de sang dans les plaies du rein : se souvenir que le sang est alcalin et l'urine acide. Le papier de tournesol fournirait donc un indice précieux.

On pourrait également donner au malade de l'iodure de potassium, et en appliquant du papier amidonné à la surface de la plaie, au bout de quelques heures la teinte bleue de l'iodure d'amidon apparaissant sur le papier assurait le diagnostic.

Nous insisterons sur l'écoulement assez abondant de liquide noirâtre, poisseux, ressemblant assez à du sirop de groseille, très foncé et très fluide, qui s'écoula par la plaie abdominale dès le 18 septembre, c'est-à-dire dès le cinquième jour après le traumatisme. Cet écoulement persista pendant une huitaine de jours. Pour une cause accidentelle le liquide qui fut recueilli ne put être analysé. Il s'agissait très certainement d'un écoulement uro-hématique comparable à celui qui a été signalé par Tuffier et Lévi (4) dans les contusions du rein.

Dans la contusion du rein (disent ces auteurs) les épanchements uro-hématiques se présentent comme il suit : dans l'atmosphère péri-rénale un épanchement se produit, constitué par un mélange de sang et d'urine et qui augmente les jours suivants. On constate une tuméfaction qui augmente progressivement dans la fosse lombaire, se prolonge vers la fosse iliaque. Enfin apparaît peu après une ecchymose inguino-scrotale.

Ces épanchements uro-hématiques peuvent se résorber peu à peu spontanément sans la moindre complication. Cette heureuse terminaison est la règle, car leur évolution se fait à l'abri de l'air extérieur. Dans quelques cas on peut cependant constater de la fièvre passagère due à la résorption de l'épanchement, mais sans la moindre infection. Cette fièvre de résorption sanguine a été d'ailleurs signalée dans plusieurs cas analogues d'épanchements d'autres organes.

Enfin ces mêmes épanchements péri-rénaux peuvent se faire jour du côté du bassinet et donner lieu à de *fausses hématuries* secondaires facilement diagnosticables. Dans les hématuries tardives le sang est *brun foncé*. Dans les hématuries fausses de Tuffier les urines sont devenues progressivement noires, plus noires que dans l'hématurie du début, laissant déposer une poussière noirâtre, mais pas de caillots, tandis que dans l'hématurie primitive le sang rouge laisse déposer des caillots. Puis les urines redeviennent brunes, puis moins foncées pour reprendre progressivement leur coloration normale.

Au microscope, on trouve les globules très déformés et en moindre quantité que dans le sang normal.

Chez notre malade les choses ne se sont pas passées tout à fait ainsi en raison de l'ouverture de la région péri-rénale du côté de l'abdomen. L'épanchement uro-hématique se produisit d'abord dans la loge péri-rénale au milieu de caillots abondants constatés par l'exploration digitale lors de la première intervention. Il ne fut pas aussi abondant que dans une contusion du rein de même gravité, par la raison bien simple qu'une partie de l'hémorragie se fit au début dans l'abdomen. Le premier pansement eut lieu le sixième jour et fut décidé par l'élévation légère de la température. Aussitôt les mèches profondes enlevées, il s'écoula une assez grande quantité de sang absolument noir, presque comme de l'encre et très fluide. Il ne fut pratiqué aucune injection antiseptique dans la cavité de la plaie. La plaie rénale communiquait d'ailleurs à l'extérieur par l'intermédiaire d'une loge intrapéritonéale limitée en haut par la pointe de la rate, en dehors et en arrière par le péritoine et la masse intestinale dont les adhérences certainement suffisantes protégeait la grande cavité péritonéale.

Les pansements suivants furent également marqués par l'écoulement du même liquide noirâtre qui devint les jours suivants plus épais et poisseux. Une certaine quantité de ce liquide fut recueillie dans une éprouvette et n'était pas coagulée après vingt-quatre heures. Il s'était séparé en deux couches dont l'inférieure était formée d'une masse pulvérulente noirâtre. Nous répétons qu'il ne fut pas possible, pour une cause accidentelle, d'en compléter l'examen. Au 28 septembre, le liquide qui s'écoulait changea d'aspect et devint jaunâtre et purulent. En même temps la température s'élevait au-dessus de 39 degrés, c'est dire qu'une infection de la plaie avait eu lieu entre temps malgré les précautions prises au moment des pansements.

Il est possible que l'élévation légère de la température, qui eut lieu dix jours auparavant et qui décida le premier pansement, ne fut que le résultat de la résorption à ce moment de l'épanchement sanguin et peut-être aurions-nous évité l'infection ultérieure en nous abstenant de panser le malade. Mais cette distinction n'était guère possible et les menaces d'infection d'un foyer par lui-même si prédisposé guidèrent notre conduite. Rappelons, enfin, que, lors de notre troisième intervention, qui consista à drainer la loge péri-rénale, une hématurie passagère se produisit. Il ne s'agit aucunement d'une hématurie secondaire vraie, ni d'une fausse hématurie secondaire de Tuffier et Lévi, nous l'avons déjà expliqué.

Nous ne saurions dire qu'elle fut la cause de l'infection.

(1) Tuffier. Plaies du rein, *Arch. gén. de méd.*, 1889.
(2) Tuffier. *Arch. gén. de méd.*, 1889.
(3) Le Dentu. *Chirurgie des reins.*
(4) Tuffier et Levi. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895.

secondaire du foyer. Lors de la première intervention les précautions antiseptiques furent sérieuses. Le malade n'accusa d'ailleurs à aucun moment de signes même localisés de péritonite partielle de quelque intensité. Nous avions fait d'ailleurs la toilette du péritoine avec soin en enlevant les caillots aussi méticuleusement que possible. C'était le meilleur moyen d'enlever ainsi à l'infection son principal aliment.

La seconde opération qui consista à extirper le projectile en se guidant sur la photographie obtenue par les rayons X, et en utilisant l'incision ordinaire de la néphrectomie qui s'adaptait parfaitement à la position du projectile, fut également pratiquée avec des soins très minutieux d'antisepsie. Je m'attendais d'ailleurs à pénétrer au milieu d'une ecchymose profonde et de caillots anciens, c'est-à-dire au milieu de tissus éminemment infectables, et les soins d'asepsie furent pris en conséquence.

Il est probable que plusieurs causes réunies contribuèrent au développement tardif de l'infection.

On a cité des cas d'infection par ponction du foyer, par cathétérisme et infection ascendante, par présence de microbes dans les voies urinaires, par lésion intestinale (Chaput). Le séjour prolongé du projectile dans les foyers hémorragiques, la plaie péritonéale difficile à maintenir aseptique suffisent à expliquer l'infection chez notre malade.

Dans les plaies étroites du rein par instruments piquants ou tranchants ou par projectiles de petit calibre et de petite vitesse, il est inutile ordinairement d'intervenir s'il n'y a pas de complications évidentes immédiates. Tuffier par des expériences ingénieuses a montré ce que l'on soupçonnait déjà de par la clinique, que les plaies simples du rein se réparaient avec une très grande facilité. Le parenchyme rénal a un pouvoir de plasticité et de cicatrisation très développé. L'abstention doit être la règle dans les cas simples.

Chez notre malade l'intervention s'imposa aussi bien au début des complications (hémorragie interne grave) qu'à la fin (infection tardive); mais nous eûmes constamment en vue la possibilité de sauver la glande rénale. L'importance physiologique du rein condamne, dit M. Poncet (1), toute suppression qui n'est pas indispensable. La gravité des accidents aurait parfaitement excusé alors une néphrectomie d'emblée ou tardive.

A ne considérer que les signes d'hémorragie interne et la gravité de l'état du malade, nous aurions pu pratiquer une néphrectomie primitive ou même placer d'emblée une pince sur le pédicule vasculaire en abordant l'organe par la voie lombaire. Toutefois la lenteur relative avec laquelle l'hémorragie s'était produite permettait de supposer que les vaisseaux atteints, bien qu'importants, n'étaient pas les très gros vaisseaux du hile. Dans le cas de blessure de ces derniers, la mort est en général trop rapide pour qu'on ait le temps d'intervenir [cas de Marchand et Aldibert (2)]. Lorsque la mort n'a pas eu lieu immédiatement, elle peut encore se produire rapidement par hémorragie rétro et intrapéritonéale comme dans notre cas. La laparotomie est alors préférable puisqu'elle permet de vider le péritoine et de drainer la plaie qui peut être infectée même légèrement.

Une autre raison nous engagea à tenter la conservation de l'organe, c'était l'absence d'écoulement évident d'urine par la plaie indiquant une blessure du bassinet ou de l'uretère. Lorsque la déchirure de ces derniers est étendue et qu'il existe des délabrements considérables rendant presque fatale l'infiltration d'urine, on est autorisé à ne pas tenter la conservation du rein, mais ces complications se présentent bien rarement. Nous laissons de côté bien entendu les plaies bien nettes du rein, s'accompagnant de perforation d'un gros vaisseau, et dues à des instruments tranchants pénétrant le plus ordinairement par la voie lombaire. En pareil cas, suivant les préceptes de Tuffier, on se trouvera bien non pas de chercher à porter une ligature au niveau de la plaie rénale, ce qui est difficile, car les vaisseaux se rétractent dans le parenchyme et cèdent sous le fil, mais de pratiquer une ligature en masse ou en chaîne.

Enfin, plus tard, malgré des accidents d'infection du foyer péri-rénal compliquée de bronchite à caractère douteux qui amenèrent le malade à un degré de maigreur inquiétante, nous employâmes tous nos efforts également à tenter la conservation de la glande rénale. Dans ce but nous pratiquâmes le drainage de la loge rénale, non seulement en arrière, mais en dedans et en bas.

Après avoir évité la néphrectomie primitive, nous tenions davantage à nous soustraire à l'obligation de la pratiquer tardivement.

Il est donc possible de conserver un rein qui a été blessé, même si cette blessure se complique d'accidents très graves. Tous les efforts du chirurgien doivent être dirigés en vue de cette conservation, puisqu'on peut l'obtenir au milieu des conditions les plus défavorables. Non seulement il faut condamner la méthode d'extirpation primitive du rein dans les traumatismes de cet organe, mais les complications secondaires ne légitiment pas non plus cette extirpation, qui ne doit être pratiquée qu'à la dernière extrémité et lorsqu'il est bien démontré qu'on ne peut l'éviter.

(1) Poncet. *C. R. de la Soc. des sciences méd. de Lyon*, 1897.
(2) Marchand et Aldibert. *Rev. des mal. de l'enf.*, 1895.

---

## ÉTIOLOGIE

### DES TUBERCULOSES CHIRURGICALES PRIMITIVES (1)

Par M. le docteur Kuss (de Paris).

De toutes les formes de la tuberculose, les tuberculoses chirurgicales *primitives* sont celles dont l'étiologie est la plus obscure. Tout démontre, en effet, que les bacilles entrant dans l'organisme laissent une trace durable de leur passage, soit au niveau de la porte de pénétration, soit à son voisinage immédiat, dans la spère lymphatique correspondante.

Dès lors, en présence de localisations uniques du bacille en des organes situés loin de toutes portes d'entrée, on peut se demander si l'infection ne résulte pas d'un apport congénital du microbe.

Ces difficultés d'interprétation nous semblent provenir de la trop grande facilité avec laquelle on accepte le diagnostic de tuberculose chirurgicale primitive; la clinique est incapable de nous renseigner à ce point de vue, et les autopsies sont, en général, faites avec trop peu de minutie : on passe fréquemment à côté des foyers tuberculeux *latents*.

D'ailleurs, l'étude directe de la question est entourée de difficultés; on ne saurait établir avec certitude la subordination réciproque de deux localisations tuberculeuses chez

(1) Communication au Congrès de la tuberculose.

le même sujet, quand elles sont trop anciennes, d'autant plus que des affections exagérées, successives, peuvent se faire au cours de la vie. De plus, quand les tuberculeux chirurgicaux sont devenus secondairement des phtisiques, la complexité des lésions empêche généralement de reconstituer les étapes de l'infection ; il faudrait rencontrer des tuberculeux chirurgicaux succombant de bonne heure accidentellement, alors que leur maladie est encore purement locale.

De telles autopsies sont peu fréquentes. M. Kuss a pu en rassembler neuf; assurément ce chiffre est trop minime pour autoriser une conclusion ferme ; néanmoins, comme ces observations n'ont pas été choisies pour les besoins de la cause, qu'elles concernent toutes les tuberculoses externes d'apparence primitive, et que, dans tous les cas, celles-ci étaient nettement secondaires à une tuberculose plus ancienne et *latente*, tuberculose d'ingestion dans un cas, tuberculose d'inhalation dans huit cas, la constance des résultats obtenus ne laisse pas d'avoir une signification assez précise.

Ces considérations n'ont pas un simple intérêt spéculatif; d'abord elles permettent d'éliminer l'hypothèse de l'hérédité bacillaire, puisque la contagion par les voies habituelles apparaît évidente ; de plus elles montrent que les tuberculeux chirurgicaux sont généralement porteurs d'une autre tuberculose qui reste ignorée; souvent cette dernière est insignifiante, la tuberculose externe est pratiquement purement locale ; d'autres fois la tuberculose latente a de l'importance pour son propre compte; elle constitue un réservoir de germes capables d'influencer d'une manière fâcheuse tout l'organisme ou d'être le point de départ d'une granulie, sans que, du reste, les malades soient le moins du monde des tuberculeux médicaux au sens propre du mot.

Il y aura intérêt à étayer cette opinion sur un grand nombre d'autopsies : mais encore faut-il savoir où et comment on doit rechercher le foyer primitif caractéristique de l'infection exogène ; ces foyers échappent facilement aux investigations. Ils siègent le plus souvent, dans le mésentère ou dans la cavité thoracique, et là ils ont une disposition spéciale que l'auteur a décrite dans sa thèse inaugurale (*De l'hérédité parasitaire de la tuberculose*, 1898). Fort vraisemblablement, si l'on veut bien s'astreindre à ce contrôle rigoureux, le nombre des tuberculoses chirurgicales vraiment primitives se montrera de plus en plus faible.

Il faut ajouter, pour finir, que l'opinion défendue par M. Kuss n'est en aucune manière une réédition de la célèbre loi de Louis dont tout démontre l'inexactitude ; Louis parlait de tuberculose pulmonaire banale, tandis qu'il est ici question de foyers latents, situés au niveau de n'importe quelle porte d'entrée; quand cette porte d'entrée est le poumon (ce qui est la règle), la tuberculose médiastino-pulmonaire qui prend naissance diffère à tous points de vue des formes communément décrites de la tuberculose pulmonaire.

---

## OBSERVATION

### D'UN SYMPTÔME RARE D'INTOLÉRANCE POUR L'ANTIPYRINE

Par le docteur Camus (de Saint-Georges-de-Didonne).

M^me^ C..., trente-trois ans, de mère morte tuberculeuse, est atteinte de congestion du sommet. Deux mois plus tard elle présente tous les symptômes de l'hypersthénie gastrique et simultanément des crises de névralgie faciale très douloureuse.

Des cachets de sulfate de quinine et antipyrine la soulagent dès les premières doses ; mais non sans provoquer des phénomènes curieux d'intolérance qui font l'intérêt de cette observation. Un quart d'heure après l'absorption d'un cachet composé d'antipyrine 0,50 et quinine 0,20, elle est prise d'une crise d'éternuements incoercibles et continus. La crise dure vingt minutes, elle s'accompagne de coryza dont la durée persiste environ une heure avec quelque gêne de la respiration : pouls normal, pas de cyanose, pas d'éruption.

La quinine seule ne provoque rien de semblable, l'antipyrine seule et à 50 centigr. amène la reproduction de ces accidents. La phénacétine, à laquelle la malade doit recourir pour échapper aux malaises provoqués par l'antipyrine, soulage la malade sans aucun signe d'intolérance.

La malade n'est ni asthmatique ni nerveuse.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 août 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### COMMUNICATIONS

**De la kératectomie totale suivie de sutures. — M. PANAS**, pour remédier aux inconvénients de l'énucléation du globe de l'œil, qui laisse pour la prothèse et le support de l'œil artificiel un moignon souvent insuffisant, a imaginé l'opération suivante :

Le malade étant chloroformé, on fixe les paupières au moyen du blépharostat et le globe avec la pince à dents. Cela fait, on embroche de part en part le limbe scléro-cornéen avec l'aiguille demi-courbe de Reverdin, qu'on fait cheminer derrière l'iris et le cristallin. Au chas de l'aiguille, laissée en place, on passe un fil de soie, qui servira ultérieurement de premier point de suture ; on résèque ensuite la cornée à sa base, puis on arrache l'iris en totalité.

Le cristallin, qu'il soit cataracté ou non, devra être extrait en entier à la cuiller, en évitant l'issue du corps vitré. Il ne reste plus alors qu'à suturer le moignon.

A cet effet, on retire l'aiguille de Reverdin armée de son fil et, en nouant ce dernier, les bords de la plaie sclérale se trouvent affrontés ; puis de chaque côté on passe, à travers le limbe scléro-cornéen, une aiguille courbe munie d'un fil de soie. Pour que le moignon revête une forme régulièrement sphérique, on abrase les deux angles latéraux de la ligne de suture et l'on obtient ainsi une juxtaposition parfaite sans effusion de sang.

Grâce à cette opération, on a un moignon très propice à l'apposition d'un appareil prothétique, et le port de celui-ci n'est jamais suivi des inconvénients (larmoiement, inflammation des paupières, etc., etc.) que l'on observe fréquemment lorsque l'œil artificiel est appliqué à la suite de l'énucléation.

**Modifications à la technique de la taille hypogastrique. — M. SUAREZ DE MENDOZA**, pour remédier aux inconvénients que présente l'emploi du ballon de Petersen et pour ne pas avoir recours de la distension préalable de la vessie souvent difficile, a apporté quelques modifications à la technique opératoire de la taille sus-pubienne.

Lorsque le corps est placé dans la position de Trendelenburg à une inclinaison de 45 degrés, le cul-de-sac péritonéal est toujours entraîné assez haut pour que le bec d'une sonde, introduite dans la vessie vide et poussée vers le bord supérieur du pubis, apparaisse en cet endroit au-dessous du repli séreux.

L'auteur se sert d'une sonde, dont le bout est plein et

porte une rainure pour guider le bistouri et un œil la traversant de part en part, qui sert au passage d'une aiguille enfilée. Au-dessous de la partie massive, il y a un orifice destiné au lavage de la vessie.

Une fois le malade chloroformé, on procède au lavage de la vessie avec cette sonde; puis on incise la paroi abdominale comme d'habitude, et l'on déchire avec le doigt le tissu cellulo-graisseux prévésical; puis la sonde étant poussée en haut par un aide et en avant, de façon que, coiffée de la paroi vésicale, elle fasse saillie au-dessus du pubis, l'opérateur fait passer l'aiguille dans l'œil de la sonde. Ensuite, avec le bistouri, il fend la vessie sur la cannelure antéropostérieure qui se trouve sur le bec de la sonde. Avec des pinces ou un ténaculum, on prend le fil de façon à former une boucle de chaque côté de l'œil de la sonde et on coupe ce fil pour obtenir ainsi deux chefs, dont chacun traverse et soulève une des lèvres de l'incision vésicale, que l'on prolonge en avant autant qu'il est nécessaire. Pour le reste de l'opération on se conforme aux règles ordinaires.

## RAPPORT

**Streptococcie pulmonaire, injection de sérum antistreptococcique.** — M. HALLOPEAU fait un court rapport sur l'observation communiquée par M. Clozier (de Beauvais) dans la séance précédente, il termine par les conclusions suivantes :

C'est à juste titre que l'auteur a essayé l'emploi du sérum de Marmorek dans le traitement de la streptococcie pulmonaire : les succès obtenus dans l'érysipèle, streptococcie cutanée, justifient cette expérimentation : les résultats obtenus montrent qu'elle est bien supportée, malgré l'existence d'un état général grave ; il est à désirer que de nouvelles tentatives soient faites dans la même direction ; il faut en attendre les résultats pour juger l'efficacité de la méthode.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 21 août 1898, sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Du Cazal, pour ordre, à l'hôpital militaire Saint-Martin; — Annequin, pour la place de directeur du service de santé du 5e corps d'armée; — Poignon, pour l'emploi de médecin-chef à l'hôpital militaire Villemanzy, à Lyon; — Bar, pour la place de directeur du service de santé de la division de Constantine ;

M. le médecin principal de deuxième classe Vautrin, pour l'emploi de médecin-chef à l'École d'application de l'artillerie et du génie à Fontainebleau.

MM. les médecins-majors de première classe Alleau, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vannes ; — Woirhaye, pour l'emploi de médecin-chef à l'hôpital militaire de Maubeuge ; — Mathelin, pour le 41e d'infanterie ;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bony, pour le 90e d'infanterie ; — Milliès, dit Lacroix, pour le 71e d'infanterie; — Spire, pour le 151e d'infanterie, et détaché à Belfort pour le service des 4es batteries ; — Rostan, pour le 18e dragons ; — Maguin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Lassale, pour l'École d'application de l'artillerie et du génie à Fontainebleau ; — Verdier, pour les dépôts des 2e et 3e zouaves à Arles ; — Gauvin, pour le 9e escadron du train des équipages militaires ; — Dalphin, pour le 6e bataillon d'artillerie à pied ; — De Burine, pour le 101e d'infanterie ; — Launois, pour le 114e d'infanterie ; — Watrin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Mendès-Bonito, pour le 22e dragons ; — Guillaume, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Chéreau, pour le 103e d'infanterie ; — De Schuttelaere, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Chambaud, pour le 128e d'infanterie ; — Austric, pour le 158e d'infanterie ;

MM. les médecins aides-majors de première classe Cultin, pour le 129e d'infanterie ; — Albouze, pour le 2e régiment étranger ; — Fournial, pour le 2e d'artillerie ; — Bourlange, pour le 9e bataillon de chasseurs à pied ; — Breuil, pour le 7e cuirassiers ; — Lang, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — De Lauwereyns de Roosendaële, pour le 19e chasseurs à cheval ; — Bontemps, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Lacoutx, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ;

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bouquet de Jolinière, pour le 124e d'infanterie ; — Velten et Gorse, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Gauthier, pour le 140e d'infanterie ; — Caujole, pour le 53e d'infanterie ; — Paloque, pour le 13e chasseurs à cheval ; — Truitie de Vaucresson, pour l'hôpital militaire de Bastia ; — Le Bihan, pour le 71e d'infanterie ; — Ehrmann, pour le 132e d'infanterie ; — David, pour le 9e dragons ; — Angue, pour le 62e d'infanterie.

— Tableau de la mortalité dans l'armée à l'intérieur, depuis 1872, jusqu'à la date actuelle :

| Années. | Mortalité p. 1000. | Années. | Mortalité p. 1000. |
|---|---|---|---|
| 1872 . . . . | 8.97 | 1885 . . . | 6.12 |
| 1873 . . . . | 8.68 | 1886 . . . | 6.41 |
| 1874 . . . . | 8.49 | 1887 . . . | 5.90 |
| 1875 . . . . | 10.55 | 1888 . . . | 6.09 |
| 1876 . . . . | 10.05 | 1889 . . . | 5.39 |
| 1877 . . . . | 8.14 | 1890 . . . | 5.81 |
| 1878 . . . . | 7.56 | 1891 . . . | 6.77 |
| 1879 . . . . | 7.39 | 1892 . . . | 5.59 |
| 1880 . . . . | 9.46 | 1893 . . . | 5.23 |
| 1881 . . . . | 7.80 | 1894 . . . | 5.29 |
| 1882 . . . . | 7.88 | 1895 . . | 6.08 |
| 1883 . . . . | 6.92 | 1896 . . . | 4.56 |
| 1884 . . . . | 6.12 | 1897 . . . | 4.56 |

— *Docteurs en médecine reçus par les Universités allemandes en* 1896-1897. — Berlin, 143 ; Bonn, 68 ; Breslau, 27 ; Erlangen, 53 ; Freiburg I. B., 63 ; Giessen, 20 ; Göttingen, 35 ; Greifswald, 96 ; Halle, 37 ; Heidelberg, 26 ; Iéna, 42 ; Kiel, 63 ; Königsberg, 29 ; Leipzig, 65 ; Marburg, 34 ; Munchen, 142 ; Rostock, 13 ; Strassburg, 30 ; Tubingen, 26 ; Würzburg, 154 = 1268.

Ce nombre était de 1229 en 1895-1896. Les Universités françaises, pendant l'année 1896-1897, ont délivré 1106 diplômes de docteurs en médecine.

Si l'on tient compte de la différence de population, qui est d'un quart supérieure pour l'empire d'Allemagne, on voit que la fabrique des docteurs, en France, l'emporte de beaucoup sur l'Allemagne. (*Lyon médical.*)

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.



---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Leçons de pharmacothérapie**, par le docteur B.-J. STOKVIS, professeur de l'Université d'Amsterdam. Traduction française des docteurs D. DE BUCK et L. DE MOOR, revue et augmentée par l'auteur. Tome II : *Pharmacothérapie spéciale. Irritants vrais. Astringents. Caustiques. Protectifs. Hématiques.* Un vol. in-8° de 628 p. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

**Traité des maladies de la peau** (Leçons faites à la Faculté de médecine et à l'hôpital Saint-Louis), par E. GAUCHER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Ouvrage couronné par l'Institut de France (Académie des sciences). Deux vol. gr. in-8° formant 1450 p. — Prix : 22 francs. — Le tome II, qui complète l'ouvrage, vient de paraître, 600 p. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

**Précis de chimie physiologique et pathologique**, par L. HUGOUNENQ, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Lyon. — Collection Testut, nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine. — Un vol. gr. in-18, cartonné toile, de 612 p. avec 111 fig. dans le texte, dont 14 tirées en couleurs et une planche chromolithographique hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

**Les drogues usuelles**, par MM. BRISSEMORET et JOANIN, chef de laboratoire et préparateur du laboratoire de pharmacologie et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, avec une préface de M. Gabriel POUCHET, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-18 jésus de 680 p. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

**Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes**, par le docteur J. GRASSET, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. 4e édition, revue et considérablement augmentée. Un vol. in-16. — Prix : 4 fr. 50. — Montpellier, C. Coulet; Paris, Masson et Cie.

**Traitement systématique, préventif et curatif de la tuberculose pulmonaire par l'éducation ou l'hygiène et la morale pratique**, par le docteur Laurent CAZALAS, médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre. Un vol. in-12 de 378 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 97. — SAMEDI 27 AOUT 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 27 AOUT 1898. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## IVe CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE A PARIS (1898)

### DU DANGER DES VIANDES TUBERCULEUSES ET DE LEUR STÉRILISATION

M. le professeur **Thomassen** (d'Utrecht) a entrepris à l'abattoir d'Amsterdam une série d'expériences pour élucider cette question : il a uniquement utilisé de la viande d'animaux atteints de tuberculose généralisée, viande que l'on saisit dans tout pays civilisé, et il a nourri avec cette viande 10 porcelets, animaux qui ont une grande réceptivité pour la tuberculose. La durée de chaque expérience a été d'environ trois à quatre mois, chaque porcelet a consommé en tout 3 à 15 kilogs de viande, que bien entendu on donnait cru.

Sept animaux sont restés indemnes, bien qu'ils aient consommé de grandes quantités de cette viande, jusqu'à 11k5. Les animaux témoins, au nombre de cinq, sont également restés tout à fait bien portants. Mais trois des animaux d'expérience ont contracté la tuberculose ; tués au 140e jour, ils présentaient des lésions bacillaires disséminées, notamment dans les ganglions sous-maxillaires.

M. Thomassen insiste sur ce point que dans deux cas où les porcelets se sont tuberculisés, on leur avait donné de la viande mélangée de petites esquilles osseuses, ce qui a probablement contribué à favoriser l'infection, d'abord par la présence de moelle osseuse qui représente un des meilleurs terrains pour le développement du bacille tuberculeux, et ensuite par les lésions du tube intestinal qu'elles peuvent produire.

Il conclut que la viande des animaux tuberculeux peut, par ingestion, provoquer la maladie, mais que ce danger est fort minime, surtout lorsqu'il s'agit de tuberculose localisée.

**M. Ch. Siegen** (de Luxembourg) dit que les viandes saisies aux abattoirs sont ordinairement dirigées vers les clos d'équarrissage pour être détruites, ou sont dénaturées par des antiseptiques ; mais rien ne garantit absolument que ces viandes ne seront pas détournées et livrées à la consommation ; les agents antiseptiques (créoline, pétrole, phénol) employés pour les dénaturer ne pénètrent pas les masses charnues et peuvent être enlevés complètement par des lavages ; en préparant ces viandes d'une manière habile, on arrive alors à masquer le goût des substances ajoutées ; aussi voit-on assez souvent les viandes saisies, livrées par fraude au public et menacer la santé et la vie des populations.

Tous ces inconvénients peuvent être évités par la cuisson stérilisatrice sur place, sous contrôle efficace ; d'autre part, il y a intérêt à conserver pour la consommation la plus grande quantité possible des viandes de bestiaux malades et à mettre à la portée des maigres ressources des malheureux les viandes reconnues non nuisibles, certaines précautions étant prises.

La statistique des abattoirs et la tuberculinisation démontrent que la proportion des bovidés atteints à un degré quelconque de tuberculose est réellement effrayante, surtout chez les vaches. Le système draconien des saisies totales dans la tuberculose constituerait donc, pour les éleveurs, des pertes incalculables. Mais heureusement il est démontré que les viandes des animaux tuberculeux sont rarement bacillisées et qu'il existe des moyens simples, et absolument sûrs, d'enlever aux viandes suspectes toute virulence. Bien entendu, ces moyens stérilisateurs ne doivent pas être employés pour des bêtes phtisiques, fébriles, émaciées, dont la viande a mauvais aspect, et doit toujours être impitoyablement rejetée ; il s'agit seulement des bovidés, ayant conservé toutes les apparences de la santé, gras ou demi-gras, que personne ne soupçonne de tuberculose et chez lesquels on est tout surpris de trouver à l'abatage des lésions tuberculeuses multiples ; dans ces cas une stérilisation bien conduite peut sauver une grande partie de la viande au plus grand profit à la fois du producteur et du consommateur.

Les procédés habituels de cuisson stérilisent bien la surface des quartiers de viande, mais n'atteignent pas leur centre, où la température dépasse rarement 50 ou 40 degrés, ce qui est tout à fait insuffisant pour détruire les bacilles.

Il faut avoir recours à la cuisson par la vapeur sous pression, qui n'enlève pas à la viande ses qualités nutritives tout en la stérilisant efficacement ; ces viandes et le jus qu'elles fournissent sont devenus aussi inoffensifs que les viandes saines et fraîches ; le bouilli et le jus stérilisés conservent leur saveur et leur odeur agréable ; les graisses gardent leurs caractères habituels.

De nombreux appareils ont été imaginés pour réaliser la cuisson par la vapeur. Celui qui est en usage en Belgique se compose essentiellement d'un autoclave à double paroi formant chaudière. Les viandes y restent deux à trois heures, à une température qui varie de 110 à 115 degrés; en général, il est inutile de dépasser 115 degrés.

Au point de vue financier et économique, quand on possède l'appareil, la stérilisation des viandes se pratique à peu de frais : on peut évaluer de 5 et 8 francs par tête de gros bétail le montant des dépenses (chauffeur, charbon, manutention, usage des ustensiles et des locaux). Or, le prix de la viande stérilisée, du jus, de la graisse, des os, peut s'élever à 230 francs pour un bœuf. On voit quel bénéfice est ainsi réalisé.

On a objecté que la viande stérilisée ne trouvera pas d'acquéreur : à l'encontre de cette objection, il y a lieu d'observer qu'en Allemagne, en Belgique et en Hollande, les viandes et le jus ainsi stérilisés ont toujours été rapidement vendus au prix de 50 centimes le kilogramme.

M. MOROT (de Troyes) dit que la stérilisation des viandes provenant d'animaux gras, mais porteurs de lésions tuberculeuses étendues, est mise en pratique à Troyes. Cette viande est cuite à l'eau bouillante ou par la vapeur sous pression, et livrée ensuite à la consommation. Jusqu'à présent les indigents en ont assuré le débit. Dans le cas où on n'en trouverait pas le placement immédiat, on pourrait sans danger faire de ces viandes stérilisées des conserves ou les soumettre à la salaison.

M. STABB, en 1889, était fervent adepte du principe du rejet absolu des viandes des bêtes tuberculeuses de la consommation. Mais depuis, des expériences faites en France, en Italie, en Allemagne, ont établi que ces viandes étaient presque toujours inoffensives, même à un degré très avancé de tuberculose (expériences de Faterveich, d'Amsterdam).

C'est aussi l'avis de M. NOCARD. Les expériences, faites depuis dix ans, montrent que la viande des animaux tuberculeux est inoffensive par elle-même et que la consommation n'en doit pas être prohibée d'une façon absolue.

## COMMUNICATIONS DIVERSES

La valeur de la bacilloscopie pour établir le diagnostic de la tuberculose est universellement adoptée.

Or, il existe un domaine de la pathologie où cette pratique diagnostique a été jusqu'ici négligée : c'est celui de la tuberculose infantile; la cause en est simple : *les petits enfants ne crachent pas*. De là, pour le praticien, une situation souvent pénible et embarrassante, bien connue de quiconque a soigné des enfants. Est-il besoin d'insister sur les difficultés du diagnostic de la tuberculose pulmonaire dans le jeune âge? Il suffit de rappeler à ce sujet l'insuffisance désespérante de l'auscultation qui, bien des fois, quelque exercée qu'elle soit, ne peut se prononcer sur la nature et l'étendue des lésions, lorsqu'elle se trouve en présence de ces râles humides à grosses bulles, ou de ces bruits pseudo-cavitaires, si fréquents au déclin des rougeoles ou des coqueluches compliquées de broncho-pneumonie.

Cette détresse du diagnostic est la conséquence du manque de crachats; elle disparaîtrait immédiatement si l'on pouvait, chez l'enfant comme chez l'adulte, faire appel aux précieux renseignements fournis par la bacilloscopie.

Est-il donc impossible de rechercher le bacille de Koch chez le jeune enfant qui déglutit ses crachats au lieu de les expectorer? Deux auteurs allemands, Kossel et Kaufmann, l'ont essayé d'une façon indirecte, en soumettant à l'examen spécial, l'un les matières fécales, l'autre les mucosités de l'arrière-gorge retirées à l'aide d'une éponge montée. Ces deux procédés sont très laborieux et leurs résultats tout à fait aléatoires.

M. H. MEUNIER (de Paris) propose une méthode beaucoup plus simple, absolument anodine, qui lui a donné d'excellents résultats. Elle consiste à aller **chercher dans l'estomac les crachats déglutis par l'enfant**; par un simple lavage, fait de préférence le matin à jeun, on ramène toujours des parcelles de sécrétions bronchiques, dans lesquelles on recherche les bacilles par les procédés ordinaires.

Dix-sept enfants ont fourni vingt-sept examens de ce genre. Si l'on élimine deux sujets dont on n'a pu suivre la maladie, et pour lesquels le diagnostic est resté en suspens, il reste quinze cas où la bacilloscopie des crachats déglutis a pu être contrôlée, soit par l'évolution clinique longtemps suivie, soit par l'autopsie. Sur ces quinze cas, six ont fourni un résultat positif et, dans ces six cas, la constatation du bacille a permis deux fois de rectifier le diagnostic clinique qui n'était point en faveur de la tuberculose. Les onze autres cas ont abouti à un examen négatif; ici la conclusion était moins ferme et n'avait qu'une valeur présomptive contre l'hypothèse d'une affection bacillaire. Or, les renseignements recueillis ultérieurement ont permis de constater que, dans ces onze cas, sauf un, l'enfant n'avait pas de lésions tuberculeuses du poumon. La seule exception concernait un enfant qui succomba, en vérité, à la tuberculose, mais à la forme aiguë broncho-pneumonique, sans ramollissement, forme dite fermée.

Les recherches dont M. Meunier expose les résultats, bien que peu nombreuses encore, démontrent dès maintenant que la bacilloscopie des crachats est facilement réalisable chez le jeune enfant, contrairement à l'opinion reçue, et que ce moyen de diagnostic ne devra jamais être négligé dans ces cas si fréquents de broncho-pneumonie chronique ou de suppurations pulmonaires, derrière lesquelles se cache souvent un processus tuberculeux.

M. CONSTANTIN THIRON, de Jassy (Roumanie), rappelle que **l'alcoolisme prédispose à la contagion par la tuberculose.** On a prétendu que le cognac ou le rhum pris dans du lait, le vin, la bière étaient utiles aux tuberculeux; c'est justement ce qu'il faut combattre. M. Letulle, avec raison, a supprimé totalement toutes boissons alcooliques du régime des tuberculeux de l'hôpital Boucicaut.

1° *L'alcoolisme héréditaire prédispose à la tuberculose.* — Les enfants d'alcooliques naissent débiles, anémiques, ayant des déformations thoraciques, la poitrine étroite, avec respiration incomplète; ils ont des déviations de la colonne vertébrale, sont rachitiques, à charpente osseuse et musculaire insuffisante, scrofuleux, irritables, inobéissants et vicieux, etc. Ces enfants sont tuberculisables à la première occasion, contractent une méningite tuberculeuse ou granulie généralisée.

2° *L'alcoolisme de l'adulte prédispose à la tuberculose.* — L'alcoolique, par sa vie irrégulière, son manque d'hygiène, s'expose à toutes les intempéries. Son appétit s'éteint, son organisme, privé d'air pur et d'alimentation, s'étiole. L'alcool entrave, abaisse ou pervertit les mutations nutritives. La rénovation moléculaire est insuffisante. Le buveur est à

l'état de toxi-infection par son alcoolisme qui s'unit à la tuberculose. La phagocytose est diminuée, etc.

*Conclusions.* — 1° Toutes les boissons alcooliques distillées sont nuisibles à l'état de santé, et d'autant plus à l'état de maladie, et spécialement pour les affections de la poitrine, tuberculose du poumon et des autres organes.

2° Comme boissons hygiéniques, il faut recommander l'eau filtrée, le lait stérilisé, les infusions aromatiques de café, thé, la limonade froide ou mieux cuite, l'hydromel fermenté, les tisanes pectorales, les sirops à l'eau de seltz, l'eau de goudron, etc.; les vins naturels de raisin et les vins de fruits, non fermentés et non additionnés d'alcool, la bière sans alcool, etc. Ces produits ont une grande valeur nutritive, sont agréables au goût et désaltérants.

**Crymothérapie.** — M. RIBARD a fait, lors de la visite des membres du Congrès à l'hôpital Boucicaut, une conférence sur la médication crymothérapique (κρυμος, grand froid) qu'il expérimente chez les tuberculeux, de concert avec M. Letulle. Tout le monde sait que l'on mange beaucoup plus pendant l'hiver qu'en été, que le séjour dans les pays froids excite l'appétit. M. Ribard, ne pouvant soumettre les tuberculeux eux-mêmes à l'influence du froid, a eu l'idée d'agir sur leur appétit par l'application locale du froid, et il procède de la manière suivante :

On remplit un sac de toile grossière avec 2 kilos de « neige carbonique » dont la température est de — 80 degrés et on l'applique sur le creux de l'estomac; afin de protéger la peau contre l'action directe de ce froid intense, on enveloppe le sac d'une couche épaisse d'ouate; dans ces conditions, la peau de la région sur laquelle est appliqué l'appareil conserve une température de + 5 degrés; malgré cela, les radiations émanées du bloc réfrigérant parviennent très probablement aux viscères abdominaux, car on sait que, étant donné un corps à une température inférieure à — 60°, aucune substance isolante n'est capable de le protéger contre les radiations calorifiques environnantes; il est donc fort vraisemblable que, au travers de la peau médiocrement refroidie, l'estomac et le foie subissent l'influence des 80 degrés de froid de la neige carbonique; pour lutter contre cette influence, le système nerveux sympathique réagit violemment, ce qui se traduit cliniquement par une sensation de faim.

Les applications du sac de neige carbonique durent environ une demi-heure et sont faites quotidiennement avant chacun des deux principaux repas ; au bout de trois à cinq jours de ce traitement, les phtisiques anorexiques ressentent de l'appétit; ils ont faim, mangent, ont une sensation de bien-être et renaissent à l'espérance.

Le seul inconvénient de cette méthode thérapeutique est son prix élevé : le sac de neige carbonique coûte 4 francs, et on ne peut le conserver plus d'une journée à cause de l'évaporation continue de la neige carbonique.

**Traitement de la phtisie pulmonaire par l'immobilisation du côté malade du thorax.** — M. A. BLOCH (de Vincennes) a communiqué à la Société de biologie une méthode nouvelle qu'il a imaginée pour soulager les phtisiques pulmonaires; cette méthode consiste à immobiliser le côté le plus malade par une cuirasse plâtrée maintenue par une ceinture plâtrée entourant le bassin. On enlève l'appareil la nuit.

Sous l'influence de cette immobilisation la toux s'arrête, les vomissements si pénibles des tuberculeux cessent constamment, les points douloureux s'atténuent et l'expectoration diminue d'intensité, non par accumulation du mucopus dans les bronches, mais par diminution de la sécrétion.

C'est donc là un traitement adjuvant très utile dans la phtisie pulmonaire.

Or, en étudiant par la méthode graphique les mouvements respiratoires chez ces malades, M. Bloch a vu que si la cuirasse est en place, la respiration costale est très diminuée, presque arrêtée des deux côtés, tandis que la respiration abdominale s'exagère, les malades respirent essentiellement par les mouvements du diaphragme ; ces particularités disparaissent aussitôt qu'on enlève la cuirasse.

On est donc amené, à la suite de cette étude pneumographique, à faire deux hypothèses sur le mode d'action du traitement préconisé par M. Bloch :

Première hypothèse : le traitement influence favorablement les lésions par suite d'un repos mécanique relatif du sommet.

Deuxième hypothèse : il se fait au sommet du poumon malade une accumulation d'acide carbonique par asphyxie locale, d'où action anesthésiante et favorable. Quoi qu'il en soit, ce fait de l'abolition de la respiration costale par la cuirasse plâtrée est important à retenir; c'est bien souvent l'exagération de cette respiration costale qui est la cause de la toux quinteuse, non seulement chez les phtisiques, mais encore dans d'autres affections, notamment dans la coqueluche.

Aussi M. Bloch, en appliquant une ceinture serrée à la partie supérieure du thorax de deux petits coquelucheux, a-t-il pu obtenir une diminution notable des quintes ; ce fait est à retenir.

**Un cas de contagion de la tuberculose de l'homme à la vache** est relaté par M. HUON. Pour le service de la vaccine, on se sert de veaux nourris par des vaches laitières que l'on conserve assez longtemps, et qu'on n'accepte qu'après les avoir tuberculinées.

Une de ces vaches, ayant comme les autres subi l'épreuve sans réagir, fut conservée six mois sans contact aucun avec d'autres bovidés ; puis, tout à coup, elle se mit à maigrir, à tousser; tuberculinée, elle donna une réaction typique.

Or, l'homme qui la soignait était atteint de bronchite chronique avec expectoration abondante ; il mourut et l'autopsie montra qu'il était tuberculeux. Quant à la vache, elle fut sacrifiée ; on lui trouva une tuberculose de date récente, mais étendue et assez grave.

Voilà donc un cas probant, ayant la valeur d'une expérience de transmission de la tuberculose de l'homme à la vache.

**Sur l'hérédité dans la tuberculose.** — M. CHARRIN (de Paris) a étudié le mode nutritif des nouveau-nés issus de mères tuberculeuses; ses recherches ont porté sur six enfants.

Comparés aux enfants sains, les nouveau-nés à hérédité tuberculeuse ont une courbe de poids plus lentement ascendante, avec irrégularités et parties temporairement descendantes ; au calorimètre, ils dégagent moins de calories que les enfants sains (4 à 6 par heure au lieu de 7 1/2, 8 et 9) ; leur toxicité urinaire, qui devrait être presque nulle (on doit injecter dans les veines, pour amener la mort d'un lapin, 180cc d'urine d'un nouveau-né par kilogramme d'animal), atteint un chiffre appréciable (60 à 90cc par kilogramme de

lapin) : le coefficient d'oxydation qui, chez l'enfant sain, est de 88 à 94 p. 100, descend à 72,74 chez le nouveau-né issu de phtisiques ; l'analyse des matières fécales y décèle des traces d'azote (quelques milligrammes) chez l'enfant sain, des quantités plus marquée (des centigrammes) chez l'héréditaire tuberculeux ; donc, ces enfants utilisent moins bien les matériaux nutritifs ; enfin, M. Charrin a trouvé, à l'autopsie de quelques-uns de ces six enfants, une surcharge graisseuse considérable dans le foie, et comme, dit-il, le lait qu'on leur donne, l'air qu'ils respirent n'ont pu apporter de substances nocives capables de léser les cellules, il faut en conclure que ces enfants ont hérité d'une vie cellulaire anormale, dont les lésions viscérales constatées sont en conséquence directe.

En résumé, M. Charrin a démontré que, chez un certain nombre d'enfants issus de phtisiques, la nutrition est troublée profondément et que la croissance se fait mal ; il pense, d'ailleurs, que d'autres tares maternelles sont probablement aussi capables d'amener ces effets.

M. ACARD a observé un certain nombre de cas de **contagion de la tuberculose** dont le suivant peut être considéré comme typique.

Un ouvrier robuste, de vingt-sept ans, perd sa première femme de tuberculose pulmonaire ; il reste veuf avec un enfant. Il avait soigné sa femme avec beaucoup de dévouement. Il se remariait quelques mois après et ne tardait pas à donner des signes de phtisie. Sa deuxième femme devenait enceinte. Au sixième mois de sa grossesse, il se manifesta, au cinquième doigt, un abcès tuberculeux. La femme accoucha. Le mari était à l'hôpital Saint-Antoine. Il réintégra son domicile. Peu de temps après, son premier enfant mourait en nourrice de méningite tuberculeuse. Sa deuxième femme, retirée chez sa mère, faubourg Saint-Antoine, ayant, malgré les recommandations, essayé, par économie, de donner à son bébé le lait de son sein gauche, mourait de tuberculose rapide. L'enfant, pris à son tour de tuberculose mésentérique, ne tarda pas à succomber.

Un nouveau ménage est venu habiter le même local. Actuellement, l'épouse est soignée dans un de nos hôpitaux, atteinte de pthisie pulmonaire.

M. BANG (de Copenhague) étudie la méthode que, depuis 1895, Finsen utilise dans le **traitement du lupus l'action bactéricide de la lumière.** Il s'est d'abord préoccupé de savoir quelles sont les radiations les plus efficaces à ce point de vue, et il a démontré qu'en employant la lumière très intense et concentrée d'une lampe à arc voltaïque à 50 ampères, l'action microbicide, très faible dans la région rouge, augmente lentement dans les régions jaunes et vertes pour monter brusquement dans la région violette et ultra-violette jusqu'à une intensité trois cents fois plus grande que dans le rouge.

Il suffit donc, pour obtenir une action thérapeutique, de se servir des rayons violets et ultra-violets.

Quand on peut employer la lumière solaire, on lui fait traverser, pour la concentrer, une lentille plan-convexe de 20 à 40 centimètres de diamètre, et pour arrêter tous les rayons autres que les rayons utiles à l'effet que l'on cherche, on remplit cette lentille, qui est creuse, d'une solution ammoniacale de sulfate de cuivre ; seules les radiations bleues et violettes passent au travers ; les autres, et notamment les radiations caloriques du spectre, sont arrêtées, de sorte qu'on est ainsi à l'abri d'actions caustiques dues à la chaleur. Les rayons bleus se réunissent à un foyer situé à environ 30 centimètres de la lentille, et au voisinage duquel on place la région malade à influencer ; on ne la met pas exactement au foyer parce que là il y a, néanmoins, un peu de chaleur qui pourrait être désagréable au patient.

Comme on n'a pas toujours la lumière solaire à sa disposition, Finsen a utilisé comme autre source lumineuse l'arc voltaïque ; ici on a des rayons divergents qu'il faut d'abord rendre parallèles, puis concentrés : d'où la nécessité d'un appareil optique à lentilles successives. Ces lentilles étaient d'abord construites en verre, on les fait actuellement en cristal de roche, qui laisse passer la plus grande partie des rayons ultra-violets tandis que le verre en retenait un grand nombre ; seulement les lentilles de cristal de roche ne pouvant s'obtenir avec de grandes dimensions, on a été obligé de diminuer de beaucoup le diamètre de l'appareil, et par conséquent de rapprocher en proportion la première lentille de l'arc voltaïque.

Dans l'appareil primitif, le faisceau lumineux concentré traversait une cuvette de verre à lames parallèles remplie de la solution cuprique : on a renoncé à l'emploi de ce filtre-lumière, en appliquant sur la peau du malade un appareil à circulation continue d'eau froide, on n'a donc plus à s'occuper de l'arrêt des rayons caloriques.

Il ne suffit pas, pour influencer une dermatose par la lumière concentrée, de faire tomber sur la peau le faisceau des radiations optiques ; en effet, les tissus parcourus par le sang sont relativement opaques pour les radiations spectrales ; il est absolument nécessaire de rendre d'abord les tissus exsangues : alors ils deviennent perméables. Finsen se servait à l'origine d'un compresseur de verre de forme convenable appliqués sur la région malade à l'aide de rubans élastiques. M. Bang lui a substitué un appareil composé de deux plaques de cristal de roche entre lesquelles circule le courant d'eau dont il a été parlé tout à l'heure. C'est là une grande amélioration.

Les séances durent environ une heure ; il faut veiller à ce que le cône lumineux tombe perpendiculairement sur le verre du compresseur. Pendant la séance et immédiatement après, aucun effet ne se produit, on n'aperçoit aucune rougeur, et le malade ne ressent aucune douleur. Six à huit heures après la séance apparaissent des signes d'une légère réaction inflammatoire indolore ; assez souvent on observe un suintement séreux avec formation de quelques vésicules, qui sèchent vite sans jamais suppurer. La rubéfaction persiste très longtemps après la suspension du traitement (quinze jours à un mois).

Au niveau des tissus lupiques la réaction est identiquement la même que sur la peau saine, mais elle est suivie de réaction cicatricielle, tandis que la peau saine est absolument respectée, une fois que la réaction initiale s'est produite ; voilà un grand avantage de la méthode, on peut sans inconvénient l'appliquer autour de la région malade, là où les nodosités lupiques ne se voient pas encore, mais où le terrain est suspect.

La cure du lupus par ce procédé est absolument indolore : son seul inconvénient est d'être fort longue, il y a des cas où l'amélioration ne se dessine qu'après trois ou quatre mois ; en général, cependant, la lenteur du traitement est bien moindre, et, en quatre à cinq mois, à raison d'une séance par jour on obtient la guérison ; parfois celle-ci ne demande qu'un à deux mois.

Les résultats obtenus depuis deux ans sont extrêmement remarquables : à l'Institut de Copenhague on compte déjà trente-cinq guérisons complètes du lupus vulgaire, sans compter vingt malades en cours de traitement qui sont à peu près guéris et une série d'autres qui sont en voie d'amélioration. Or il ne faut pas oublier que la plus grande partie de ces malades ont des lupus graves; ce sont des cas désespérés qui sont venus à l'Institut Finsen précisément parce que tous les autres traitements avaient échoué jusqu'alors. Certains malades ont été traités pendant douze à quinze mois sans arriver jusqu'à guérison complète, mais tout au moins on obtenait des améliorations considérables.

Quant aux récidives, la méthode est encore trop nouvelle pour qu'on puisse se prononcer : le premier cas traité est sans récidive depuis trois ans, une douzaine de cas restent guéris depuis un an, les autres sont guéris depuis quelques mois; chez aucun d'eux on n'a observé de récidive réelle.

Les résultats ont été beaucoup moins favorables pour le lupus érythémateux, qui s'est montré, en général, peu influencé par le traitement.

M. DUBOUSQUET-LABORDERIE (de Saint-Ouen) signale des cas de contagion de la tuberculose de l'homme aux animaux domestiques et de ces animaux entre eux.

Nous savons, d'après M. le professeur Nocard, combien est fréquente la tuberculose parmi les bovidés. Le porc est moins souvent tuberculeux que la vache. La chèvre et le mouton, les oies et les canards sont ceux qui opposent le plus de résistance à l'invasion du bacille. Parmi nos animaux domestiques, on aurait trop considéré, comme réfractaires, le chien et le chat. Un bon nombre meurent de maladies dites banales qui ne doivent pas être autre chose que de la tuberculose, comme le prouveront les faits que je l'orateur va exposer. En dehors des conditions expérimentales, il s'agit, dans les observations citées, de chiens ou chats appartenant à des tuberculeux, qui se contaminent soit par ingestion de crachats, de déjections, soit par inhalation de poussières virulentes. Dans quelques cas, les animaux se sont infectés en mangeant du lait cru ou des viscères d'animaux tuberculeux.

Voici les faits qu'il a observés. Il a soigné pendant cinq ans un jeune sergent de ville, qui habitait un hôtel meublé à Saint-Ouen, et qui mourut, en 1866, de consomption tuberculeuse, avec grandes cavernes et expectoration très abondante ayant duré fort longtemps. Ce malade, alité durant plusieurs mois, avait pour commensaux deux chiens appartenant à son hôtelier.

Le premier, un danois de forte taille, brun, âgé de trois ans, se met à tousser, s'essouffle, jette, ne mange plus, mais boit continuellement, maigrit à un point extrême et succombe après huit mois de maladie. L'autopsie n'a pas été faite, le maître de l'hôtel ayant caché la cause de sa mort, jusqu'au moment où le deuxième chien vint à présenter à peu près les mêmes symptômes.

Celui-ci, un terrier noir, âgé de dix ans, se met à tousser, à perdre l'appétit, jette abondamment, mais n'est pas encore très maigre. Il est sacrifié, après cinq mois de maladie. A l'autopsie, on trouve les lésions suivantes : foyers étendus de pneumonie caséeuse, avec cavernicules de diverses dimensions provenant de la dilatation des bronchioles et de l'ulcération du tissu pulmonaire. Dans la plèvre, la rate, le foie et les reins, quelques tumeurs de dimensions diverses et d'aspect sarcomateux. Nombreux bacilles recueillis par le grattage. Inoculation au cobaye positive.

Or, ce second chien avait pour compagnon un chat, qui n'est jamais monté, a-t-on affirmé, dans la chambre du malade, mais qui couchait avec le chien et mangeait dans la même écuelle. C'était un chat gris, de dix mois. Il tousse pendant deux mois, perd l'appétit, maigrit, présente une abondante diarrhée pendant toute la durée de sa maladie et succombe après deux mois. A l'autopsie : nombreux nodules miliaires des poumons, avec foyers variant de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot, ramollis au centre. Quelques petites cavernules. Ganglions mésentériques caséeux. Granulations dans le foie. Foyers caséeux dans les reins. Bacilles de Koch dans les produits de râclage, inoculation positive au cobaye.

Ces faits sont instructifs. Ils signalent un danger qu'on ignore généralement : la contagion tuberculeuse possible des enfants jouant avec les chiens ou chats. La maladie, chez ces animaux, est évidemment d'un diagnostic difficile à ses débuts. En cas de suspicion, on fera l'épreuve par les injections de tuberculine, qui s'appliquent à tous les animaux et on défendra aux enfants de rester au contact de ces animaux.

M. ARTHAUD attire l'attention sur les fausses tuberculoses. Certains malades, dans la proportion de 10 à 15 p. 100, qui se présente avec l'apparence de tuberculeux avérés, sont atteints de syphilis héréditaire; on en retrouve les stigmates (dents de Hutchinson, traces de rachitisme, enfoncement du sternum, etc.). Chez un certain nombre, le mercure est inefficace, quelquefois mal toléré. Ceci ouvrit son esprit à une nouvelle hypothèse qui fut bientôt vérifiée par les faits. Il se demanda s'il ne s'agissait pas, en pareil cas, de formes ancestrales de la lèpre, qu'on pouvait confondre avec la tuberculose pulmonaire. Il rechercha les stigmates de cette affection. Il trouva dans les crachats les formes en buisson que certains auteurs ont considéré comme démonstratives.

Ces malades proviennent presque tous de certaines régions de France, qui sont considérées par certains auteurs comme renfermant les vestiges de la lèpre ancestrale (Ardennes, Hainaut, Picardie, Vosges, Alsace, Pays basque, Plateau central, Bretagne). Il a trouvé, parmi la population bretonne, toute une série de lésions non douteuses : la lèpre tuberculeuse, la lèpre phagédénique et les formes nerveuses.

M. Arthaud conclut en disant : sur 100 malades se présentant avec les signes de la tuberculose, il y a 10 p. 100 de syphilitiques et 2 p. 100 de lépreux ancestraux.

M. LE GENDRE expose la **nécessité de multiplier les petits sanatoriums**. On a opposé contre l'établissement des sanatoriums les raisons suivantes : accumulation d'un trop grand nombre de malades, effroi pour les tuberculeux et leur famille, ennui des tuberculeux avancés, qui reculent devant la fatigue d'un déplacement, déplacement trop onéreux pour les familles qui cessent de voir leur parent tuberculeux.

Il faudrait qu'on ne fût pas obligé de faire faire un long voyage au malade, que ses parents puissent aller le visiter souvent. Il faudrait donc que, dans un grand nombre de points de France, existassent des sanatoriums.

Il faudrait aussi qu'il existât des sanatoriums différents pour les différentes périodes et dans différents climats, afin de répondre aux multiples besoins de la pratique.

Que se propose-t-on en envoyant des tuberculeux dans

les sanatoriums? Leur apprendre à se soigner par l'hygiène, à éviter de tousser inutilement, à se servir du crachoir, etc.

Au point de vue médical, le climat comporte la température, la direction habituelle des vents, les poussières, l'hygrométricité, l'état du ciel, les pluies et l'état de la nappe souterraine du sol. Deux villes très rapprochées peuvent différer beaucoup.

Ces petits sanatoriums peuvent se concevoir de diverses façons : un médecin pourrait prendre en pension trois ou quatre malades, ou bien tenir un établissement assez grand pour que les frais médicaux soient infimes par rapport aux frais généraux. Le nombre de vingt malades paraît alors nécessaire.

L'iodoforme a surtout été employé aux périodes ultimes de la tuberculose, et ce sont alors surtout ses propriétés antiseptiques et antiputrides qui ont été utilisées.

Quelques auteurs ont aussi attiré l'attention du monde médical sur l'action hémostatique de ce médicament administré à l'intérieur. En 1887, M. de Cinto (de Rio-de-Janeiro) publia un premier mémoire sur ce sujet; plus tard, MM. Chauvin et Jorissenne ont signalé l'efficacité de pilules où l'iodoforme était associé au tannin et à l'extrait de gentiane; d'autres encore ont parlé ou écrit sur l'action hémostatique de l'iodoforme dans la tuberculose, sans préciser dans quels cas spéciaux ce médicament devait être appliqué.

Or, chez un tuberculeux, à la première période, qui présentait des hémoptysies peu abondantes, mais excessivement fréquentes, M. GALLOT a employé avec plein succès **l'iodoforme en injections sous-cutanées**. Ce médicament ayant donné toute satisfaction, il l'a, par la suite, employé systématiquement dans les hémoptysies congestives du début de la tuberculose, et il s'en est toujours bien trouvé.

Il avait, dès le début, voulu employer l'iodoforme à l'intérieur, mais il s'était heurté à une intolérance stomacale absolue; il revint alors à l'iodoforme administré alors par la voie hypodermique en solution dans l'huile eucalyptolée, à la dose initiale de 5 centigrammes suivant la formule :

| | |
|---|---|
| Huile de vaseline neutre. . . | 25 cent. cubes. |
| Eucalyptol. . . . . . . | 5 grammes. |
| Iodoforme. . . . . . . . | 75 centigr. |

(Injecter 2 centimètres cubes par jour.)

Chez une malade, dès le troisième jour, les crachats ensanglantés se supprimèrent et ne reparurent plus jusqu'en novembre 1897; à cette époque, et toujours à l'occasion des règles, il y eut à nouveau quelques crachats sanglants : on eut encore recours aux injections iodoformées, qui obtinrent plein succès.

Un des effets physiologiques les plus marqués de l'iodoforme pris à l'intérieur réside dans la diminution des pulsations cardiaques et l'augmentation de la tension artérielle, augmentation de la tension centrale, diminution de la pression périphérique; son action sur le cœur est à peu près celle de la digitale.

Mais l'iodoforme a sur la digitale l'avantage de ne pas s'accumuler, ce qui permet d'en prolonger l'emploi sans interruption pendant plusieurs semaines au besoin, qualité précieuse pour un médicament lorsque l'on cherche à lutter contre un état diathésique.

M. Gallot ne croit pas à l'iodoforme la même efficacité dans les hémoptysies souvent foudroyantes de la troisième période, qui sont la conséquence presque inévitable du processus ulcératif. D'ailleurs, toute médication, dans ces cas, reste généralement sans effet.

M. LÉON DERECQ (de Paris) présente une ampoule et décrit un **procédé clinique pour recueillir opportunément les expectorations** destinées à l'examen bactériologique. On sait l'importance qu'a prise aujourd'hui l'examen bactériologique des crachats, des exsudats, des vomiques. L'auteur a présenté au Congrès un flacon de verre appelé ampoule A, qui permet au médecin de recueillir lui-même, avec les meilleures garanties et au moment opportun, l'expectoration du malade. L'ampoule A, en verre de forme cylindrique, d'une capacité suffisante pour recueillir une expectoration, par conséquent peu encombrant, présente une ouverture évasée, avec un rebord qui protège les doigts au moment de l'émission du crachat. Elle offre, sur la paroi extérieure, une étiquette obtenue par dépolissage du verre, qui permet d'inscrire le nom et le prénom du malade, objet de l'examen. L'ampoule, ainsi que le bouchon en liège légèrement stéariné qui l'obture parfaitement, sont stérilisés. Le médecin en chef du dispensaire de l'Œuvre des Enfants tuberculeux, a pu, grâce à cet objet si utile, multiplier ses examens bactériologiques, surtout dans des cas où ceux-ci importent le plus, c'est-à-dire dans les cas douteux. L'ampoule A s'impose aussi bien à la clientèle indépendante, comme un procédé rapide et sûr, elle rendra dans bien des cas de réels services.

## VARIÉTÉ

Au moment où la prophylaxie de la tuberculose vient d'être discutée à l'Académie de médecine, au Congrès de Paris et à celui de Nantes, se déroulait à Aix un procès tout d'actualité :

Le 30 mars, l'inspecteur de l'abattoir d'Aix constata qu'une vache qui venait d'être abattue et qui portait de nombreuses traces de tuberculose, paraissait avoir des poumons absolument sains. Après une rapide enquête, il acquit la preuve qu'aux poumons de cette vache on avait substitué les poumons sains d'un autre animal, afin de tromper la surveillance de l'inspecteur et du lieutenant chargé de recevoir la fourniture de viande destinée au 55e d'infanterie. La bête abattue allait être livrée à la consommation du régiment.

L'information judiciaire prétendait que c'était un nommé X..., associé du fournisseur militaire, qui avait fait abattre la vache sous ses yeux et avait demandé à un tripier les poumons sains d'un bœuf pour les substituer à ceux de la vache tuberculeuse. Traduit devant le tribunal correctionnel d'Aix, X... fut condamné à un mois de prison, 100 francs d'amende et à l'affichage de la décision à la porte de l'abattoir.

Sur l'appel à minima du procureur général, la Cour a élevé la peine d'emprisonnement à six mois, ordonné l'affichage de l'arrêt au marché et à l'abattoir d'Aix et son insertion dans plusieurs journaux d'Aix et de Marseille.

Il est regrettable que l'état actuel de la législation ne permette pas de punir plus sévèrement un acte aussi criminel. (*Bulletin méd.*)

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous relevons, parmi les présidents des conseils généraux, les noms de MM. les docteurs Gacon (Allier), Turgis (Calvados), Combes (Charente-Inférieure), Theulier (Dordogne), Signard

(Haute-Saône), Bretheau (Indre), Lourties (Landes), Théophile Roussel (Lozère), Paillard (Nièvre), Paul Pujade (Pyrénées-Orientales), Trotobas (Var).

— M. le docteur G. Allaire est nommé chef du service d'électrothérapie et radiographie à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Petit, de la Ménitré (Maine-et-Loire).

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Affections chirurgicales des organes génito-urinaires** (clinique et thérapeutique), par le docteur Alfred Pousson, professeur agrégé, chargé du cours des maladies des voies urinaires, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, membre correspondant national de la Société de chirurgie de Paris, vice-président de l'Association française d'urologie. Précédé d'une préface de M. le professeur Guyon. — Un vol. in-8° broché de 366 p. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

**La famille névropathique,** théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence, par C. Féré, médecin de Bicêtre. 2e édition. In-12. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

**Formulaire des nouveaux remèdes,** par le docteur G. Bardet, secrétaire général de la Société de thérapeutique (10e édition). — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

**Du sternum et de ses connexions avec le membre thoracique dans la série des mammifères,** par le docteur Raoul Anthony, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. Gr. in-8° avec 6 pl. hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

**L'intervention chirurgicale dans les épilepsies.** Rapport lu au Ier Congrès international de psychiatrie, de névrologie et d'hypnologie, tenu à Bruxelles du 14 au 19 septembre 1897, par le docteur C. Winkler, professeur de psychiatrie et névrologie à l'Université d'Amsterdam. Une br. in-8° de 84 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

**Études neuropathologiques,** par le docteur G. André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. Une brochure in-8° de 160 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

**Société scientifique et station zoologique d'Arcachon.** Travaux des laboratoires recueillis et publiés par les docteurs F. Jolyet, directeur des laboratoires de la station zoologique d'Arcachon, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et F. Lalesque, président de la Société scientifique d'Arcachon, lauréat de la Société de biologie et de l'Académie de médecine (année 1896-1897). Une br. in-8° de 67 p. avec 19 fig., 1 pl. et 1 carte en couleurs hors texte. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 29 août 1898.

Après la mort de Verneuil, le Congrès de la tuberculose fut quelque temps à se remettre de la perte de celui qui en avait été le promoteur aussi ardent qu'enthousiaste et désintéressé. Mais les bonnes volontés continuèrent l'œuvre de l'absent, et l'on peut dire que la IVe session marquera dans l'histoire des congrès de la tuberculose.

Que de communications intéressantes! Quel ensemble remarquable de travaux de toutes sortes! C'est avec une satisfaction profonde qu'on voit tant d'hommes de science s'acharner après ce fléau, plus terrible que la plus meurtrière des épidémies, qui chaque année fait périr plus de 150000 Français dans la fleur de leur âge.

Ce n'est point qu'on ait encore trouvé le remède contre une telle dévastation; mais il est déjà un ensemble de moyens qui nous approchent peu à peu du but désiré et qui restreignent le cercle meurtrier du fléau.

Que nous a donné le Congrès comme résultat pratique? Peu de choses contre les tuberculeux confirmés, contre les phtisiques invétérés. Ce sont des malades sacrifiés, mais qui constituent un danger pour les autres. C'est une vérité qu'il faut connaître sans avoir la crainte de la proclamer et d'agir en conséquence.

On a fait, par contre, beaucoup pour les tuberculeux au début : hygiène, alimentation, aérothérapie, sanatoriums, etc., tout cela a été étudié et donnera d'excellents résultats. Une tuberculine nouvelle viendra peut-être un jour résoudre définitivement le problème thérapeutique. Actuellement, ce n'est encore qu'un sujet d'études, d'expériences et de laboratoire. Aussi les injections de substances antitoxiques ne doivent pas encore entrer dans la pratique courante. Il faut savoir attendre.

Ce qui ressort, en somme, de l'ensemble des discussions du Congrès, c'est que, s'il est difficile de guérir la tuberculose à sa période ultime, il est possible de l'arrêter à un stade plus rapproché du début, et surtout il est meilleur d'en empêcher l'apparition par des mesures préventives. C'est pourquoi toutes les mesures d'hygiène et de prophylaxie, soit vis-à-vis de tuberculeux déjà atteints, soit vis-à-vis des aliments provenant d'animaux tuberculeux, ont-elles été largement discutées par les membres du Congrès.

A signaler aussi ces comités médicaux d'initiative, ces ligues contre la tuberculose, ces mesures d'hygiène prescrites dans nos établissements publics, ces sanatoriums spéciaux qui s'élèvent de toutes parts.

Aussi les médecins ne peuvent-ils qu'applaudir de tout cœur à cette active campagne contre la tuberculose, dont le IVe Congrès a été l'expression si puissante.

## HERNIE ENKYSTÉE DE LA TUNIQUE VAGINALE

(HERNIE D'ASTLEY COOPER)

Par le docteur ANDRÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Sous le nom de hernie enkystée de la tunique vaginale, A. Cooper a décrit une variété rare de hernie inguinale congénitale, dans laquelle le sac est contenu dans la vaginale distendue par un épanchement séreux et s'y trouve libre sur une plus ou moins grande étendue, de telle sorte qu'à l'ouverture de la poche on pénètre d'abord dans la vaginale distendue par une hydrocèle au milieu de laquelle on trouve un sac séreux qui est le sac herniaire, soit vide, soit rempli par de l'intestin ou de l'épiploon. Ce sac est en contact avec le testicule, mais établit une séparation complète entre la cavité de la vaginale et les organes herniés.

Les cas de ce genre étudiés autrefois par Méry (1), A. Cooper (2), Dupuytren (3), Bourguet [d'Aix (4)], ont été considérés pendant longtemps comme très rares et on ne les avait guère observés qu'au cours de kélotomies, à une époque où on n'opérait les hernies qu'à l'état d'étranglement. Cette disposition toute particulière avait surpris et parfois embarrassé les chirurgiens qui l'ont rencontrée. C'est ainsi que sur les 10 cas rapportés par Bourguet, 7 seulement furent opérés, et malgré l'opération la hernie resta méconnue deux fois (Méry, Morgan). Dans le cas de Bourguet lui-même, elle ne fut reconnue que grâce à la déchirure accidentelle du sac enkysté. Aujourd'hui les opérations de plus en plus fréquentes de cure radicale ont fait

(1) MÉRY. *Mém. de l'Acad. des sc.*, 1701, p. 276.
(2) COOPER. *Œuvres chirurgicales complètes*, trad. Chassaignac et Richelot, 1837, p. 295.
(3) DUPUYTREN. *Clinique chirurgicale*, t. III, 1839, p. 606.
(4) BOURGUET. *Gaz. hebd.*, 1864, p. 722.

rencontrer un certain nombre d'exemples de cette variété de hernie inguinale. Elle est certainement moins rare qu'on ne l'a cru autrefois M. Berger (1) a pu, pour sa part, l'observer huit fois dont quatre fois à l'état d'étranglement et quatre fois à l'occasion d'opérations de cure radicale.

Cette variété a donné lieu à diverses reprises à discussion surtout au point de vue du mécanisme de sa production. Il n'est donc pas inutile d'en rapporter un nouvel exemple intéressant à plusieurs titres et qui diffère par certaines particularités des observations déjà publiées.

Observation. — L... (Charles), dix-neuf ans. Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires ni personnels. Il n'existait pas de hernie pendant le jeune âge. Il y a un an et demi, sans cause connue, le malade vit apparaître à la région inguinale gauche une pointe de hernie qui ne descendait que peu au-dessous de l'anneau externe. La hernie était complètement réductible dès que le malade se couchait. Il porta un bandage qui le maintenait tant bien que mal. La hernie dans la suite augmenta peu à peu, mais restait toujours réductible et la bourse gauche n'était pas plus volumineuse que la droite. Trois ou quatre jours avant son entrée à l'hôpital, la hernie devint irréductible, sans s'accompagner cependant d'aucun phénomène d'étranglement et très rapidement, dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, le côté gauche du scrotum prit le volume qu'il présentait au moment de l'entrée du malade, tandis qu'auparavant il n'y avait aucun gonflement. C'est surtout à cause de cette augmentation rapide de volume du scrotum que le malade entre le 14 juin dans le service de M. le professeur Gross.

*Etat actuel.* — A l'inspection, on constate que la bourse gauche a presque le volume du poing. La tuméfaction est régulièrement arrondie. De la partie supérieure se détache une saillie cylindrique qui remplit le canal inguinal et se perd dans l'abdomen.

La palpation donne les renseignements suivants : l'augmentation de volume de la bourse est manifestement due à un épanchement dans la vaginale. La fluctuation est évidente. En arrière on sent le testicule à sa place normale. Enfin en avant et au-dessus de ce testicule on perçoit une masse cylindrique du volume du pouce, assez dure, un peu lobulée, qui se prolonge en haut et se continue avec le pédicule contenu dans le trajet inguinal où il fait une saillie notable. Ce pédicule donne la sensation de l'épiploon. La toux produit à ce niveau un léger mouvement d'expansion. Matité à la percussion sur toute l'étendue de la tumeur et de son pédicule.

On porte le diagnostic de hernie inguinale congénitale épiploïque devenu irréductible par adhérences de l'épiploon à l'orifice de la vaginale, avec hydrocèle consécutive.

*Opération.* — Incision portant sur la partie supérieure de la bourse et sur le trajet inguinal. On commence par ouvrir la vaginale pour évacuer son contenu et traiter l'hydrocèle. Il sort une certaine quantité de liquide citrin, puis entre les lèvres de la plaie fait issue une masse allongée cylindrique en forme de battant de cloche appendue à la partie supérieure de la vaginale et libre dans son intérieur. On reconnaît une hernie enkystée de A. Cooper. Le sac de cette hernie pénètre dans la vaginale au niveau de son sommet, mais cette vaginale ne s'étend pas plus haut que normalement et ne remonte pas dans le trajet inguinal, comme le fait a été signalé assez souvent en pareil cas. Elle est simplement distendue par l'épanchement qu'elle contenait. Le testicule est à sa place normale. Le sac herniaire descendait au milieu du liquide de l'hydrocèle, libre de toute adhérence, jusqu'en avant du testicule. Ce sac, très mince et transparent, est, lui aussi, manifestement distendu par du liquide séreux dans la plus grande partie de son étendue. A la partie supérieure seulement, il renferme de l'épiploon adhérent à tout le pourtour du sac à son point de pénétration dans la vaginale. La cure radicale est pratiquée comme à l'ordinaire. On va chercher le sac au niveau du trajet inguinal, afin de retrouver la disposition normale. On se rend compte qu'il s'agit d'une hernie congénitale. Le sac est mince, situé au milieu des éléments du cordon. Il contient un gros pédicule épiploïque qui est attiré au dehors, lié et réséqué. Le sac est isolé jusqu'en haut, lié et coupé. On achève ensuite de le séparer de haut en bas des éléments du cordon et on arrive au point où il adhère à la vaginale pour pénétrer dans son intérieur. Il existe à ce niveau un épaississement notable de la paroi. On sépare à coups de ciseaux le sac de la vaginale. L'orifice créé dans cette dernière est refermé par un surjet de soie fine. L'opération est terminée par la reconstitution de la paroi. Suites normales.

Les auteurs qui se sont occupés de la hernie enkystée de la tunique vaginale en ont distingué deux variétés. Dans l'une — et c'est celle-là que A. Cooper avait décrite sous ce nom — on trouve à l'ouverture de la vaginale, au lieu de l'intestin libre, un sac attaché à la partie supérieure de la vaginale et descendant au milieu de l'hydrocèle. C'est dans ce sac que se trouvent les organes herniés. Il ressemble, selon l'expression de Bourguet, à un gros pis de vache appendu dans la vaginale. Il se prolonge avec le reste du sac dans le trajet inguinal. C'est à cette variété qu'appartenait le sac dans notre cas. C'est elle aussi que l'on retrouve dans l'observation de Méry (1) où ce sac fut pris pour le cæcum hernié et étranglé, dans celles de Cooper (2), de Bourguet (3). Dans le cas de Michaux (4), le sac vide était enkysté non dans une hydrocèle de la vaginale, mais dans une hydrocèle enkystée du cordon. Dans celui de M. Berger (5) on reconnut au cours de la cure radicale qu'il s'agissait d'un sac herniaire renfermant de l'épiploon et enkysté dans la partie inférieure du canal vagino-péritonéal non oblitéré, distendu par du liquide séreux. Le sac qui portait à sa partie antérieure un appendice graisseux présentait une certaine ressemblance avec le gros intestin. Phocas (6) trouve aussi la même disposition chez un enfant. Le sac vide, flottant comme un doigt de gant aplati, rubanné, formait une sorte d'appendice long de 2 centimètres, nageant au milieu du liquide séreux d'une cavité indépendante de la vaginale et formée aux dépens du canal vagino-péritonéal.

Dans tous ces cas, le sac enkysté était appendu à la partie supérieure de la vaginale, mais libre de tous côtés dans son intérieur et sur toute son étendue, comme le montrent les figures annexées au mémoire de Bourguet et à un travail de Bittner (7).

Il est à remarquer que ce sac enkysté peut être invaginé dans la cavité de la vaginale testiculaire (Méry, Cooper, Bourguet, Bittner) ou bien au contraire dans une cavité formée aux dépens d'une partie du canal vagino-péritonéal

(1) Berger. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, 2e édit., t. VI, p. 226.

(1) Méry. Loc. cit.
(2) A. Cooper. Loc. cit.
(3) Bourguet. Loc. cit.
(4) Michaux. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 771.
(5) Berger. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 787.
(6) Phocas. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 826.
(7) Bittner. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XLIX, p. 828.

non oblitéré et distendu par du liquide, c'est-à-dire dans une hydrocèle enkystée du cordon. Ce fait a, au point de vue de la pathogénie de ces hernies, une signification importante et montre que leur origine est le plus souvent congénitale.

Ce sac enkysté se montre sous des formes très variables. Tantôt il offre une certaine ressemblance avec le cæcum. Méry s'y trompa et ce fut aussi la première impression de Bourguet. Il est alors volumineux, cylindrique, allongé. D'autres fois au contraire il est aplati, vide, flottant comme un doigt de gant dans le liquide séreux de la vaginale. Sa longueur va de 2 à 7 et 8 centimètres.

Il offre l'aspect d'une membrane séreuse, parfois très mince, permettant de voir par transparence les organes contenus dans son intérieur. Quelquefois il présente en certains points des épaississements plus ou moins considérables de sa paroi.

Dans le cas de Bourguet, le sac, très mince à sa partie inférieure, était au contraire très épais et sillonné de grosses veines à sa partie supérieure au niveau de son insertion à la vaginale. Il en était un peu de même dans notre cas. Le sac très mince, séreux et transparent dans sa moitié inférieure était à sa partie supérieure blanchâtre, opaque, assez épais et sillonné par quelques veines et par des tractus d'apparence cicatricielle. La partie inguinale du sac ne présentait rien de particulier.

Le *contenu du sac* est le plus souvent de l'intestin, et les premiers exemples de cette variété de hernie ont été observés à l'occasion de kélotomies par étranglement. Mais on peut y trouver aussi uniquement de l'épiploon comme dans un cas de M. Berger. Dans le nôtre, il contenait à la partie supérieure un bouchon épiploïque adhérent au collet et obturant la lumière du trajet herniaire. La partie libre du sac était distendue par une certaine quantité de liquide séreux. Quelquefois enfin le sac est vide (Michaux, Phocas). Un point qui a fixé l'attention des observateurs est la coexistence d'une hydrocèle. Le liquide ne présente rien de particulier. Il est séreux, et en général assez abondant. La vaginale ne communique pas avec l'intérieur du sac. Ce qui est plus important à noter, c'est la forme de cette vaginale distendue par le liquide. Dans la majorité des observations, il est dit que sa cavité se prolonge par en haut jusqu'à l'orifice inguinal superficiel, ou même dans le trajet inguinal (Cooper, Bourguet) et jusqu'à l'orifice interne (Bergeer). Cependant il est des cas où cette vaginale ne se prolonge pas plus haut que normalement, et le nôtre en est un exemple. La vaginale était distendue par le liquide, mais ne remontait pas au delà de ses limites habituelles. Le testicule était en bas et en arrière comme presque toujours en pareil cas.

Dans une deuxième variété de hernie enkystée de la vaginale, le sac ne devient plus libre dans toute son étendue, du sommet de la cavité dans son intérieur. Il est situé en dedans de la vaginale, sur sa paroi interne, qu'il fait tomber plus ou moins fortement et à laquelle il tient par une étendue variable de sa circonférence. La hernie peut se présenter, comme dans un cas de Dupuytren, sous forme d'une petite tumeur arrondie du volume d'une noisette et la palpation des bourses permit de sentir derrière l'hydrocèle ouverte et vidée une tumeur cylindrique qui se dirigeait vers l'anneau et s'y engageait. Plus souvent la hernie se présente sous la forme d'une tumeur cylindroïde dirigée verticalement et soulevant la paroi postérieure de la poche. La saillie qu'elle fait dans la vaginale est variable. Dans un cas de Gérard-Marchant (1), la vaginale enveloppait les deux tiers de la circonférence du sac qui ne lui était attaché que par une bande postérieure longitudinale. Dans un autre de M. Berger (2), la vaginale entourait la hernie sur les trois quarts de sa circonférence. D'ordinaire cette saillie est moindre, et ne dépasse pas la moitié ou le tiers de la circonférence du sac. La paroi qui sépare le sac de la cavité vaginale est plus ou moins épaisse. Ce peut être une mince couche conjonctive avec un revêtement séreux des deux côtés ou au contraire une paroi assez épaisse dans laquelle on retrouve adossées plus ou moins directement la paroi de la vaginale et celle du sac. Dans de rares cas, une perforation faisait communiquer le contenu du sac avec la cavité de la vaginale (Dupuytren, Berger).

La *pathogénie* des hernies enkystées a été assez discutée. A. Cooper, dès le début, en avait donné une explication qui semble vraie pour bon nombre de cas, tout au moins. Pour lui, le canal vagino-péritonéal s'étant formé au niveau de l'anneau inguinal et restant ouvert au-dessus, l'intestin s'y engageait et, venant faire effort sur le point où s'étaient établies les adhérences, les allongeait de manière à déterminer la formation d'un sac séreux qui par une sorte d'invagination venait proéminer dans la cavité de la vaginale restée béante au-dessous.

Bourguet, reprenant les observations de Cooper, combattit sa théorie et admit qu'il s'agissait presque toujours de hernies acquises. Le sac formé aux dépens de la séreuse péritonéale descendait dans le canal inguinal et y rencontrait la vaginale testiculaire présentant des dimensions plus considérables que de coutume et remontant presque dans l'intérieur du canal. Il la refoulait, s'y invaginait et venait proéminer dans sa cavité en descendant presque dans les bourses. Aujourd'hui ces deux explications peuvent être admises, mais avec une fréquence différente. Quelquefois la hernie peut être acquise. Dans ce cas, elle appartient non pas à la première variété décrite par Cooper où le sac enkysté est libre dans la vaginale, mais à la deuxième variété où il se trouve situé en arrière de la vaginale, faisant saillie sur sa paroi postérieure. C'est ce qui ressort d'une observation de Cooper où il est dit que la vaginale communiquait encore avec le péritoine, tandis que la hernie située derrière le cordon refoulait en avant la paroi postérieure de la vaginale. Il peut se faire, comme l'avait déjà remarqué Dupuytren, qu'il y ait coexistence d'une hernie acquise et d'une hydrocèle. La hernie glisse et descend alors en arrière de l'hydrocèle. La vaginale et le sac sont appliqués immédiatement l'un contre l'autre et on conçoit que, par suite des efforts la hernie puisse venir proéminer dans la cavité de la vaginale en soulevant sa paroi postérieure. Mais ce mécanisme est de beaucoup le moins fréquent et lorsqu'on se trouve en présence d'une disposition telle que le sac herniaire est entouré par la vaginale sur les deux tiers ou les trois tiers de sa circonférence, et à plus forte raison lorsqu'il descend librement dans la cavité de la vaginale, on est en droit d'admettre qu'il s'agit d'une disposition congénitale. Souvent d'autres constatations permettent encore d'affirmer la congénitalité de la hernie. C'est ainsi que chez le malade de Gérard-Marchant, opéré à 55 ans, le testicule du même côté était resté ectopié jusqu'à l'âge de 37 ans. Chez les petits malades de Michaux et de Phocas, le sac herniaire était inclus

(1) Gérard-Marchant. *Rev. d'orthop.*, 1895, p. 243.

(2) Berger. Observ. in Th. de Duret, 1883.

non dans la cavité de la vaginale, mais dans une hydrocèle enkystée du cordon. L'aspect du sac et le jeune âge des malades indiquent encore l'origine de la hernie. Même chez l'adulte, la structure du sac et ses rapports avec les organes voisins peuvent permettre la même affirmation.

Chez notre malade, la minceur du sac, sa situation au milieu des éléments du cordon dans le trajet inguinal ne laissaient pas de doute sur l'origine congénitale de la hernie. Malheureusement, dans bon nombre d'observations surtout anciennes, des constatations précises à ce sujet font défaut. Quoi qu'il en soit, presque toujours, comme l'avait déjà vu Cooper, cette hernie est congénitale. Le canal vagino-péritonéal s'est oblitéré en un seul point de son étendue, tantôt vers la partie supérieure des bourses, tantôt au niveau de l'orifice inguinal superficiel ou dans le trajet inguinal ou à l'orifice profond. La cloison peut être très mince. D'un côté se trouve l'infundibulum ou le trajet séreux en communication avec le péritoine, de l'autre la cavité vaginale distendue par du liquide et remontant plus ou moins haut, selon l'endroit où s'est fait le cloisonnement. La hernie venant presser sur cette membrane la distend, la refoule, l'invagine dans la cavité située au-dessous d'elle. Si le cloisonnement s'est fait à la racine des bourses, on aura une hernie enkystée de la vaginale. S'il s'est fait profondément dans le trajet inguinal, on pourra avoir une hernie formée aux dépens de la partie supérieure du canal vagino-péritonéal, invaginé dans sa portion inférieure, comme M. Berger en a rapporté un bel exemple (1). Dans ce cas, le sac invaginé présentait à sa partie inférieure un petit orifice circulaire de 5 à 6 millimètres de diamètre, à contours fibreux et résistants, par lequel faisait issue un petit bouchon épiploïque réuni par d'anciennes adhérences aux bords de cet orifice. Il est probable qu'il s'agissait là d'une de ces cloisons incomplètes en forme de diaphragme si fréquentes dans le sac des hernies congénitales, qui aura été refoulée par la hernie, donnant ainsi un sac enkysté, en même temps qu'une frange épiploïque faisait issue par l'orifice central.

Un fait a frappé les chirurgiens qui ont observé cette variété de hernie. C'est la présence, pour ainsi dire constante, d'un épanchement plus ou moins abondant dans la vaginale. Pour certains auteurs (Dupuytren, Berger (2), l'hydrocèle préexistante est une condition essentielle pour que la hernie se produise. Sans doute c'est là une condition favorable. La hernie, sortant par le trajet séreux préformé et rencontrant la vaginale distendue, viendra sous l'influence des efforts déprimer sa paroi et s'invaginer. De même une hernie située en arrière de l'hydrocèle viendra proéminer dans la cavité de la vaginale en refoulant la paroi postérieure. Cependant cette préexistence d'une hydrocèle n'est pas indispensable. Dans une observation de M. Berger (3), il est noté que la vaginale ne contient pas de liquide. De même dans un cas de Gérard-Marchant (4). Dans notre cas, il y avait, il est vrai, de l'hydrocèle, mais elle est de beaucoup postérieure à l'apparition de la hernie. Le malade, interrogé avec soin à cet égard, était très affirmatif. La hernie datait d'un an et demi. Elle était réductible et il n'y avait pas d'hydrocèle. C'est seulement trois à quatre jours avant l'entrée du malade que la hernie était devenue irréductible; très rapidement alors en l'espace de un à deux jours il s'était produit un épanchement séreux remplissant le sac enkysté et la vaginale. Peut-être la gêne de circulation due à ce bouchon épiploïque devenu rapidement adhérent au collet du sac peut-elle être invoquée comme cause de cette exsudation séreuse. Dans les observations analogues à la nôtre, on n'a guère recherché si l'hydrocèle préexistait à la hernie ou lui était consécutive.

Dans notre cas comme dans les autres observations la nature exacte de la hernie avait été méconnue avant l'opération. On s'attendait à trouver une hernie congénitale testiculaire contenant l'épiploon adhérent et compliquée d'hydrocèle. Ce fait montre donc que, chaque fois qu'on note la coexistence d'une hernie et d'une hydrocèle vaginale ou d'une hydrocèle enkystée du cordon, il faut songer à la possibilité d'un sac herniaire enkysté.

Au moment de l'opération, la hernie est en général facilement reconnue. Les anciens chirurgiens qui, au temps de Cooper et de Bourguet, opéraient pour étranglement des hernies de cette variété, furent surpris par cette disposition anormale. Il n'est donc pas étonnant que dans quelques cas la cause de l'étranglement ait été méconnue. Aujourd'hui on a rencontré un certain nombre de fois cette hernie au cours d'opérations de cure radicale. Elle est alors plus facile à reconnaître qu'à l'état d'étranglement. Elle est aussi mieux connue qu'autrefois. Après avoir ouvert la poche distendue par le liquide, on constatera qu'on se trouve dans la cavité vaginale contenant le testicule et se prolongeant plus ou moins haut, parfois jusque dans le canal inguinal, mais en tous cas ne communiquant pas avec le péritoine. Dans cette cavité on trouvera, au lieu de l'intestin, un sac herniaire tantôt libre, appendu à la partie supérieure de la cavité, tantôt faisant saillie sur la paroi postérieure sous forme de cylindre dirigé verticalement.

L'opération ne présente avec les cas ordinaires que des modifications de détail. Le mieux est, sitôt la disposition anormale reconnue, après l'incision de la vaginale, de se porter assez haut dans le canal inguinal en fendant sa paroi antérieure. On aura plus de chances de trouver là un sac herniaire présentant son aspect et sa situation habituelles. On l'isolera et on le reséquera comme d'ordinaire aussi haut que possible et on continuera en faisant de haut en bas l'extirpation rétrograde du bout inférieur saillant dans la vaginale. On terminera l'opération par la reconstitution du trajet inguinal et par la suture de la brèche laissée dans la vaginale après l'extirpation du sac enkysté.

En finissant, faisons remarquer que ce n'est pas seulement chez l'homme que l'on a observé cette variété de hernie. M. Berger (1) en a rencontré une tout à fait analogue chez la femme. Il s'agissait d'un kyste du canal de Nück étendu depuis la partie supérieure de la grande lèvre jusqu'à la partie supérieure du canal inguinal et dans lequel faisait saillie librement un sac herniaire renfermant de l'épiploon. La cavité séreuse de la grande lèvre ne contenait pas de liquide. De son côté, Terrillon (2) a rapporté deux cas semblables.

(1) Berger. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1893, p. 787.
(2) Berger. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, 2e édit., t. VI, p. 654.
(3) Berger. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 654.
(4) Gérard-Marchant. Loc. cit., p. 245.

(1) Berger. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 651.
(2) Terrillon. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 671.

## TRAITEMENT DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE PAR LES ASPIRATIONS LARYNGÉES (1)

Par M. le docteur S. Leduc, professeur à l'École de médecine de Nantes.

J'ai décrit, l'année dernière, au Congrès de Moscou, un procédé d'*aspiration* laryngée qui permet aux malades d'introduire dans les voies respiratoires les poudres médicamenteuses, sans l'emploi du laryngoscope, sans le concours du médecin, aussi fréquemment qu'il convient de le prescrire, et cela avec une perfection et une sûreté parfaites; la poudre entraînée par le courant d'air aspiré recouvre la muqueuse du larynx, les cordes vocales et la trachée, d'une couche uniforme, comme si elle avait été répandue avec un tamis, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en pratiquant l'examen laryngoscopique après une aspiration. Seules les parties externes des cordes vocales, qui pendant l'aspiration se trouvent dans l'abduction, ne sont pas recouvertes.

Le seul instrument nécessaire est un tube de verre de six millimètres environ de diamètre intérieur, de vingt à vingt-cinq centimètres de longueur, ayant, à l'une de ses extrémités, une crosse d'un centimètre de longueur, et faisant environ un angle de 100 degrés avec le corps du tube; à quatre centimètres de l'autre extrémité se trouve une courbure d'environ 145 degrés.

Pour se servir de ce tube, on répand sur une surface propre la poudre à aspirer, le malade introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pharynx, la crosse en bas; il applique l'autre extrémité sur la poudre et aspire; la poudre, entraînée par le courant d'air, pénètre profondément dans les voies respiratoires et, si l'opération est bien faite, ne se répand ni dans la bouche ni dans le pharynx.

Nous avons continué à employer cette méthode et nous avons obtenu avec elle, surtout dans le cas de laryngite tuberculeuse, des résultats tels, que nous nous sommes reprochés de n'avoir pas assez insisté, dans notre communication de Moscou, sur son efficacité.

Nous pouvons affirmer aujourd'hui que ce traitement guérit régulièrement les laryngites tuberculeuses et les laryngites les plus graves; nous l'avons appliqué à des malades ayant des laryngites tuberculeuses depuis plusieurs mois, complètement aphones, avec dysphagie des plus pénibles, dyspnée intense constituant un danger immédiat, les replis aryténo-épiglottiques œdématiés de façon à ne laisser qu'une fente très étroite au passage de l'air; nous l'avons appliqué à des larynx ulcérés et, dans tous les cas, nous avons eu une amélioration rapide. Souvent, presque toujours, l'amélioration est presque immédiate; dans une semaine la dyspnée disparaît, la voix revient et les malades peuvent s'alimenter.

Nous considérions autrefois la laryngite tuberculeuse comme une des localisations les plus graves de la tuberculose, comme une des plus désespérantes au point de vue des résultats thérapeutiques. Depuis que nous employons la méthode décrite dans cette note nous considérons la laryngite tuberculeuse comme la manifestation la plus facile à guérir de la tuberculose.

Nous n'employons comme médicament que le di-iodoforme en poudre impalpable, quatre à huit aspirations par jour suivant les cas. Lorsqu'il existe de la douleur, nous ajoutons au di-iodoforme un peu de chlorhydrate de cocaïne ou un peu de chlorhydrate de cocaïne et de morphine, et nous prescrivons :

| | |
|---|---|
| Di-iodoforme | 8 grammes. |
| Chlorhydrate cocaïne | 8 centigr. |

en poudre impalpable deux à six aspirations par jour.

Ou bien :

| | |
|---|---|
| Di-iodoforme | 8 grammes. |
| Chlorhydrate cocaïne | 8 centigr. |
| Chlorhydrate morphine | 4 — |

en poudre palpable.

Nous avons essayé beaucoup d'autres poudres, en particulier l'orthoforme, mais les résultats ont été beaucoup moins satisfaisants qu'avec le di-iodoforme. C'est une chose remarquable que l'iodoforme, qui convient au pansement des tuberculoses locales, ne semble pas convenir au larynx; nous avons observé plusieurs cas d'intolérance, se manifestant par une laryngite aiguë, chez des malades pour lesquels le pharmacien avait cru pouvoir substituer l'iodoforme au di-iodoforme.

Depuis notre communication de Moscou, nous avons soumis à ce traitement vingt-cinq malades atteints de laryngite tuberculeuse, tous se sont guéris de leur laryngite. Ceux qui ont succombé sont morts par suite des progrès de la tuberculose pulmonaire, mais après la disparition des symptômes laryngés.

(1) Communication au Congrès de Nantes.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de la rougeole.

Le traitement de la rougeole est fait dans le service du professeur Grancher, d'après les renseignements que nous fournit M. Vallat (thèse de Paris, 1897), de la façon suivante :

La rougeole étant diagnostiquée ou même soupçonnée, on fait prendre à l'enfant un bain savonneux et ensuite un bain de sublimé au 15000e, de façon à réaliser autant que possible l'antisepsie de la peau; en même temps, on panse chirurgicalement toute plaie et toute dermatose. L'antisepsie des voies respiratoires supérieures est obtenue par les instillations d'huile mentholée au 50e dans chaque narine.

Pour assurer dans la mesure du possible l'antisepsie du tube digestif, on administre dès le début de la maladie un purgatif salin, et si à la suite il se produit de la constipation, on fait un lavage de l'intestin à l'eau bouillie.

Pour éviter la bronchite et les broncho-pneumonies, on baigne systématiquement tous les rougeoleux suivant les règles indiquées par M. Renaut (de Lyon). On procède exactement comme dans la méthode de Brand. Toutes les trois heures, nuit et jour, on prend la température rectale. Si le thermomètre atteint 39 degrés, on donne à l'enfant un bain à 38 degrés, et on l'y laisse huit à dix minutes environ. On entoure sa tête d'un mouchoir plié et si le petit malade semble se congestionner, on arrose le vertex pendant toute la durée du bain avec un filet d'eau à la température de la chambre. S'il s'agit d'un enfant de deux à trois ans, on lui donne vers le milieu du bain un peu de champagne ou de cognac et d'eau. Puis on l'enlève, on le sèche rapidement avec des linges chauds et on le recouche. Plus ou moins rapidement, parfois après le troisième ou le quatrième bain, la fièvre tombe et ne remonte plus. D'autres fois, la lutte dure plus longtemps, trois, quatre ou cinq jours.

Si malgré les bains le catarrhe bronchique s'accentue et surtout si une bronchite se déclare, on donne une potion à l'infusion d'ipéca (30 à 80 centigrammes, suivant l'âge de l'enfant). Il est bon d'y ajouter une petite quantité d'opium pour calmer les efforts de toux.

Dans les cas où le malade est abattu, on donne une potion à l'acétate d'ammoniaque, auquel on ajoute une petite quantité de benzoate de soude. (*Rev. des mal. de l'enf.*)

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Chirurgie du poumon** (1), par le docteur TUFFIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Le livre que vient d'écrire M. Tuffier se trouve en ce moment le seul ouvrage complet sur une question d'actualité chirurgicale de la plus grande importance. Il n'existe aucun traité de ce genre ni en France, ni à l'étranger. Condensé en 180 pages, il se divise en deux parties : l'une qui a trait à la technique opératoire dans la chirurgie pulmonaire (thoracotomie, traversée pleurale, pneumotomie, résection du poumon), l'autre qui traite de la conduite à tenir dans chacune des maladies du poumon. La première partie est indispensable à tous ceux qui veulent être au courant de ces opérations ou les pratiquer. La seconde s'adresse en même temps au médecin en traitant des indications opératoires et des résultats thérapeutiques (plaies de poitrine, tumeurs, abcès, kystes, dilatations bronchiques, tuberculose, gangrène) obtenus jusqu'à ces jours par l'ensemble de toutes les opérations pratiquées dans tous les pays et dont de nombreux tableaux donnent les observations et leurs indications bibliographiques.

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

### 2e session, Marseille, 8 octobre 1898.

LISTE DES QUESTIONS INSCRITES

**GYNÉCOLOGIE.** — Dr FRANÇOIS. Oblitération du col et grossesse.

Dr JONNESCO. De la castration abdominale totale dans les affections septiques utéro-annexielles. — Du traitement opératoire des déviations utérines et des lésions annexielles qui les accompagnent. — Nouveau procédé de la suture en étages de la paroi abdominale sans fils perdus.

Dr DELAGÉNIÈRE. Nouvelle technique rationnelle pour l'hystérectomie dans le cancer du col.

Dr VIDAL-PUCHALS. Contribution au traitement topique des endométrites par le salicylate de méthyle (essence de Wintergreen).

Dr Albert MARTIN. De l'enseignement de la gynécologie dans les écoles préparatoires de médecine.

Dr DEMONS. Sur les fistules de l'uretère, après l'hystérectomie vaginale. — Sur le cancer secondaire de l'ombilic.

Dr RICHELOT. Rétrodéviation utérine et vaginofixation.

Dr MAZET. Iritis métritique.

Dr BELIN. De l'hystérectomie sphinctérienne ou opération de Defontaine.

Dr VERDELET. Les accidents qui surviennent du côté de l'intestin au cours de l'hystérectomie.

Dr LERICHE. Affections utérines et bicyclette.

Dr REBOUL. Sur les grossesses extra-utérines. — Kyste dermoïde du bassin à évolution anormale.

Dr SCHMELTZ. De la compression temporaire intra-abdominale de l'aorte pendant les opérations abdominales. — Des vases à fermeture hydraulique pour la conservation des objets de pansement; présentation de vases.

Dr PLATON. Du massage gynécologique. — De l'eau chaude en gynécologie, — Du vaginisme. — De la valeur des injections de spermine de cobaye chez les cancéreuses.

Dr DE BELLY. Traitement thermal de Gréoulx dans les maladies utéro-annexielles.

Dr CALDERINI. Fistule uretéro-utérine, guérie par l'implantation de l'uretère dans la vessie au moyen du bouton du docteur Boari.

Dr MANGIN. Action de la ligature des artères utérines dans les hémorragies utérines. — Emploi des courants de haute fréquence en gynécologie.

**OBSTÉTRIQUE.** — Dr VINAY. De la pyélonéphrite de la grossesse. — Du diabète insipide chez les femmes enceintes.

Dr SEDAN. De la désinfection en matière d'obstétrique.

Dr DELORE. Recherches sur l'anatomie du placenta à terme. — Des modifications que le thrombus blanc imprime à la structure du placenta.

Dr VARNIER. État de la symphyse pubienne après plusieurs symphyséotomies (étude anatomique et radiographique).

Dr Albert MARTIN. Présentation du front; — Application clinique du préhenseur-levier-mensurateur de Farabeuf.

Dr QUEIREL. De la résistance du cordon ombilical (étude expérimentale). — De l'accouchement prématuré spontané.

Mlle MOUREN. De l'emploi du sérum artificiel chez le nouveau-né.

Dr BELIN. Rupture de la ligne blanche, suivie d'éventration accidentellement produite par l'expression utérine chez une primipare; cure radicale par la laparotomie; guérison. — Huit observations de symphyséotomie; guérison.

Dr MURET. Du diagnostic de quelques anomalies de la grossesse.

Dr PLATON. Utérus double, avec grossesse.

Dr BENET. Présentation du front.

**PÆDIATRIE.** — Dr CHAUMIER. Du rachitisme.

Dr JONNESCO. De la réduction en une seule séance des gibbosités pottiques.

Drs HAUSALTER et THIRY. Sur les diplégies de l'enfance.

Dr HOFFA. De la scoliose.

Dr VIDAL-SOLARÈS. Des injections hypodermiques de sérum physiologique de cheval dans la chorée.

Dr Albert MARTIN. De l'entérocèle vaginale postérieure.

Dr REBOUL. Des hernies abdominales congénitales. — Traitement du pied bot paralytique.

Dr THOMAS. Ozène et électrolyse cuprique chez l'enfant.

Dr MAYET. Du protargol dans la thérapeutique des ophtalmies purulentes de l'enfance et du nouveau-né.

Dr JACQUES. De l'intubation du larynx dans la clientèle privée.

Dr POGGI. Des associations microbiennes dans la diphtérie. — De la contagion des maladies en général et de la variole en particulier, chez l'enfant.

Dr PLATON. Étude de divers monstres, nés à la clinique obstétricale de Marseille.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 août 1898, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Debove, médecin à l'hôpital Beaujon, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine (chevalier du 12 juillet 1886); — Peyrot, chirurgien à l'hôpital Lariboisière, professeur agrégé à

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

la Faculté de médecine (chevalier du 12 juillet 1886); — Segond, chirurgien à la Salpêtrière (chevalier du 12 juillet 1886).

*Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Déjerine, médecin chef de service à la Salpêtrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine; — Giraudeau, médecin à l'hôpital Tenon; — Haillot, médecin à Paris; — Valude, directeur du laboratoire de l'hospice des Quinze-Vingts; — Bernard, membre du Conseil général de la Haute-Marne, maire de Voisey; — Bonnet, membre du Conseil général de la Marne, maire de Vertus; — Pillet, médecin de l'hôpital de Niort; — Tauchon, médecin en chef de l'hospice général de Valenciennes.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le prix Étienne Falcouz (1000 francs) a été décerné à MM. les docteurs Paul Courmont et Nicolas.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Léon Perrin est chargé du cours de dermatologie et de syphiligraphie à ladite École.

— M. le médecin en chef Balbaud, actuellement à Cherbourg, est désigné pour faire partie de l'état-major général de M. le vice-amiral Sallandrouze de Lamornaix, nommé au commandement en chef de l'escadre du Nord.

— En qualité de médecin de division, M. le médecin de première classe Castagné, actuellement à Cherbourg, est désigné pour faire partie de l'état-major de M. le capitaine de vaisseau Reculoux, nommé au commandement de la division navale de la Cochinchine.

— En vertu d'un legs fait par feu Mme Allory, il est fondé à l'École de plein exercice de médecine de Nantes un prix triennal portant le nom du docteur Allory-Gillois.

Ce prix consiste en une médaille d'or qui sera décernée à l'auteur du meilleur travail sur la « Phtisie pulmonaire », tous les trois ans, à partir de l'année 1896.

Conditions du concours. — Les mémoires manuscrits et écrits en français ne seront pas signés : ils porteront une devise reproduite sur une enveloppe annexée au mémoire et dans laquelle seront mentionnés les noms et qualités de l'auteur.

Les travaux présentés pour ce concours devront être remis au secrétariat de l'École de médecine de Nantes, avant le 30 juin 1899.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Noir (de Chantelle), Thomas (du Dorat), Zancarol (d'Alexandrie), Zenker (de Munich).

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Des principales complications septiques des otites moyennes suppurées et de leur traitement,** par le docteur A. Mignon, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Grand in-8°, avec 101 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

**Traité de l'exploration manuelle des organes digestifs,** par le docteur Léon Vincent, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Un vol, gr. in-8° de 320 p. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

**Étude clinique du dynamisme psychique,** par le docteur Henri Aimé. Un vol. in-8° de 256 p. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

**Le médecin et les merveilles de la médecine contemporaine,** par le docteur Décugis, médecin principal de la marine en retraite. In-12. — Prix : 4 francs. — Paris, Société scientifique.

**Recherches sur la structure de la rate,** par le docteur N.-C. Paulesco. Un vol. in-8° de 80 p. avec 7 fig. dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 99. — JEUDI 1er SEPTEMBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 1er SEPTEMBRE 1898. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

| | | | |
|---|---|---|---|
| FRANCE....... | 3 mois : 8 fr. 50. | — 6 mois : 16 fr. | — 1 an : 30 fr. |
| UNION POSTALE. | 3 mois : 10 fr. ». | — 6 mois : 18 fr. | — 1 an : 35 fr. |

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore un semblant de séance hier à l'Académie ! M. Cadet de Gassicourt a fait un rapport sur un mémoire présenté par le docteur Ballenghien (de Roubaix) en faveur du tubage laryngé dans le croup.

Nos lecteurs connaissent les mérites comparés du tubage et de la trachéotomie. Plusieurs articles, une Revue générale, ont été consacrés à cette intéressante question. Le tubage, né en France et préconisé par Bouchut, ne fut accepté que lorsqu'il nous est revenu importé d'Amérique. M. Ballenghien ne méconnaît pas les inconvénients du tubage laryngé dans la pratique courante : le tube peut être expulsé par des quintes de toux, et l'asphyxie réapparaître aussitôt. Il y a donc nécessité absolue d'avoir près de l'enfant une garde intelligente et de sang-froid ; le médecin doit se tenir toute la journée à la disposition de son petit malade et renouveler ses visites toutes les trois heures au moins. Aussi le rapporteur conclut-il, non sans raison, que le tubage n'est guère praticable en dehors des milieux hospitaliers, ou en dehors d'une surveillance médicale permanente.

### ACTINOMYCOSE PRIMITIVE DE LA CONJONCTIVE ET DES VOIES LACRYMALES

Par J. SABRAZÈS, agrégé de médecine, et E. ULRY, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Bordeaux.

L'actinomycose de la conjonctive et des voies lacrymales ne doit pas être confondue avec l'actinomycose des paupières propagée au revêtement muqueux du globe oculaire : la première débute par la muqueuse, elle est primitive ; l'autre est intra-dermique ou sous-cutanée et succède à un foyer bucco-facial éteint ou non. Elle doit aussi être distinguée de l'actinomycose intra-orbitaire secondaire avec invasion ultérieure de la conjonctive.

ACTINOMYCOSE PRIMITIVE DE LA CONJONCTIVE. — Ces lésions conjonctivales revêtent deux formes, suivant que le processus actinomycosique est superficiel ou profond. La forme *superficielle* a été décrite par Fuchs (1) qui rapporte quatre cas où des colonies d'actinomyces s'étaient développées à la surface de la conjonctive sous l'aspect d'amas d'un blanc jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle, les uns s'enlevant facilement et sans laisser de traces, les autres adhérant intimement à la muqueuse. Autour de ces amas, on voyait des taches de teinte louche à la superficie de la conjonctive qui était médiocrement hyperémiée. Dans un de ces cas il existait beaucoup de grains jaunes ; dans les autres on en comptait un à trois seulement. — Gruber (de Vienne) en a retiré par la culture l'actinomyces.

La forme *parenchymateuse* a été étudiée par de Vincentiis [de Naples (2)] : un malade présentait sur la conjonctive bulbaire une zone d'infiltration surmontée d'un petite papulo-vésicule. On crut à un cysticerque ; mais dans le contenu de cette lésion on trouva des grains d'actinomycose. Vincentiis suppose que le champignon obstruait les lymphatiques en ce point. On attribue à tort à Cazalis (3) un cas de conjonctivite granuleuse à streptothrix ; en ensemençant les sécrétions conjonctivales, en outre de nombreux microbes, un streptothrix s'est developpé ; mais l'auteur, dans l'énumération qu'il fait des micro-organismes vus par l'examen direct des sécrétions ne mentionne pas de formes filamenteuses ramifiées. Le fait de cultiver un streptothrix dans ces conditions ne permet nullement de rapporter l'affection conjonctivale du malade à une infection à streptothrix.

En janvier 1897 un cas de conjonctivite causé par un champignon a été observé à la Clinique Ophtalmologique de Moscou et relaté par M. Berestneff (4). L'affection avait débuté trois ou quatre semaines auparavant par de l'œdème des paupières ; puis douze à quinze nodules avaient apparu sur la conjonctive ; ces nodules, de la grosseur d'un petit grain, étaient suppurés et ulcérés ; leur incision suivie d'un lavage au sublimé amena une prompte guérison. Mme Kostalokov obtint des cultures de l'actinomyces rencontré dans ces petits foyers purulents.

Nous avons nous-mêmes examiné au Laboratoire des

(1) FUCHS. Ueber Pilzrazen auf der Bindehaut (Bericht ueber die XXV *Versamlung der ophtalmol. Gesellschaft*, Heidelberg 1896, Wiesbaden 1897, s. 173.

(2) CARLO DI VINCENTIIS. *Lavori della Clinica Oculistica di Napoli*, V, III, p. 325

(3) CAZALIS. Th. de Montpellier, 1896.

(4) BERESTNEFF. *L'actinomycose et ses agents*, Th. de Moscou, 1897.

Cliniques le pus provenant d'un malade du service de M. le professeur Piéchaud atteint de conjonctivite purulente; dans ce pus nous avons constaté la présence de chaînettes streptococciques associées à un mycélium grêle, onduleux, ramifié, dépourvu de massues.

M. Thiry nous a récemment envoyé de Nancy des cultures d'un cas de conjonctivite provoqué par un de ces micro-organismes ramifiés.

L'actinomycose de la conjonctive emprunte le masque des conjonctivites pseudo-membraneuse purulente, granuleuse, voire même de la cysticercose; c'est dire qu'il faut, pour la dépister, non seulement la soupçonner, mais encore recourir à l'examen microscopique avec ou sans coloration; sans le secours du microscope le diagnostic est impossible même quand il existe des grains. Le traitement consiste dans le nettoyage de la conjonctive suivi de lavages antiseptiques.

Nous avons essayé de reproduire expérimentalement des conjonctivites chez le cobaye et le lapin à l'aide de quelques-uns de ces champignons. Nous nous sommes servis de cultures sur gélose glycérinée ou sur pomme de terre : 1° d'un streptothrix isolé de la pulpe vaccinale (1); 2° du streptothrix de M. Thiry; 3° du farcin du bœuf; 4° d'actinomycose bovine; 5° d'un streptothrix provenant de l'Institut Pasteur; 6° d'un streptothrix trouvé dans les eaux d'Evreux. Une parcelle de la culture, de la grosseur d'un grain de blé, était recueillie à l'aide d'un fil de platine stérilisé, déposée dans le cul-de-sac conjonctival supérieur et répandue sur toute l'étendue de la muqueuse à l'aide d'un massage à travers les paupières.

Les résultats ont tous été négatifs; mais, dans un cas, il s'est développé une conjonctivite purulente due à une infection secondaire streptococcique.

Actinomycose primitive des voies lacrymales. — Le champignon peut envahir le cul-de-sac conjonctival et pénétrer dans les voies lacrymales. C'est le plus souvent par le point lacrymal inférieur que se fait la pénétration : on voit alors survenir sur la paupière inférieure une petite tuméfaction sous-muqueuse, indolente, ressemblant à un chalazion. Comme le champignon obstrue le canalicule lacrymal, il en résulte du larmoiement et souvent une sécrétion muco-purulente contenant des sortes de grains ou concrétions.

En 1869, de Grœfe (2), — qui, dès l'année 1854, avait vu des concrétions de cet ordre, — a donné lui-même, après la publication de trois cas observés par Fœrster, une description de cette affection des voies lacrymales basée sur l'examen de dix malades qu'il a soigneusement étudiés. Quinze observations nouvelles ont depuis lors été réunies par Th. U. Schrœder (3) et résumées par lui dans des travaux récents auxquels nous empruntons l'historique de cette question. L'examen des concrétions incluses dans le conduit lacrymal a donné des résultats discordants. Dans les cas rapportés par de Grœfe, Cohnheim et Leber ont considéré les amas extraits du canalicule lacrymal comme formés par un leptothrix qu'ils identifiaient avec le *leptothrix buccalis*; ils faisaient remarquer toutefois que les divers éléments constitutifs des concrétions, grains, bâtonnets, filaments, étaient plus ténus, et ne se coloraient pas en brun acajou par l'iode. Dans un des cas de Fœrster (1), Waldeyer a également pris le champignon pour le leptothrix buccalis : « A un faible grossissement, l'examen révélait la présence de masses granuleuses, arrondies, d'où s'échappaient de fins filaments sinueux. A un grossissement plus fort, on voyait que les amas étaient composés de petites cellules arrondies, de microcoques en chaînettes et de formations en bâtonnets, allongées (ressemblant à des bactéries), enchevêtrées de filaments sinueux. En traitant par l'iode, on n'obtenait pas la coloration acajou. »

Schirmer (2) donne une description analogue. Narkevitch Jodko (3) prend le champignon trouvé dans les concrétions du canalicule lacrymal pour l'*Achorion Schœnleinii*. Dans le cas de Gruening (4) les filaments allongés et les bâtonnets intriqués à la façon des leptothrix se teignaient en bleu clair au contact de l'iode. Haase (5) a confirmé les descriptions de Leber et de Waldeyer et n'a pas davantage pu obtenir la réaction iodée. Camuset (6) et Del Monte (7) ont également incriminé le leptothrix, ainsi que Bugier (8) même en l'absence d'examen microscopique.

Dans le cas de Higgens (9), Nettleship et Durham virent qu'il s'agissait de fins filaments ramifiés et sinueux qui, examinés sous une couche un peu épaisse, avaient une coloration verdâtre.

La plupart de ces auteurs attribuaient donc l'occlusion du canalicule lacrymal à des touffes d'un leptothrix se différenciant du *leptothrix buccalis* par la gracilité plus grande des filaments et par l'absence de réaction acajou en présence de l'iode.

En 1874, Cohn (10), examinant une concrétion lacrymale qui lui avait été envoyée par Fœrster, y vit un micro-organisme qu'il considéra comme une bactérie filamenteuse voisine des Cladothrix et qu'il décrivit sous le nom de *Streptothrix Fœrsteri*. Ce micro-organisme était constitué par des filaments très ténus, irrégulièrement enchevêtrés, sinueux, rappelant les spirochœtes, mais n'ayant pas les tours de spire réguliers de ces derniers. Ces filaments, décomposables en petits segments, étaient très fins et souvent ramifiés. Ce caractère séparait nettement le streptothrix du *leptothrix buccalis* formé de filaments plus épais, rectilignes et absolument dépourvus de ramification. Mais Cohn n'avait pas cultivé son streptothrix. Dix ans plus tard des faits analogues étaient observés par Goldzieher (11) et par

(1) Sabrazès et Joly. Sur un nouveau streptothrix fréquemment isolé du vaccin de génisse, Soc. de biol., 1898.
(2) De Grœfe. *Græfe's Archiv*, t. I, II et IV, p. 318.
(3) Th. U. Schrœder. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1894, n° 4. — Les champignons radiés dans les canalicules lacrymaux chez l'homme, *Vratch*, 1895, n° 10.

(1) Fœrster. *Grœfe's Archiv*, t. XV, 1869, p. 318.
(2) Schirmer. *Grœfe's Archiv*, t. XV, 1869, p. 324. — *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, t. XIX, 1871, p. 248.
(3) Narkevitck-Jodko. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, t. VIII, 1870, p. 78.
(4) Gruening. *Arch. f. Augen. und Ohrenheilk.*, t. III, 1873, p. 161.
(5) Haase. *Arch. f. Augenh.*, t. VIII.
(6) Camuset. Analysé in *Centralbl. f. Augenh.*, 1882.
(7) Del Monte. Analysé *in Centralbl. f. Augenh.*, 1882, p. 438.
(8) Bugier. *Nagel's Jahresbericht*, 1874.
(9) Higgens. *Nagel's Jahresbericht*, 1879, p. 381.
(10) Cohn. Untersuchungen ueber Bacterien, *Beitr. z. Biol. d. Pflanzen*, H. III, 1875.
(11) Goldzieher. *Centralbl. f. Augenh.*, 1884, p. 33; cité par Poncet et Bérard. *Traité de l'actinomycose*, Paris 1898.

Reuss (1) qui reconnaissaient l'identité morphologique du parasite avec celui de Fœrster. En 1888, Grunhut (2) rapporta un cas semblable.

Telle était à cette époque la manière de voir des ophtalmologistes relativement aux concrétions des voies lacrymales : tout amas filamenteux provenant d'un canalicule était considéré *ipso facto* comme formé par le soi-disant *streptothrix Fœrsteri*. En réalité on donnait ce nom à des filaments ramifiés, onduleux dont l'aspect rappelait la description de Cohn. Bien plus l'étiquette de *Streptothrix Fœrsteri* fut appliquée inconsidérément à des micro-organismes répondant simplement à cette description morphologique succincte et provenant de l'air et de l'eau. On a donc désigné à tort sous la rubrique de *Streptothrix Fœrsteri* des espèces vraisemblablement différentes auxquelles eût convenu peut-être le nom générique de *Streptothrix*, mais nullement celui de *Streptothrix Fœrsteri*.

Avec Th. U. Schrœder (3) et Goulianitzky (4), l'étude des concrétions des voies lacrymales entre dans une phase nouvelle. Deux nouveaux cas soumis par ces derniers à l'examen microscopique de Westphallen fournirent en effet un résultat absolument inattendu : les concrétions contenaient des actinomyces : « A l'état frais, les grains sont formés par un enchevêtrement de fins filaments qui par leur extrémité libre vont s'irradiant ; à leur périphérie existent des tuméfactions réfringentes disposées en massue. La même structure s'observe sur des coupes de grains après inclusion dans la celloïdine et double coloration par le carmin boraté et la méthode de Gram. Par dissociation, les préparations sont encore plus démonstratives. A côté de nombreuses spores rampent des filaments très sinueux, ramifiés dichotomiquement, vivement colorés. L'image est si caractéristique et si superposable au tableau microscopique du champignon radié qu'il est impossible de ne pas reconnaître ici des grains d'actinomyces. »

La nature actinomycosique de ces lésions fut ensuite confirmée par Huth (5) et par Elschnig (6).

En 1896, Evetzky [de Moscou (7)] a publié une nouvelle observation de concrétions lacrymales produites par l'actinomyces : Il s'agissait d'une femme atteinte de larmoiement et de conjonctivite ; à l'ouverture du conduit lacrymal, on trouva un petit amas au voisinage du sac. Les préparations colorées par le procédé de Gram montrèrent la présence de spores et des filaments très fins, onduleux, parfois en spirales ou encore légèrement tuméfiés à l'extrémité. Evetzky ainsi que Elschnig n'ont pas rencontré dans leurs préparations de véritables renflements terminaux en massue. Mais on sait combien varie le nombre des expansions en massue dans les lésions actinomycosiques, chez un même sujet. Les foyers récents, résultant d'embolies, par exemple, en sont généralement dépourvus. De plus, parmi les champignons du genre actinomyces (nous adoptons ce nom de *genre*, à l'exemple de Gasperini, et de Berestneff plutôt que celui de *streptothrix*, de *cladothrix* ou d'*oospora*), il en est tels que l'*asteroides* d'Eppinger, le parasite du farcin du bœuf de Nocard qui n'en présentent jamais, *in vitro* comme *in vivo*. Il n'est donc pas étonnant que dans ces concrétions il y ait prédominance ou non des massues. La culture pourrait seule démontrer l'unicité ou la multiplicité des espèces parasitaires susceptibles de s'implanter dans les voies lacrymales.

(1) Reuss. *Wien. med. Presse*, 1884, nos 7 et 8.
(2) Grunhut. *Prag. med. Wochensch.*, 1888, no 23.
(3) Th. U. Schrœder. Loc. cit.
(4) Goulianitzky. Cité par Schrœder, loc. cit.
(5) Huth. *Centralbl. f. pract. Augenh.*, 1894, no 4.
(6) Elschnig. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, 1895, no 6.
(7) Evetzky. *Arch. d'opht.*, 1896, no 4.

A l'état normal, on trouve sur la conjonctive, comme du reste dans le monde extérieur, des germes cultivables de champignons de cet ordre. Gombert (1) a pu en isoler du cul-de-sac conjonctival, ainsi qu'il en est fait mention dans sa thèse. Ici comme dans l'actinomycose, l'agent pathogène est transporté du milieu ambiant, où il vit en saprophyte, sur nos tissus dans lesquels il devient, après adaptation, commensal ou parasite. On conçoit facilement la possibilité pour le champignon d'arriver dans le cul-de-sac conjonctival, et naturellement dans le canalicule lacrymal, le plus souvent dans le canalicule inférieur ; il y pénètre soit seul, entraîné par les larmes, soit à la faveur de corps étrangers, comme dans le cas de Goldzieher où un cil servait de support à la végétation. Généralement le champignon n'envahit pas les parois des conduits lacrymaux, mais se cantonne dans leur cavité ; parfois cependant, comme dans l'observation de Th. U. Schrœder, la muqueuse de revêtement présente une infiltration plus marquée. L'actinomyces forme alors un petit amas, de consistance molle, d'aspect grisâtre ou jaunâtre dans lequel on retrouve le mycélium et quelquefois les massues caractéristiques. Dans les cas anciens, la colonie s'encroûte de sels calcaires et se transforme en ces dacryolithes décrits par de Grœfe, Cohnheim, Leber.

Les signes cliniques sont des plus simples : le phénomène initial est le larmoiement, puis, après un temps plus ou moins long, on note une hyperémie conjonctivale surtout marquée dans la région de l'angle interne. Plus tard survient une sorte de gonflement de la paupière dans la portion qui est parcourue par le conduit lacrymal ; ce gonflement est produit par la concrétion, par l'accumulation en amont de mucosités et de débris épithéliaux, et, à la longue, par la production d'une sorte de tissu granulomateux autour de la colonie parasitaire et par l'épaississement des parois du conduit. Le point lacrymal inférieur est dès le début légèrement élargi et livre passage, lorsqu'on presse la tuméfaction, à une très petite quantité de liquide trouble. Finalement, le point lacrymal est plus dilaté et laisse apercevoir par la pression la concrétion jaunâtre, dont on constate également la présence en examinant la paupière par sa face conjonctivale. S'il survient une infection secondaire, ce qui est exceptionnel, un abcès se montre dans la région interne de la paupière, ressemblant à un orgelet ; la paroi du canalicule s'ulcère, et il s'en échappe quelques grains actinomycosiques. Le sac lacrymal est toujours indemne.

L'issue de cette singulière affection est toujours favorable ; cette bénignité est vraisemblablement due à ce que le parasite pénètre dans le canalicule par son orifice naturel et respecte ses parois. Th. U. Schrœder pense que le champignon, se trouvant là dans des conditions dysgénésiques, subit des modifications régressives et qu'il reste dès lors incapable de s'implanter dans les tissus. Les conditions empêchantes tiendraient à la présence du mucus et des larmes dont on connaît les propriétés bactéricides. La couche de mucus

(1) Gombert. Th. de Montpellier, 1889.

qui tapisse les parois du canalicule, préserverait d'autant plus les tissus sous-jacents contre l'invasion du parasite qu'il se développe bientôt une légère inflammation catarrhale. La colonie filamenteuse subirait aussi l'influence microbicide des larmes qui la baignent incessamment. Evetzky n'a pas constaté de couche muqueuse autour des amas actinomycosiques; il n'admet pas, dans le cas particulier, ce rôle antiseptique du mucus et des larmes dans lesquels on a pu du reste cultiver *in vitro* le champignon radié; il pense que l'intégrité du revêtement épithélial constitue une barrière protectrice difficilement franchie par l'actinomyces. Cependant, rien ne prouve, à notre avis, que le champignon tel qu'il vit dans les foyers actinomycosiques ait la même résistance vis-à-vis du mucus et des larmes que le champignon dégradé, adapté par la culture aux conditions de vie dans les milieux artificiels, à l'aide duquel on a expérimenté.

Le diagnostic est facile : le larmoiement, l'ensemble symptomatique décrit plus haut attirent l'attention; l'intégrité du sac lacrymal permet d'éviter la confusion avec une dacryocystite.

Le traitement consiste à débrider suivant le procédé habituel le canalicule lacrymal et à enlever les concrétions qui s'y trouvent. Parfois le champignon adhère fortement à la paroi : il est nécessaire pour le détacher de se servir d'une fine curette. La guérison survient alors en quelques jours.

---

## PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE DANS L'ENFANCE (1)

Par M. Léon Derecq (de Paris).

L'auteur, médecin en chef du dispensaire de l'Œuvre des enfants tuberculeux, à Paris, montre combien il importe, surtout aux périodes de convalescence de certaines maladies, telles que la rougeole, la coqueluche, la grippe, de veiller sur l'enfant, encore débilité et exposé, par suite, à devenir tuberculeux : « La lutte contre la tuberculose, dit l'auteur, ne peut être couronnée de succès que si elle concerne l'enfance d'abord, l'enfance qui est et doit être la pépinière entourée de tous nos soins et de nos préoccupations, puisque d'elle doivent sortir des forêts d'arbres robustes et sains. » L'auteur examine alors quelles sont les mesures prises et les mesures à prendre, dans un esprit de prophylaxie, contre la tuberculose qui menace les enfants à chaque pas qu'ils font dans les villes. Au point de vue des mesures qu'il convient de prendre, il faut avant tout, suivant l'auteur, faire sortir de l'ombre où elle se tient cachée la vérité sur la tuberculose infantile, sur son existence, sa grande fréquence, ses formes connues et méconnues, la mortalité effrayante qui lui est imputable, depuis la première enfance jusqu'aux dernières limites de l'adolescence.

Le public prévenu, instruit des risques courus par les enfants, se rendra aux raisons qui nécessitent cette seconde mesure prophylactique ainsi résumée : Les maladies aiguës communes à l'enfant, créant chez le plus grand nombre un état de réceptivité qui l'expose à l'infection par le bacille tuberculeux, les facilités les plus grandes doivent être prévues pour que les convalescents soient éloignés des villes et placés dans des conditions d'alimentation, de propreté et d'air aussi parfaites que possible. Il suffit de voir les résultats merveilleux que l'on a obtenus à l'hôpital d'Ormesson, pour se rendre compte de la valeur de la cure d'air pour des enfants même déjà atteints de la tuberculose. On devine également ce que cette mesure comporte de dangers conjurés pour les enfants de la classe pauvre.

Enfin l'auteur émet un vœu dont les termes sont ainsi énoncés : Des asiles de convalescence bien appropriés, situés dans des localités suburbaines, doivent être réclamés à l'Assistance publique, à l'effet d'y recevoir les malades sortant de ses hôpitaux et les nécessiteux convalescents soignés à domicile; ajoutons que ce vœu, dont la réalisation s'impose, a été pris en considération, puis voté par les membres du Congrès.

(1) Communication au Congrès de la tuberculose.

---

## CONTRIBUTION
### A L'ÉTUDE DE L'ARTHRITE DYSENTÉRIQUE

Par le docteur Paul Remlinger,
Médecin aide-major de première classe.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

Le pseudo-rhumatisme infectieux dysentérique s'observe généralement dans les dysentéries bénignes et au décours de la maladie. Il peut revêtir deux modalités. Il existe une forme sèche, douloureuse, poly-articulaire, fugace et une forme à hydarthrose mono-articulaire ou pauci-articulaire, à peu près indolore, mais fixe et rebelle au traitement. Ces deux formes peuvent exister associées chez un même sujet. Le genou est toujours le lieu d'élection.

Le liquide articulaire est d'autant plus riche en fibrine qu'il est plus ancien; il ne renferme aucun germe susceptible d'être mis en évidence, à l'aide de nos moyens habituels d'investigation. L'arthrite dysentérique paraît donc due soit à un parasite tout à fait spécial, impossible à isoler dans l'état actuel de nos connaissances, soit plutôt à l'action des toxines élaborées dans l'intestin, probablement par un microbe du groupe coli.

L'antipyrine réussit à atténuer les douleurs de la forme sèche. La ponction suivie de compression et d'immobilisation est le traitement de choix de la forme à hydarthrose. (*Revue de méd.*)

---

## MÉDECINE PRATIQUE

**Curieux effets de la caféine à dose thérapeutique; ralentissement anormal et persistant du pouls; surexcitation cérébrale.**

Le docteur Duchesne (d'Orbec-en-Auge) publie dans l'*Année médicale de Caen* une curieuse observation de pouls lent à la suite de l'administration de 2 grammes de caféine, en trois jours, chez un vieillard.

M[me] B..., âgée de quatre-vingt-quatre ans, est d'une bonne santé habituelle, mais présente des signes indéniables d'artério-cardio-sclérose. Le cœur est, de plus, le siège d'une insuffisance mitrale organique, caractérisée par un gros souffle au premier temps à la pointe et propagé dans l'aisselle.

Vers le 12 mai, elle commence à s'apercevoir que les chevilles des jambes sont enflées et, son état empirant, m'appelle le 16 mai : je la trouve en pleine asystolie, œdème des

membres inférieurs, urines rares, foncées, dyspnée incessante, cœur arythmique, irrégulier, à battements faibles et précipités, etc. Me défiant de l'action de la digitale sur un myocarde dégénéré, je prescris une potion contenant 2 grammes de caféine, qui fut absorbée en trois périodes de vingt-quatre heures. J'ai revu la malade le 18; les jambes étaient désenflées, la dyspnée disparue, la diurèse abondante. Je constatai que le pouls avait repris sa régularité, son ampleur et, de plus, était très lent (44 pulsations à la minute). En même temps se manifestaient quelques symptômes d'excitation cérébrale : loquacité, conceptions délirantes, etc. Ces troubles intellectuels ont duré jusqu'au 23 mai; mais le 28, jour où j'ai vu cette malade pour la dernière fois, le pouls était toujours lent et battait environ 44 fois par minute. L'état général était aussi bon qu'on peut le désirer chez un vieillard de cet âge.

Je relate ces faits parce qu'ils me semblent intéressants à deux points de vue. D'abord, l'excitation cérébrale d'une forme particulière, sur laquelle j'ai déjà appelé l'attention (séance de la Société de médecine du 1er mars 1898). Les auteurs, particulièrement Mouquet (*Traité élémentaire de thérapeutique*, t. II, p. 43) signalent la dépression de l'activité cérébrale, la lourdeur de tête, le tremblement des mains, les palpitations, les vertiges, les bourdonnements d'oreilles. Je n'ai observé rien de semblable, mais un désordre intellectuel considérable, se traduisant par un besoin d'activité de tous les modes. En second lieu, ce ralentissement du pouls qui persiste dix jours après la prise des médicaments et qui n'est pas habituel en pareil cas.

J'ai cru utile de signaler ces particularités qui sont susceptibles de s'observer chez d'autres sujets et qui, pour un esprit non prévenu, pourraient être mal interprétées.

**Traitement des coryzas,** par le docteur Gallois (de Lille).

Coryza aigu. — I. *Traitement abortif.* — Inhalation fréquente avec teinture d'iode, eau de Cologne, chloroforme ou :

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique pur | } *ââ* | 5 grammes. |
| Ammoniaque | | |
| Alcool à 90 degrés | | 10 — |
| Eau distillée | | 15 centim. c. |

Toutes les demi-heures, x gouttes sur un mouchoir. (Remède de Brand.)

Prises toutes les heures, pendant le premier jour, avec :

| | |
|---|---|
| Salol | 5 grammes. |
| Acide borique | 20 — |
| Tannin | 1 — |
| Acide salicylique | 1 — |

| | | |
|---|---|---|
| Camphre pulvérisé | } *ââ* | 2 grammes. |
| Acide borique | | |
| Poudre de belladone | | 1 — |

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne | 10 centigr. |
| Acide borique | 10 grammes. |
| Salol | 10 — |
| Menthol | 10 centigr. |

| | | |
|---|---|---|
| Sous-nitrate de bismuth | | 6 grammes. |
| Chlorhydrate de morphine | | 50 centigr. |
| Poudre de gomme | } *ââ* | 6 grammes. |
| Poudre de guimauve | | |

Mêler avec soin. (Vigier.)

Badigeonnages des fosses nasales avec liqueur de Van Swieten. (Cardone.)

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de quinine | 1 gramme. |
| Glycérine neutre | 15 — |

Contre l'irritation de l'orifice des fosses nasales, on emploie avec succès la pommade suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Sous-nitrate de bismuth | | 5 grammes. |
| Vaseline | } *ââ* | 5 — |
| Lanoline | | |

II. *Traitement palliatif.* — Doit être dirigé contre l'hyperesthésie et la sécrétion exagérée de la pituitaire, l'obstruction nasale, la céphalée et les névralgies faciales.

Pour cela user de l'action décongestive de la cocaïne : pulvérisations avec l'appareil Richardson, ou badigeonnages au pinceau dans les fosses nasales, avec :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne | 1 gramme. |
| Eau distillée | 100 centim. c. |

Usage externe.
Plusieurs fois dans la journée.

Ou si l'on n'a pas de pulvérisateur à sa disposition, faire priser la poudre suivante toutes les trois heures :

| | | |
|---|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne | | 1 grammes. |
| Sous-nitrate de bismuth | } *ââ* | 10 — |
| Sucre de lait | | |

(Lermoyez.)

Chez les sujets sensibles à la cocaïne (névropathes, cardiaques), la remplacer par le menthol.

Faire, toutes les deux heures, une injection légère avec :

| | |
|---|---|
| Menthol | 50 centigrammes. |
| Huile d'olives stérilisée | 15 centim. cubes. |

Ou un badigeonnage avec :

| | | |
|---|---|---|
| Menthol | | 25 centigr. |
| Vaseline | } *ââ* | 5 grammes. |
| Lanoline | | |

Ce qu'il ne faut pas faire : pendant la période aiguë, pas de lavages au siphon ou au bock, car ils sont pénibles et dangereux; gonflant la muqueuse par inhibition, ils augmentent l'obstruction nasale, et peuvent entraîner dans l'oreille moyenne des mucosités infectées.

Après la phase aiguë, ils peuvent être employés contre l'écoulement muco-purulent, s'il persiste. On les fait alors avec des solutions d'eau boriquée à 4 p. 100, de biborate de soude, de salicylate de soude à 1 p. 200.

Comme traitement général, bains de pieds sinapisés chauds, sinapismes sur les bras et les jambes; tisanes chaudes et abondantes; séjour dans une atmosphère chaude et humide, purgatifs. Si une névralgie du trijumeau et un léger mouvement fébrile apparaissent, faire prendre à chacun des repas :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne | 5 centigr. |
| Analgésine | 50 grammes. |

Pour un cachet. Deux par jour. (*Nord méd.*)

**De la menstruation pendant l'allaitement.**

M. Gillet, de l'Ecole de Marseille, vient de soutenir à Toulouse une thèse (mars 1898) qui bat en brèche l'opinion de la rareté de la menstruation pendant l'allaitement. Le point de départ de ce travail est une statistique de 264 cas, relevée sous la direction et dans le service de M. Léon d'Astros, et aussi dans la clientèle civile et parmi des femmes allaitant leurs propres enfants. Il est à remarquer qu'elle comprend un grand nombre de nourrices corses, italiennes et algériennes.

L'auteur a étudié non seulement cette fréquence, mais

encore l'influence sur le nourrisson du lait de la femme réglée, et il pense que cette influence n'est pas aussi nocive qu'on l'avait cru jusqu'à présent, il va même jusqu'à dire que, si la nourrice doit être réglée, l'enfant souffre tant que les règles n'ont pas apparu.

Voici du reste ses conclusions : 45 p. 100 environ des nourrices sont réglées pendant l'allaitement, et les règles paraissent d'habitude du troisième au sixième mois après l'accouchement. Les nourrices réglées sont en général d'une bonne santé, quelques-unes sont cependant d'une santé médiocre ; les nourrissons de ces dernières sont plus sujets aux accidents de la première enfance. Chez une bonne nourrice les règles sont comme à l'état normal et n'altèrent en rien l'état général. Le lait au moment des règles est plus dense, plus riche en beurre, moins riche en sucre, la diminution des sels est insignifiante. Le *lait intercalaire* est semblable à celui qui existait avant la réapparition de la fonction menstruelle.

Quant aux nourrissons, 17,9 p. 100 ont été indisposés pendant la période menstruelle. Les autres n'ont aucunement souffert.

L'auteur termine en se demandant s'il ne faudrait pas choisir, de préférence, les nourrices régulièrement menstruées, étant donné que les règles paraissent surtout chez les nourrices robustes. (*Rev. de clin. et de thérap.*)

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité clinique de l'actinomycose humaine.** — Pseudo-actinomycoses et botryomycose (1), par MM. Antonin Poncet et Léon Bérard.

Depuis la première observation d'actinomycose qu'il a publiée à Lyon en 1892, M. le professeur Poncet s'est efforcé de vulgariser, par ses recherches personnelles et par les travaux et les thèses inspirés à ses élèves, la connaissance de cette maladie qui n'était rare que parce qu'elle était mal connue. Grâce à ses efforts, les documents se sont accumulés et le *Traité de clinique de l'actinomycose humaine*, que M. Poncet vient de publier en collaboration avec son élève Bérard, arrive à son heure. Il catégorise d'une façon didactique tous ces matériaux nouveaux et comble une lacune dans l'enseignement de la chirurgie ; « il importe, ainsi que le disent les auteurs, que les médecins soient prévenus, en France comme ailleurs, de la possibilité où ils se trouvent de rencontrer l'actinomycose et qu'ils soient à même de la diagnostiquer. » Le but de ce traité est de fournir aux praticiens une source générale de renseignements cliniques qui leur permettront de faire des diagnostics nets dans des cas qu'autrefois on eût considérés comme insolubles. « Dans cet ouvrage, disent encore MM. Poncet et Bérard, nous chercherons moins à les initier aux finesses des distinctions microbiologiques entre les diverses espèces du genre Oospora, qu'à leur présenter un tableau clinique des principales formes de l'affection, sans nous dissimuler d'ailleurs que nos classifications n'ont rien de définitif et que la connaissance plus approfondie des pseudo-actinomycoses amènera sans doute les cliniciens eux-mêmes à démembrer, au profit de ces dernières, la maladie aujourd'hui connue sous le nom d'actinomycose humaine. »

Après des données générales précises sur la biologie de l'actinomycose, à la connaissance duquel ont contribué pour beaucoup les recherches de L. Dor, chef du laboratoire de M. Poncet, et sur la pathogénie et les caractères anatomiques généraux de l'affection chez l'homme, les auteurs étudient séparément l'actinomycose *cervico-faciale, thoracique, abdominale, de la peau et des membres*, de telle manière que le praticien puisse, au hasard des cas qui se présentent, se reporter immédiatement au chapitre correspondant.

A propos du diagnostic général, les pseudo-myocoses, et surtout la *botryomycose*, sont étudiées en détail, et leur description forme en quelque sorte comme de petits traités dans le grand.

Le traitement est le résumé des CXXV observations que contient l'ouvrage : le nombre et la variété de ces matériaux permet de discuter toutes les méthodes et de poser des indications précises, et les auteurs, plus que tout autre, étaient autorisés à poser ces indications, étant donné le nombre considérable de malades qu'ils ont pu suivre personnellement. C. Briau.

**Traité d'ophtalmoscopie** (1), par Étienne Rollet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Chargé depuis l'année 1895 d'un enseignement auxiliaire d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Lyon, l'auteur a dû insister sur les affections si intéressantes des membranes profondes dont il présente aujourd'hui au lecteur les signes ophtalmoscopiques.

Ce *Traité d'ophtalmoscopie*, à tendance essentiellement pratique, est destiné au clinicien et à l'étudiant. Certes les atlas d'ophtalmoscopie sont déjà nombreux, mais ils sont pour la plupart d'origine étrangère et s'adressent aux professionnels. L'auteur a cherché à combler une lacune en réunissant, sous un petit format et avec des photogravures en couleurs, trois sujets d'études étroitement liés, mais traités en général dans des ouvrages différents : l'ophtalmoscopie dans ses rapports avec l'état optique de l'œil ; la description ophtalmologique du fond d'œil normal et pathologique, l'atlas iconographique du fond de l'œil chez l'homme et chez l'animal.

**Contribution au traitement des fractures du maxillaire inférieur** (2), par le docteur Camille Leblanc, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine.

Sous ce titre modeste, l'auteur apporte un précieux appoint à cette partie de la thérapeutique chirurgicale.

Les fractures du maxillaire inférieur, surtout les fractures doubles, sont d'une contention extrêmement difficile. Innombrables sont les appareils que l'ingéniosité des chirurgiens a créés pour leur traitement. Parmi ces appareils, les uns sont simples, mais inefficaces ; les autres maintiennent la fracture réduite, mais leur construction complexe n'est point accessible au praticien.

Le docteur Leblanc a eu l'idée de se servir du maxillaire *supérieur* comme d'une attelle immuable à laquelle il suspend les fragments mobiles du maxillaire inférieur.

La méthode est simple ; elle est efficace ; son application n'exige pas l'anesthésie ; elle ne se complique d'appareils ni intra, ni extra-buccaux. Elle permettra désormais au praticien livré à ses seules ressources de traiter efficacement les fractures les plus difficiles du maxillaire inférieur.

**Les Troupes coloniales : Hygiène du Soldat sous les Tropiques** (3), par F. Burot et M.-A. Legrand, médecins de la marine.

Après avoir compté les morts et discuté les principales causes de la mortalité sur les soldats coloniaux, dans leurs

(1) In-8°, 45 figures, 4 planches en couleurs. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8°. Prix : 9 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(3) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

deux premiers volumes sur les *Troupes coloniales*, MM. Burot et Legrand devaient indiquer les moyens susceptibles de combattre les influences morbides dans nos diverses colonies. C'est l'objet de la troisième et dernière partie d'un travail déjà très apprécié. MM. Burot et Legrand ont su édifier un véritable code hygiénique, clair, précis, méthodique.

Parmi les mesures d'hygiène proposées, il en est qui dépendent de l'homme lui-même, qui doit être puissamment armé pour lutter contre le climat tropical.

Il en est d'autres qui dépendent du commandement. Jamais les chefs n'auront trop d'attention pour les questions d'hygiène coloniale, dont la connaissance leur est aussi indispensable que celle de la stratégie militaire.

C'est principalement de l'administration, plus encore des pouvoirs publics, qu'on est en droit d'attendre beaucoup d'efforts et de grands sacrifices. Toutes les questions relatives au recrutement, à l'organisation des troupes coloniales, à leur installation, à leur équipement, à leur alimentation, aux soins qu'exige leur état de santé, en paix comme en guerre, sont autant de problèmes dont la prompte solution s'impose aux représentants du pays.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 16 mars 1898, M. le docte[ur] Grangé (d'Ay) a été nommé officier d'Académie.

— Par décret, en date des 28 et 29 août 1898, ont été prom[us] dans le corps de santé de la marine pour prendre rang du 1er septembre 1898 :

*Au grade de médecin principal.* — M. le médecin de premiè[re] classe Nicolas, en remplacement de M. le docteur Guintra[c], retraité.

*Au grade de médecin de première classe.* — M. le médecin de deuxième classe Pourtal, en remplacement de M. le docteur Nicolas, promu.

*Au grade de médecin de deuxième classe.* — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe Barbe, Bellet, Cannac, Jouvenceau, Creignon, Béraud, Lassignardie, Gachet, Chauvin, L'Herminier, Michel, Chaumanet, Lepinte, Barot, Chabal, Mielvaque, Joly, Vallet, Maille.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Tas de coulons
Faut-il être Vandale pour détruire les pages d'un bouquin si précieux. C'est vrai !!



journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de ... francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numero : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Sténoses du pylore.

Par MM. A. Coyon, interne des hôpitaux, et Gaston Le[gros], interne provisoire.

On sait que la situation, les rapports et la stru[cture du pyl]ore en font un organe susceptible d'être fréquen[...] ge de sténoses.

De sa situation d'abord, il résulte qu'à l'état de [...] l'estomac il en représente le point le plus décliv[e ...] suite les caustiques ingérés sont susceptibles de [...] d'une manière toute spéciale.

En rapport plus ou moins direct avec le pancréas, [...] vésicule biliaire, il est comprimé soit par leur [...] ment pathologique, soit par leur déplacement.

De par sa structure, orifice entouré d'un anneau [...] re, il peut être sténosé par la contracture passa[gère ou] permanente de ses fibres au même titre que le sp[hincter an]al ou vésical.

Par la variété de leurs causes, par l'importance d[e leurs] symptômes, par la gravité de leur évolution, les stén[oses du py]lore ont, dans ces dernières années, suscité de [nomb]reuses études, surtout en ce qui concerne leur trai[tement ch]irurgical.

Ce sont ces causes déterminantes, ces symptôm[es, ces moy]ens de traitement que nous nous proposons d'[étudier] successivement.

I

*Causes.* — Les causes des sténoses sont multiples, [...] considérer plusieurs variétés.

Certaines sont admises sans conteste; d'autres so[nt ...] ulées, nous reporterons l'étude de ces dernières à la [fin de c]et exposé.

A. STÉNOSES D'ORDRE INTRINSÈQUE, OU PAR ALTÉRATI[ON DES] PAROIS DU CANAL. — De beaucoup la plus fréquente est [la sté]nose par néoplasme du pylore, journellement constatée au cours d'interventions chirurgicales (1).

Viennent ensuite les coarctations cicatricielles pouvant se constituer : soit après un ulcère simple de l'estomac, et la thèse de Marion (2) résume les données actuelles de la question, soit après [...]

phénomènes de sténose pylorique produite par la limite plastique [Chaput et Pilliet (1)].

Mentionnons encore à titre exceptionnel : 1° les cas de sténose pylorique d'origine congénitale, cas de Landerer (2), Maüs (3), Porak et Bernheim (4), Cooks-Luton (5); Hirschprung, Pilt-Piden, Filkenstein (6). Dans quelques cas, on ne note aucune modification des parois; dans d'autres, au contraire, la musculaire et la sous-muqueuse sont hypertrophiées. 2° La sténose par hypertrophie du pylore qui serait due à une hypertrophie des éléments normaux (Nauverk Tilger [7]). Cet auteur fit une étude complète, anatomique et histologique, l'anneau pylorique n'admettait pas le petit doigt; à ce niveau, l'épaisseur de la paroi était de 14 millimètres, il n'existait dans cette hypertrophie aucun élément anormal.

B. Nous arrivons maintenant au second groupe : LES STÉNOSES D'ORDRE EXTRINSÈQUE.

Elles reconnaissent des causes agissant par compression, par stricture, par coudure, par un mécanisme complexe.

*Compression.* — La compression peut être due : à un organe normal déplacé; tel le rein mobile secondaire à une ptose du foie qui le fait basculer et comprimer, par son extrémité inférieure, le pylore ou la première portion du duodénum (Potain) : à des organes pathologiquement modifiés, néoplasmes, abcès (Mac Lean), kystes hydatiques du foie. Vésicule biliaire cancéreuse, qui peut comprimer le pylore [ou la pre]mière portion du duodénum [Bouveret (8), Pic (9)]. [Canal c]holédoque calculeux. Hydropisie de la vésicule, [cas] dans lequel l'extirpation de la vésicule fit [disparaître le sy]mptôme. Tumeurs et kystes du pancréas.

[...] causes sont susceptibles d'agir [...] de productions fibreuses dont [...] point, des compressions [...]te d'ulcère au voisi[nage ...] de traumatisme [...] péritonites [...]n. [...] d'origine [...]s le su[...] cholé[...] en

[...]mière portion duodénale et s'exagère par la distension [sto]macale (Bouveret).

*Obturation.* — Tout d'abord les corps étrangers ingérés [à] proprement parler ne déterminent pas de sténoses vraie[s du] pylore [Withe (1), Mathieu (2)]. Ensuite et surtout, les cal[culs] biliaires [Gaillard (3)] : 1° par l'intermédiaire d'une fis[tule] cholécysto-gastrique ou cystico-stomacale [Montprofit (4)] ils peuvent venir obstruer le canal pylorique de l'esto[mac] vers le duodénum; 2° par l'intermédiaire d'une fistule c[ho]lécysto-pylorique, ils peuvent créer une oblitération [sur] place et dans ce cas un rôle important est dévolu à un [élé]ment spasmodique fixant le calcul là où il arrive dan[s le] canal [Mangourd (5), Marchais (6), Alex (7)].

C. Passons maintenant à un groupe de causes indép[en]dantes de toute altération des parois et de toute cause [ex]trinsèque : LES CONTRACTURES DU PYLORE.

Voulant établir la valeur réelle des spasmes et cont[rac]tures du pylore dans la genèse de la sténose, nous n[ous] trouvons en présence de deux théories qui leur font [une] part inégale.

La discussion s'éleva à l'Académie de médecine (8) [à] propos de la maladie de Reichmann que M. Hayem regar[de] comme un symptôme de sténose pylorique, mais toujour[s] sténose *par obstacle matériel.*

Pour M. Albert Robin, au contraire, on verrait se prod[uire] le syndrome de Reichmann au cours de sténoses dues à [la] contraction du pylore, et cette contraction permanent[e se] rencontrerait surtout chez des hypersthéniques avec hy[per]chlorhydriques et exceptionnellement dans les cas d'ins[uffi]sance gastrique avec fermentations acides secondaires abondantes. Chez ces malades, l'hyperacidité détermin[e] d'abord un spasme du pylore, spasme passager, inter[mit]tent, puis à la longue si aucun traitement n'est institué, [la] contracture. Cette contracture donnerait lieu à des trou[bles de] rétention gastrique et dans certains cas au syndr[ome] de Reichmann, ce qui lui imprimerait alors un carac[tère] spécial.

Quelle est, à l'heure actuelle, la manière dont on [doit] concevoir les connexions unissant les sténoses du pylo[re et] le syndrome de Reichmann? Car avec M. Mathieu, n[otre] maître, nous employons ce terme à l'exclusion de celu[i de] maladie de Reichmann.

Il y aurait lieu d'en distinguer deux formes : Un g[...] syndrome de Reichmann toujours symptomatique, d[e] sténose organique pour M. Hayem. Le plus souv[ent], ajoute M. Mathieu, il aurait pour origine un ulcère au [voi]sinage du pylore. « Dans ce cas, ce ne serait pas uni[que]ment par la sténose mécanique du pylore que l'ul[cère] simple amènerait l'hypersécrétion permanente; on p[ou]rait invoquer aussi la viciation de la motricité du mu[scle] gastrique, due à la destruction d'une étendue plus ou mo[ins]

(1) WHITE. *The Lancet*, oct. 1885.

(2) MATHIEU, *Gaz. des hôpit.*, 1897.

(3) GAILLARD. Obstruction pylorique par calculs biliaires. *Presse mé[d.]*, 1897, p. 377.

(4) MONTPROFIT, Soc. anat., 1897, p. 488.

(5) MANGOURD. *Obstruction du pylore par calculs biliaires*, Th. Paris, 1897.

(6) MARCHAIS. *Rétrécissement du pylore d'origine biliaire*, Th. Paris, 1898.

(7) ALEX. *Sténose du pylore d'origine biliaire*, Th. de Lyon, 1896.

(8) *Bull. de l'Acad. de méd.*, mai 1897, p. 456.

L'appareil rénal peut être affecté de congestion passagère, d'albuminurie. L'oligurie est très fréquente et presque de règle : urines foncées avec dépôt plus ou moins abondants. L'analyse de l'urine fournit des renseignements très importants par le dosage de l'azote que nous avons mentionné plus haut, et la diminution des chlorures urinaires qui constitue également un signe de valeur.

Dans certains cas assez rares, on a signalé la pepsinurie (Albert Robin). Des phénomènes cutanés peuvent apparaître. C'est d'une manière constante la *sécheresse de la peau* et parfois des éruptions urticaires, eczémas, abcès.

Du côté du cœur, on observe de l'oppression, des palpitations, de véritables crises douloureuses simulant des crises d'angor-pectoris, crises apparaissant la nuit et après le repas et dus à la distension stomacale.

L'estomac distendu par les gaz qui s'accumulent à sa partie supérieure refoule le diaphragme et apporte par suite un obstacle à l'expansion du cœur.

Du côté de l'appareil pulmonaire à une période terminale pouvant survenir comme complication sur un terrain affaibli : des pharyngites, bronchites broncho-pneumonies, on assiste parfois à l'évolution d'une tuberculose.

Le système nerveux entre en jeu le plus souvent, des troubles psychiques apparaissent : vertiges, neurasthénie, hypocondrie, surtout au début des formes lentes. Charcot a montré cependant que les troubles nerveux décrits chez les dilatés ne s'observent pas dans les cas de dilatation gastrique prononcée, consécutive à la sténose.

Enfin, aux périodes terminales surviennent du délire, de la tétanie, ou le coma dyspeptique. La tétanie, signalée au cours des affections gastro-intestinales par Douce Steinheim, se rencontre surtout dans les cas de rétention gastrique. Liée pour Kusmaul à une déshydratation des tissus nerveux par les vomissements répétés, elle relèverait pour Bouchard d'une véritable auto-intoxication. Les recherches de Bouveret et Devic (1) après celles de Briéger semblent prouver en effet qu'il y a résorption des toxines gastriques et production consécutive des accidents tétaniques.

Cette tétanie est susceptible de revêtir :

1° Tantôt une forme légère qui se caractérise par des accès spasmodiques avec contracture localisée aux extrémités : à la main qui prend le type de la main Trousseau (main de l'accoucheur pour introduction dans le vagin), au membre supérieur accolé au tronc. Ces accès peuvent soit apparaître d'une façon spontanée, soit être déterminés par la compression de l'artère ou du nerf principal du membre, à la face par une friction rapide des muscles. Ces accès peuvent se reproduire un certain nombre de fois et se généraliser.

2° Une forme généralisée comparable au tétanos.

3° Une forme simulant une attaque d'épilepsie.

Dans les formes graves généralisées d'emblée, la mort et la terminaison presque certaine, il se fait une localisation sur les muscles respiratoires et souvent du spasme de la glotte. A ces contractures s'ajoutent des phénomènes accessoires, vomissements incoercibles, hoquet, rétrécissement pupillaire, élévation de la température.

Enfin parfois le coma dyspeptique vient terminer l'affection. Tout à coup, une dyspnée intense, sine materia, s'installe, la respiration s'accentue, le malade tombe en somnolence et meurt dans le coma.

(1) Bouveret et Devic. *Rev. de méd.*, 1897.

*Forme à marche aiguë.* — Dans la forme à marche aiguë, tous les phénomènes peuvent ne pas exister, il y a une distension peu marquée ; seuls les phénomènes d'ectasie gastrique sont constants ; ils se caractérisent par l'apparition rapide en quelques semaines de la période cachectique. Les douleurs sont plus intenses et l'estomac, qui n'a pas eu le temps de s'accoutumer, rejette les aliments aussitôt ingérés, enfin le péristaltisme serait surtout manifeste.

(*A suivre.*)

---

## TRAITEMENT DES OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES

PAR LES INJECTIONS ANTISEPTIQUES PÉRI ET INTRA-ARTICULAIRES ; TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS, PARTICULIÈREMENT PAR LES INJECTIONS DE SÉRUM OXYGÉNÉ (1).

Par M. le docteur P. Redard.

Depuis huit ans nous appliquons les injections antiseptiques au traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses de l'enfance.

Le liquide que nous injectons autour ou dans l'intérieur de l'articulation tuberculeuse, est l'huile d'olives iodoformée à 5 ou 10 p. 100.

L'huile doit être très soigneusement stérilisée. L'opération doit être absolument aseptique, pratiquée avec des seringues en verre de Luer et divers modèles d'aiguilles, plus ou moins longues, en platine iridié, rigoureusement flambées.

Nous n'employons jamais l'éther iodoformé, qui expose à des distensions très douloureuses, et à des gangrènes de la peau.

Les injections, pratiquées une fois par semaine, plus ou moins longtemps, suivant les cas, souvent avec persévérance pendant plusieurs mois, seront surtout intra-articulaires. Nous faisons aussi des injections péri-articulaires, au niveau et au centre des fongosités.

La quantité de liquide injecté varie de quelques gouttes à 6$^{cc}$.

Dans les ostéo-arthrites avec épanchement notable, nous extrayons par la ponction aspiratoire une petite quantité de liquide, avant de faire l'injection.

Grâce à nos règles d'asepsie, nous n'avons jamais noté aucun accident important à la suite de nos très nombreuses injections.

Les injections antiseptiques articulaires conviennent surtout pour les articulations à synoviales étendues, non anfractueuses, facilement accessibles, surtout pour le genou, pour le coude, le poignet et l'articulation tibio-tarsienne. L'articulation de la hanche ne peut être facilement atteinte, dans sa profondeur, et il faut, en général, se contenter d'injections péri-articulaires, ou dans les abcès, dès qu'ils apparaissent superficiellement.

La méthode est surtout indiquée dans les formes humides d'ostéo-arthrite de l'enfance, principalement dans les lésions fongueuses étendues à la synoviale.

De l'examen de nos observations, il résulte que les guérisons sont surtout obtenues dans les cas d'arthrites fongueuses, sans fistules, du genou (60 p. 100). Ses succès sont moins fréquents pour les ostéo-arthrites du coude, du poignet et surtout de l'articulation tibio-tarsienne (40 p. 100).

Les récidives sont assez rares.

(1) Communication au Congrès de la tuberculose.

possible des maîtres, et que la contagiosité de ces derniers, en matière de bronchite tuberculeuse, fût l'objet d'enquêtes et de précautions qui seraient affaire de tact médical.

Il serait à désirer qu'on ne fournît aux élèves que des professeurs absolument indemnes de toute tare bacillaire; et pour cela, que l'entrée dans l'enseignement fût accompagnée d'un examen médical dans lequel on aurait en vue surtout la recherche de la tuberculose par les procédés que la science moderne met à notre disposition.

Mais immédiatement, avant tout, l'application des vœux déjà émis au dernier Congrès s'impose; les mesures de prophylaxie contre la tuberculose doivent être mises en pratique dans tous les lycées.

M. Weil dépose les conclusions suivantes :

1° Il est à désirer que l'Administration procède dans le plus bref délai possible à l'installation des crachoirs dans les établissements d'instruction secondaire, avec obligation pour les maîtres de prêcher d'exemple, en ne crachant jamais que dans ce réceptacle;

2° Il serait urgent d'avoir recours à l'affichage pour renseigner les élèves sur le danger des expectorations. On pourrait même y ajouter quelques conseils faisant comprendre les risques du crachat et le danger de la non-observation de certaines mesures banales d'hygiène. Cet affichage, comme l'a dit le président du Congrès, aurait une influence d'avenir très grande, l'homme adulte n'oubliant pas les impressions qu'il a reçues comme enfant.

Ces deux conclusions, M. le professeur Landouzy, qu'on ne saurait se lasser de citer quand il s'agit de prophylaxie de la tuberculose, les a résumées de la façon suivante : « Où, quand, l'Administration a-t-elle suffisamment installé de crachoirs dans les lieux publics et les écoles, et s'est-elle préoccupée de faire sur ce chapitre l'éducation du public? »

Cette réclamation est d'autant plus légitime que dans un des plus grands lycées de Paris, qui compte quelques rares crachoirs, ce commencement de prophylaxie antituberculeuse n'a pu être réalisé officieusement que grâce à la ténacité du médecin en chef, dont l'autorité aurait dû pouvoir, depuis plus longtemps, faire d'un trait de plume appliquer ces mesures élémentaires d'hygiène publique.

M. LANDOUZY s'associe d'autant plus énergiquement aux réclamations de M. Weil, que, en sa qualité de médecin en chef d'un des plus grands établissements d'instruction publique de Paris, il sait le temps et la peine qu'il lui a fallu — le lycée auquel il fait allusion est le seul, croit-il, dans lequel on peut voir des crachoirs — pour que, gagnant à la cause de la prophylaxie de la tuberculose la bonne volonté de l'administration dudit lycée, il ait pu, officieusement, obtenir l'installation de crachoirs, *rari nantes in gurgite vasto*.

Si M. Landouzy joint ses efforts à tous ceux qui ont demandé et demandent l'installation des crachoirs dans les écoles, c'est que dans le crachoir obligatoire il voit bien autre chose qu'un appareil destiné à recueillir et à détruire les crachats. Il prétend à ce que le crachoir, appareil destructeur des excreta bacillifères, donne à tout un chacun, maîtres, parents et élèves, une leçon journalière d'hygiène. S'il entend répandre l'usage du crachoir dans toutes les écoles sans exception, depuis les écoles des hautes études jusqu'aux écoles primaires de village, c'est parce qu'il veut que le crachoir serve d'enseigne et de propagande à l'idée de contagion des maladies, sans laquelle le public ne sera pas conquis à l'idée de maladies évitables.

Sur ce point particulier de la prophylaxie de la tuberculose, on ne fera l'éducation du public qu'en lui crevant les yeux avec les crachoirs. C'est par le crachoir des lycées qu'on apprendra aux familles — ce qui n'est pas encore enseigné dans les écoles et ce qui devrait y être affiché sous une forme très simple, qui reste à libeller suivant le degré d'éducation auquel correspond chacun des établissements d'enseignement — que cracher sur le sol n'est pas seulement malpropre, mais encore est dangereux. C'est ce qui lui faisait dire, à son cours de la Faculté, que « toutes les écoles devraient être munies de crachoirs, ne serait-ce que pour donner, aussi bien aux parents qu'aux enfants, une leçon de choses ».

**Quelques recherches et réflexions sur la contagion familiale et « maisonnière » de la tuberculose.** — La population de Saint-Ouen, qui compte actuellement plus de 30,000 habitants, a présenté en dix ans, de 1885 à 1894, 1,248 décès par tuberculose. C'est surtout par contagion familiale et *maisonnière* que procède la tuberculose. Le docteur DUBOUSQUET-LABORDERIE a vu souvent la contagion s'établir très vite après l'arrivée des familles dans la localité. Ce sont les femmes particulièrement qui commencent la série. Elle fait *tache d'huile*.

Cette contagion familiale et maisonnière, qui s'observe dans les logements ouvriers pauvres et malsains, est infiniment plus rare dans les milieux aisés ou riches. Le manque d'air et de lumière, l'encombrement, le surmenage, la misère et l'alcoolisme rendent le terrain organique de la famille apte à cultiver le bacille, et cela parfois avec une extrême rapidité. Notre confrère relève dans ses notes que sur 175 cas de tuberculose, 107 fois il a pu établir la contagion familiale et maisonnière. Il a vu souvent des familles se succéder dans les mêmes logements et presque toutes présenter des cas de tuberculose.

Ces faits se reproduisent partout. En Limousin, en Bretagne, en Normandie, où depuis six ans il fait une enquête auprès de plusieurs de ses confrères y exerçant depuis longtemps, la contagion familiale et maisonnière joue le plus grand rôle. La tuberculose est d'ordinaire importée par des étrangers à la localité. Il est rare qu'une fille partant en service à Paris n'en revienne pas au bout de dix à quinze ans, au maximum, pour mourir, dans son village, d'une maladie de poitrine.

Le docteur Laffargue, de Brive, a cité ce cas bien typique, en fait de contagion familiale et maisonnière :

Dans une localité jusque-là indemne de tuberculose, revient se faire soigner et y mourir un charpentier de quarante-deux ans, qui avait contracté sa maladie à Paris. Sa femme est contagionnée et meurt; sa fille subit le même sort; ces deux dernières avaient été soignées par une tante et sa fille qui habitaient la même maison, et les deux moururent aussi de tuberculose; elles n'avaient aucun antécédent tuberculeux. Ces cinq décès se sont produits dans l'espace de six ans.

En Bretagne et en Normandie, les médecins auxquels l'orateur s'est adressé sont aussi affirmatifs à ce triple point de vue : la rareté de la tuberculose autrefois, sa fréquence actuelle et la façon dont elle est importée et semée dans le pays.

Tous ces cas de contagion seraient évitables, mais des

mesures d'ordre privé et d'ordre général sont nécessaires. Il faut qu'après chaque décès tuberculeux, la désinfection soit obligatoire.

Il faudrait dès l'école inculquer aux enfants les principes de la contagion et les instruire des dangers qui les menaceront plus tard s'ils vont dans les villes. Nos députés, nos sénateurs devraient faire d'actives propagandes pour retenir aux champs les paysans.

**Prophylaxie de la tuberculose dans les crèches.** — La tuberculose est plus fréquente qu'on ne pourrait croire dans les crèches; bien qu'il s'agisse uniquement de jeunes enfants non malades (on les renvoie dès qu'ils sont atteints de bronchite ou de fièvre); M. GAUCHAS a rencontré parmi 110 enfants qu'il a suivis, de 1895 à 1898, à la crèche de la rue Gauthey, 12 enfants atteints de tuberculose cliniquement certaine et 7 pouvant être considérés comme suspects. Cette proportion assez considérable (10,9 p. 100) ne semble pas avoir déterminé, à la crèche, de cas nets de contagion; c'étaient, il est vrai pour la plupart, les tuberculoses fermées, des enfants ne toussant pas. Cependant on peut admettre que des crachats déglutis peuvent, par l'intermédiaire des selles, souiller les linges et devenir ainsi des agents de contagion.

Il faut donc surveiller la désinfection des linges et des mains du personnel. En y joignant une désinfection fréquente du local, on se place suffisamment à l'abri de la dissémination du bacille de Koch dans les crèches; bien certainement le danger de la contagion pour les bébés des crèches est minime, c'est à la maison paternelle que ce danger existe et là il est considérable.

D'après M. PAUL RICHARD, l'organisation d'une crèche entraîne la responsabilité et la nécessité d'assurer les précautions sanitaires. C'est, avant tout, la contagion qu'il faut combattre, puisque aujourd'hui il est admis que l'enfant naît tuberculisable et non tuberculeux. Or, la fréquence des enfants devenus tuberculeux est assez grande. Sur 211 sujets morts à la suite de l'athrepsie, de la gastro-entérite, de la pneumonie, 28, soit 19,27 pour 100, étaient nettement tuberculeux.

Pendant douze mois (1896-97), M. Richard a fait le service médical de la crèche de la rue de l'Arbre-Sec. Sur 200 enfants malades, il y a en a eu 13 présumés tuberculeux, soit 6,50 pour 100.

Il ne décrira ici que les mesures sanitaires les plus importantes :

1° *L'immeuble.* — La crèche sera divisée en deux crèches secondaires : crèche extérieure et crèche intérieure nettement séparées. La désinfection des vêtements, de la literie, les ustensiles de toilette, se fera par la vapeur sous pression à 115 degrés.

2° *Le personnel.* — Les personnes chargées de soigner les enfants seront examinées complètement par le médecin et bien surveillées au point de vue de la santé.

Les enfants porteront un uniforme spécial à l'intérieur de la crèche.

Tout enfant, issu de parents tuberculeux et habitant avec eux, ne sera pas admis à la crèche.

**Intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale.** — L'idée de tenter une cure radicale de la tuberculose de la vessie devait se présenter d'autant plus facilement à l'esprit des chirurgiens que cette tuberculose reste souvent localisée à l'appareil urinaire, au moins à l'organe primitivement atteint. Aussi d'assez nombreuses opérations de curettage, de résection de la muqueuse de la vessie tout entière ont-elles eu lieu donnant quelquefois un soulagement. Mais ce résultat est loin d'être la règle et ordinairement le bénéfice est nul; M. DESNOS a observé des cas malheureux dans lesquels, après une intervention de ce genre, la tuberculose s'est généralisée à tout l'arbre urinaire; dans l'un, en particulier, il avait pratiqué un curettage énergique de la vessie qui semblait alors seule prise; or, peu de temps après, des lésions tuberculeuses s'étendaient depuis les reins, manifestement pyonéphrosés, jusqu'au méat, au niveau duquel il a pu exciser les végétations développées le long d'une sonde à demeure et que l'examen bactériologique a démontré être tuberculeuses.

Toute intervention chirurgicale n'est cependant pas interdite dans la cystite tuberculeuse, loin de là; dans les formes douloureuses, la cystotomie hypogastrique est souvent indiquée, mais il faut bien se garder, à son avis, de profiter de l'ouverture de la vessie pour toucher à la muqueuse; quelles que soient les lésions qu'on constate, il faut les respecter, drainer la vessie et établir une cystostomie. Si le malade peut et veut bien garder sa fistule pendant une longue période, d'au moins une année, non seulement les douleurs s'atténuent ou disparaissent, mais presque toujours les lésions subissent une amélioration, qui s'explique par la décongestion permanente des parois vésicales et la suppression des mictions.

L'interdiction d'une opération sanglante portant sur la muqueuse vésicale paraît donc devoir être établie aujourd'hui; dans les formes peu douloureuses, les instillations de sublimé, les injections d'huile gaïacolée donnent de bons résultats; enfin, le traitement général et les conditions de milieu ont une importance presque aussi grande que dans la tuberculose pulmonaire.

---

## THÈSES

### SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

M. LE CORRE. Considérations hygiéniques et pathologiques sur la nécrose phosphorée. — M. BELLET. Moyens de défense et psychothérapie dans les obsessions. — M. PETIT. Contribution à l'étude clinique, anatomo-pathologique et bactériologique de la tuberculose pulmonaire de la première enfance (association pneumococcique). — M. MICHEL. Contribution à l'étude de l'ophtalmie phlycténulaire. — M. MIAS. De la valeur thérapeutique des courants continus dans le traitement de la névralgie du trijumeau. — M. GAIMARD. Examen des calculs et des concrétions à l'aide des rayons X. — M. JOLY. Importance du rôle des insectes dans la transmission des maladies infectieuses et parasitaires. Du formol comme insecticide. — M. PUJOL. De l'évacuation rapide des épanchements non purulents du genou. — M. CREIGNON. Le bacille de Löffler chez les animaux sains. — M. WESTERMANN. Du redressement des gibbosités pottiques sans anesthésie. — M. DARDENNE. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche. — M. SAUTAREL. Contribution à l'étude des obsessions-inhibitions et en particulier de l'inhibition génitale. — M. SAVIGNAC. Essai historique et critique sur l'ergotisme et l'action de l'ergot de seigle. — M. FARGIER. De l'usage du bain chaud chez les Anciens. — M. DELAUNE. Aperçu historique sur la médecine et la religion à Rome. — M. BRUCKER. Du rôle de l'alcalinité du sang en thérapeutique. Traitement des suppurations par le bicarbonate de soude. — M. THOMAS-DEREVOGE.

Contribution à l'étude du bégaiement et de son traitement pratique. — M. Winkler. Contribution à l'étude de l'osmose électrique. — M. Damond. De l'épithélium du pénis et de son ablation (nouvelle méthode d'amputation). — M. Brisemur. Contribution à l'étude du dacyrops. — M. Brial. De l'action thérapeutique de l'air sur les séreuses. — M. Bouyer. Contribution à l'étude du cholestéatome de l'oreille moyenne (pathogénie et traitement). — M. Lefèvre. Relations entre quelques pigments de l'urine, de la bile et du sang. — M. Adoue. Contribution à l'étude des kystes glandulaires du pancréas. — M. Alker. De la splénopexie. — M. Flous. Contribution à l'étude du sarcome mélanique de la choroïde.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les médecins de deuxième classe de la marine, promus par décret du 28 août 1898, sont affectés aux ports ci-après :

A Cherbourg : MM. Chauvin, Lepinte, Joly.
A Brest : MM. Béraud, Gachet, L'Herminier, Michel.
A Lorient : MM. Creignon, Chabal, Mielvaque, Vallet.
A Rochefort : MM. Lassignardie, Chaumont, Barot, Maille.
A Toulon : MM. Barbe, Bellet, Cannac, Jouvenceau.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 août 1898, M. le docteur Chapuis (de Lons-le-Saulnier) a été nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 août 1898, M. le docteur Gayet, médecin de division à l'escadre du Nord, a été nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 août 1898, MM. les docteurs Allard, Decorse et Michel sont nommés médecins auxiliaires des colonies.

— MM. les médecins de deuxième classe Pernet, du port de Lorient, destiné à l'*Aspic* (division navale de Cochinchine), et Bondon, du port de Rochefort, désigné pour le *Goéland*, sont autorisés à permuter.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Puy-le-Blanc (de Royat) et Cattiaux (de Paris).



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numero : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT

#### Méningisme spinal rhumatismal; guérison.

Par le docteur J. MARTY,
Médecin-major de première classe.

L'expression méningisme semble prendre droit de cité dans la science. Plus heureux que bien d'autres, le néologisme de Dupré a fait relativement fortune et résisté jusqu'à ce jour aux assauts qu'il a subis.

Il répond certainement à des faits particuliers, singularisés par la dissonance entre le pronostic probable et la terminaison souvent heureuse. Nous disons « souvent », car identifié avec la pseudo-méningite le méningisme pourrait être mortel (1).

Il y aurait, nous semble-t-il, encore à dire au sujet de ces méningites sans méningite, et la limite qui sépare le méningisme de la méningite vraie semble, actuellement du moins, peu précis. Mais ce n'est pas là le but de cette note. Il est tout autre.

Dupré a proposé de réunir sous cette expression tous les cas de symptômes méningés sans méningite. La plupart des observations parvenues à notre connaissance s'occupent de faits intéressant d'une façon particulière les méninges cérébrales.

Celle que nous rapportons donnera un nouvel exemple d'une variété moins décrite : les méninges rachidiennes seules seraient en jeu.

Voici le fait en question :

Le soldat Y..., du 35e de ligne, entre à l'hôpital le 25 juillet 1897. C'est un homme grand, fort, paraissant même à première vue robuste, lymphatique, sanguin, à prédominance lymphatique.

Son père a soixante-cinq ans. Il est rhumatisant. Sa mère est morte de la poitrine. Sa sœur a dix-huit ans; elle est infirme.

(1) Voir les observations de Beyé, in *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1893, et de Claisse, *Presse méd.*, 6 janv. 1894.

Étant dans ses foyers, il a eu deux attaques de rhumatisme. Depuis son arrivée au corps, il est déjà entré deux fois à l'hôpital pour la même cause, la première fois en avril, la deuxième en juin 1897. Il est à remarquer que ces deux atteintes furent bénignes et ne s'accompagnaient que de douleurs sans gonflement notable des articulations.

Il est actuellement malade depuis huit jours.

On dut le transporter à l'hôpital sur un brancard. La souffrance est telle qu'elle s'oppose au moindre mouvement. Les oscillations du brancard sont même tellement douloureuses qu'elles provoquent des larmes.

25. A son arrivée, M. le médecin principal Jeannaire, médecin-chef, constate du côté des dernières vertèbres lombaires une assez vive douleur. Du côté des membres inférieurs, il existe une hyperesthésie extraordinaire, se traduisant par des crises avec contraction instinctive au moindre mouvement.

Apyrexie. — T. S., 37°2.

Pas de vomissements. Miction normale.

Traitement : Ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale, salicylate de soude.

26. A la visite du matin, l'examen est plus facile, le malade étant reposé de son transport.

Il est couché sur le dos, les membres inférieurs étendus et relâchés. Il ne peut absolument faire aucun mouvement, ni s'asseoir, ni changer de place. Pas de paralysie.

Les jointures ne présentent ni chaleur, ni gonflement, ni rougeur.

A l'état de repos, le malade ne soufre pas. Mais la douleur reparaît intense, dès qu'on le touche, révélant la persistance de l'hyperesthésie cutanée. De plus, les mouvements les plus faibles des articulations sont excessivement douloureux, et la plus simple flexion des orteils provoque des cris déchirants.

En outre des douleurs sur la colonne vertébrale, à la région lombaire, la pression en provoque encore à l'émergence des deux sciatiques.

Les membres supérieurs n'ont rien.

Cœur sain. Constipation.

Traitement : Bouillon, lait, salicylate de soude, lavement glycériné. — T. M., 36°6. S., 36°8.

27. Les douleurs conservent le même caractère. Mais, de plus, le malade a ressenti quelques élancements dans les jambes, au genou, à la plante des pieds, et des fourmillements; hyperhydrose locale. L'appétit revient, et le malade demande à manger. 1/2 degré. — T. M., 37 degrés; S., 37°4.

28. Même état. La miction reste toujours normale, l'appétit augmente. 1 degré. — T. M., 37 degrés; S., 37°2.

29. Le malade se trouverait plutôt mieux. Pas d'élancements. — T. M., 36°8; S., 37 degrés.

30. L'amélioration s'accentue, mais lente. Le cœur est sain.

L'exploration des régions douloureuses fait constater la persistance de la douleur vertébrale, qui s'est notablement atténuée. On la retrouve encore sur la région lombaire et sacrée. Il existe des irradiations diffuses de chaque côté de la région se dirigeant du côté des parois de l'abdomen, mais disparaissant assez vite. La pression provoque également de la douleur quand elle s'exerce sur le point où les cruraux sortent de l'abdomen, au-dessous de l'arcade de Fallope. Le trajet des sciatiques est également encore sensible en divers points, et il l'est particulièrement d'une façon marquée comme sciatique poplité interne, derrière la malléole.

En plus de ces douleurs, l'élément articulaire apparaît d'une façon nette. Quand on veut plier une articulation, on provoque une douleur notable tant au genou que, et surtout, dans les petites articulations des orteils. Mais la douleur n'est plus assez vive pour arracher des cris au malade.

On constate toujours des sueurs locales, qui sont continuelles, limitées aux pieds. Elles deviennent peu appréciables, sinon nulles, au-dessus de l'articulation.

Elles sont abondantes et on les retrouve chaque matin. — T. M., 36°6; S., 37 degrés.

31. Amélioration. Le malade commence à chercher à s'asseoir et à plier les genoux.

L'appétit est bon et la digestion normale.

La constipation doit cependant être surveillée. — T. M., 36°7; S., 37°1.

Du 1er au 4 août, l'amélioration s'accentue. Le 4, elle est notable. La douleur a presque complètement disparu de la région lombaire. On ne la retrouve qu'au niveau de la dernière vertèbre et sur la région sacrée. Les irradiations abdominales ont disparu. Il en est de même de la douleur dorsale.

Aux points où elle subsiste, la douleur à la pression est moins vive. Le sciatique n'est pas encore revenu à son état normal, car on retrouve des points sensibles derrière les malléoles. Mais l'émergence n'est plus qu'à peine sensible.

L'élément articulaire aurait peut-être moins cédé, car les genoux, les cou-de-pied sont encore assez douloureux. Les petites articulations des orteils le sont, par contre, beaucoup moins. — T. M., 36°7; S., 37°1.

L'hyperhydrose a disparu.

9. La douleur diminue, mais est toujours appréciable au niveau de la région sacrée. Dans les membres inférieurs, elle est de plus en plus exclusivement articulaire.

12. Le malade a désiré se lever et a pu se mettre sans trop de peine sur son fauteuil.

15. L'amélioration s'accentue et la douleur a disparu des petites articulations. La marche la réveille encore.

21. La douleur a disparu, tant dans les membres inférieurs que dans la région lombo-sacrée.

Le cœur est sain.

L'état général est excellent.

Le 24, le malade demande sa sortie et part en convalescence.

D'emblée, ce cas pourrait offrir quelques doutes au point de vue du diagnostic, et on devait, d'une façon presque fatale, songer à un début de méningite rachidienne.

Le malade n'attribuait aucune cause nette à l'affection. Il ne pouvait y avoir, de ce chef, nul appoint au diagnostic. L'étude des antécédents pouvait, il est vrai, faire naître l'idée d'une affection rhumatismale, mais cette notion ne pouvait exclure la possibilité d'accidents méningitiques au début, surtout chez un sujet rhumatisant. En analysant les douleurs, on remarquait bien qu'il y avait à la fois douleurs articulaires et douleurs névralgiques. Mais une poussée articulaire ne peut-elle pas coïncider avec le début d'une méningite et évoluer simultanément?

L'hypothèse d'une méningite rachidienne au début avait pour elle la violence de la douleur, l'hyperesthésie tégumentaire si exquise, les irradiations névralgiques dorsales et surtout celles que l'on constatait des deux côtés, tant dans la sphère des cruraux que, et surtout, dans celle des sciatiques. Elle avait encore pour elle la constipation. Si, au début, on ne note pas de phénomènes subjectifs, on voit cependant survenir, le lendemain de l'entrée à l'hôpital, des douleurs lancinantes spontanées des membres inférieurs et des fourmillements, si communs quand la moelle est en jeu.

Noterons-nous encore les sueurs localisées, qui, par leur disposition même et leur constance, paraissent plutôt en rapport avec une lésion centrale qu'avec un rhumatisme apyrétique?

La première impression pouvait donc être que l'on se trouvait en présence d'un début de méningite rachidienne, destinée à s'étendre, et d'un pronostic de la plus haute gravité.

Il y avait cependant quelques dissonances.

La première était l'intégrité des fonctions urinaires. De plus, en analysant de près l'impotence du malade, on arrivait à se rendre compte que, en définitive, on ne pouvait guère conclure à la paralysie. Cette impotence, quelque complète et absolue qu'elle fût, paraissait surtout liée à l'intensité de la douleur. Nous avons parlé de contracture. Mais ce n'était pas la contracture des méningo-myélites : c'était une mise en défense vis à-vis du moindre attouchement à subir, en prévision des douleurs qu'il entraînerait, crainte d'autant plus vive que le transport n'avait pu se faire sans faire souffrir le malade.

Enfin, dans le cas actuel, l'appréciation exacte était singulièrement facilitée par l'apyrexie.

Au huitième jour d'une méningite évoluant d'une façon aiguë, on eût eu de la fièvre, et, ici, l'apyrexie était absolue.

On se trouvait ainsi ramené à suspecter la légitimité de cette méningite, qui avait des allures spéciales, et conduit à l'idée qu'il devait s'agir de symptômes méningitiques sans méningite, au moins dans le sens commun du mot.

En analysant le caractère de la douleur, en la dissociant, on arrivait à la dédoubler, à reconnaître, à côté des manifestations névralgiques, les manifestations articulaires, si remarquables par leur généralisation, et l'on reconnaissait un état analogue à ceux que décrit Rendu dans sa clinique, sous le nom de rhumatisme spinal (1).

Le pronostic devait se modifier singulièrement et, de fait, des ventouses scarifiées au début, puis l'usage du salicylate de soude, entraînèrent rapidement la guérison.

Nous avions tout d'abord étiqueté ce cas comme ceux de Rendu : rhumatisme spinal. Nous avons abandonné ce terme, précisément à cause de l'apyrexie; car, en définitive, à quoi se réduit tout cet appareil symptomatique effrayant? A un rhumatisme multi-articulaire apyrétique, avec addition de symptômes méningitiques résultant de l'action sur l'axe médullaire d'un agent dont l'action, malgré son apparente gravité, a été tellement superficielle qu'elle n'a pu, non plus, élever la température. C'est bien là, nous a-t-il semblé, du méningisme, et dans sa forme la plus caractérisée et la moins douteuse.

Ces deux ordres de phénomènes eurent-ils un lien com-

(1) Rendu. *Leçons de clinique médicale*, t. I, p. 100.

mun? Nous n'en doutons pas, et c'est un des points les plus intéressants de cette observation de mettre une fois de plus en lumière les liens qui peuvent rattacher le rhumatisme aux affections médullaires.

## MÉDECINE PRATIQUE

### Traitement des diarrhées chroniques chez les enfants.

La *Revue des maladies de l'enfance* résume ainsi un travail de M. Hutinel paru dans la *Médecine moderne :*

1° DIARRHÉES PERSISTANTES DES ENFANTS NOURRIS AU SEIN. — Dans les premiers mois de la vie, souvent dès les premières semaines, on voit parfois survenir, sans cause appréciable, chez les enfants nourris par leur mère ou par une nourrice, une diarrhée verte, biliaire, caractérisée par l'émission, en vingt-quatre heures, de quatre ou cinq selles, assez abondantes, vertes et acides, avec des grumeaux blancs. Il n'y a, dans ce cas, ni fièvre ni vomissements; l'enfant tète bien, souvent même il augmente régulièrement de poids. Cependant les digestions semblent pénibles. Il y a des émissions gazeuses abondantes, des coliques fréquentes et un peu de météorisme; le ventre est trop gros, il y a souvent un peu d'érythème aux fesses et l'aspect général n'est pas absolument satisfaisant. Ces accidents persistent souvent pendant des semaines et des mois et dépassent ainsi les limites d'une dyspepsie simple. On les attribue souvent à la nourrice et, de fait, il suffit parfois de la changer pour les faire disparaître, surtout si cette femme a un lait trop aqueux et trop abondant; mais, dans bien des cas, ils persistent après le changement de lait.

Le traitement sera alors d'abord celui des dyspepsies simples. On réglera les tétées, on les éloignera s'il est nécessaire, et l'on veillera à ce qu'elles ne soient ni insuffisantes ni trop copieuses. Si l'enfant prend du lait stérilisé, en plus du lait de sa mère, on essaiera de s'en passer. On donnera de l'eau de Vichy ou de l'eau de chaux médicinale, par cuillerées à café, cinq ou dix minutes avant chaque tétée. Au besoin, on aura recours à la craie, associée ou non au bicarbonate de soude ou à la magnésie, parfois on donnera du sous-nitrate ou du salicylate de bismuth, du benzo-naphtol ou du phosphate de chaux et, si ces poudres ne produisent pas de résultat, on usera du tannin ou plutôt du tannigène ou de la tannalbine, par prises de 15 à 20 centigrammes, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. De loin en loin, on donnera une petite dose de calomel (2 à 5 centigrammes), d'huile de ricin ou de magnésie, si l'on craint des accidents d'infection.

2° DIARRHÉES PERSISTANTES DES ENFANTS NOURRIS AU BIBERON. — Il est très commun d'observer des diarrhées tenaces chez les enfants soumis à l'allaitement artificiel. Le lait est parfois de mauvaise qualité, fermenté ou adultéré; souvent on ne le fait ni bouillir ni stériliser, et le biberon dans lequel on le donne, est loin d'être toujours d'une propreté irréprochable. Ce lait est fréquemment donné pur et, si on le coupe, le coupage est fait par certaines mères sans discernement. A ces causes de dyspepsie, il s'en joint une autre, plus importante encore. Presque toujours on donne trop de lait aux enfants nourris artificiellement.

Les enfants présentent parfois des régurgitations et des vomissements; la constipation alterne souvent avec la diarrhée et les matières fécales ont rarement leur couleur normale; souvent elles sont mélangées ou panachées. Chez les constipés, elles sont trop blanches et ont l'aspect du mastic; dans les cas de diarrhée, elles peuvent rester blanches et fétides, alors elles prennent à l'air une teinte vert-de-gris; mais souvent elles sont vertes, brunes ou mélangées. Les enfants ainsi allaités sont plutôt voraces et boulimiques qu'inappétents; leur langue est chargée, leur haleine, leurs selles et toute leur personne exhalent une odeur désagréable de beurre rance. Le ventre, d'abord dur et météorisé, s'élargit et finit par devenir mou et dépressible; le palper n'est pas douloureux, mais provoque des évacuations. Les veines abdominales sont dilatées, des hernies apparaissent quelquefois; les fesses, le pourtour de l'anus et toutes les parties habituellement en contact avec les matières sont le siège d'un érythème. Les urines sont peu abondantes, elles contiennent de l'indican ou de l'urobiline. Mais ce qui frappe surtout, c'est l'atteinte profonde qu'a subie la nutrition. Si l'enfant est très jeune, il arrive presque fatalement à l'athrepsie; s'il est plus âgé, il devient rachitique.

De loin en loin se produisent des poussées d'infection intestinale. Alors le ventre se tend et se météorise, les selles deviennent plus fréquentes, plus liquides et plus fétides, il y a de la fièvre et le poids baisse rapidement. La mort peut survenir lentement, par le fait des progrès de la cachexie, ou bien elle est due à l'une des complications qui surviennent si fréquemment dans ces cas (purpura, abcès multiples, broncho-pneumonies, etc.).

La première indication à remplir est de modifier l'alimentation. Le mieux est de donner une nourrice et de régler prudemment les tétées, de façon à soumettre l'enfant à une diète relative, tant que ses fonctions digestives ne sont pas régularisées.

Mais, parfois, il est impossible de prendre ce parti; alors il faut commencer par stériliser le lait, il faut le couper si les selles sont trop compactes et trop grasses, il faut le saler légèrement (Bouchut); il faut surtout éloigner les petits repas et éviter qu'ils ne soient trop copieux. Il vaut mieux, pendant quelques jours, que l'alimentation soit plutôt insuffisante qu'excessive.

Si l'on peut se procurer du lait d'ânesse, on en essaiera quelquefois avec succès. Si les selles sont fétides et la langue chargée, on aura parfois à se louer du képhir. Chez les enfants au-dessus de huit à dix mois, si les selles sont liquides et abondantes, on obtiendra souvent de bons résultats de la viande crue.

Il est bon de donner, quelques minutes avant les petits repas, une cuillerée à café d'eau de Vichy, quelques centigrammes de bicarbonate de soude, une pincée d'une poudre composée, à parties égales, de bicarbonate de soude et de craie, un peu de carbonate de magnésie ou de magnésie associée au benzo-naphtol, etc. Après les repas, on peut donner une faible dose de pancréatine ou de papaïne; mais ces médicaments ont généralement une action moins nette que la limonade chlorhydrique, dont il suffit de donner une ou même deux cuillerées à café avant ou après les tétées.

Dans les cas où les selles restent liquides malgré le changement de régime, le phosphate de chaux, les préparations de bismuth, le tannigène, la tannalbine, parfois même le nitrate d'argent sont particulièrement indiqués.

Les eaux de Carlsbad ou de Châtel-Guyon, données d'une façon méthodique, peuvent régulariser les évacuations et rendre de réels services chez les enfants au-dessus d'un an.

3° DIARRHÉES CHRONIQUES CHEZ LES ENFANTS SEVRÉS. — Les affections des voies digestives sont fréquentes et graves après le sevrage.

A la suite des entérites aiguës folliculaires, il arrive souvent que la diarrhée disparaisse et que la constipation s'établisse. Les enfants présentent alors, de loin en loin, des poussées fébriles, avec inappétence, fétidité de l'haleine et des matières, à la suite desquelles ils expulsent pendant

quelques jours des matières muqueuses ou pseudo-membraneuses. Ils maigrissent, pâlissent, sont sujets à des éruptions urticariennes ou vésiculeuses et rechutent avec une facilité désespérante.

D'autre part, chez les enfants prématurément sevrés, alimentés d'une façon déraisonnable avec des soupes grossières, des légumes, des fruits, des viandes et des liquides (vin, bière, thé, eau-de-vie) peu appropriés à l'état de leurs voies digestives, on voit souvent apparaître des troubles digestifs tenaces qui reproduisent, en l'accentuant encore, le tableau des nouveau-nés alimentés artificiellement.

Chez ces enfants il faut revenir à l'alimentation exclusivement lactée, et ne donner que du lait stérilisé ou bouilli, à intervalles soigneusement réglés, pendant très longtemps. Au lait on ajoutera d'abord de l'eau de chaux médicinale, de l'eau de Vichy, ou du sel; plus tard, quand l'état de l'intestin le permettra, on l'additionnera de substances féculentes, pour en faire des bouillies légères et très cuites.

Si le lait échoue, on essaiera du képhir ou de la viande crue. Il importe surtout de donner avec persévérance, soit le lait, soit la viande crue, tant qu'on n'a pas obtenu un résultat presque complet.

Le traitement médicamenteux est le même que dans le groupe précédent. Mais si la diarrhée persiste, l'emploi de l'opium, sous forme de laudanum, d'élixir parégorique, d'extrait thébaïque, etc., est formellement indiqué ; mais, en raison de la susceptibilité des enfants pour ce médicament, il faut le donner à très petites doses, sagement fractionnées, et l'associer, dans une potion, à une poudre absorbante, comme le bismuth, ou à un astringent, comme le ratanhia ou le tannigène, et en continuer assez longtemps l'emploi. Les préparations de phosphate de chaux sont particulièrement recommandables quand il y a des déformations rachitiques.

Les bains salés, les frictions stimulantes sur le tégument et les massages méthodiques de l'abdomen sont souvent utiles.

Les lavements astringents ou amidonnés sont tout indiqués dans ces diarrhées tenaces. Les lavements tièdes d'eau bouillie ou d'eau de guimauve ont pour rôle d'éviter la stagnation des matières dans l'intestin.

On doit, au cours de ces diarrhées, recourir fréquemment à l'emploi des laxatifs légers, soit du calomel, à très petites doses, soit des substances salines (citrate de magnésie, sulfate de soude, sel de Seignette), pour évacuer le contenu de l'intestin et pour modifier les sécrétions.

L'action stimulante de l'air pur n'est point à dédaigner. Aussi obtient-on parfois des résultats inespérés en changeant simplement de milieu des enfants qui semblaient condamnés à périr.

4° Diarrhées chroniques des enfants déjà grands. — Chez les enfants de cinq à quinze ans, on peut rencontrer, en dehors de la tuberculose, et sans erreurs graves de régime, des diarrhées tenaces, pareilles à celles qu'on trouve chez certains adultes et dont la cause première est un trouble de la fonction stomacale.

La guérison est souvent longue à obtenir. On commence ordinairement par employer, sans grand succès, les préparations opiacées, les poudres absorbantes, les astringents, etc. ; mais on ne réussit qu'en modifiant sérieusement le régime.

Le lait est souvent mal toléré, de même que la viande crue. Les potages très cuits, épais et dégraissés, les purées de légumes secs, le riz, le macaroni, les pâtes, les œufs à la coque, les viandes très cuites et tendres, réussissent mieux. L'acide chlorhydrique est généralement utile.

Il est bon de donner, pendant un certain temps, tous les matins, une légère dose d'eau laxative (Hunyadi Janos, Pullna, Montmirail, etc.), ou un sel neutre (sulfate de soude, sulfate ou citrate de magnésie) en très petite quantité et d'administrer ensuite, avant chaque repas, une petite dose d'opium (laudanum, élixir parégorique, gouttes noires anglaises, etc.). Le phosphate de chaux, sous forme de décoction blanche de Sydenham ou de glycéro-phosphate, est aussi nettement indiqué.

C'est dans ces cas qu'on obtient d'excellents résultats avec les eaux de Plombières ou de Carlsbad.

---

## MODIFICATION DES ORGANES

### DANS LA COURSE DE SOIXANTE-DOUZE HEURES A BICYCLETTE (1).

Par MM. F. Regnaud et A. Bianchi.

Des expériences ont été faites à l'occasion de la course de soixante-douze heures au Parc des Princes. Le phonendoscope a permis d'obtenir la complète et rapide reproduction des organes. Nous avons ainsi examiné le premier Muller, le second Frédérick, le quatrième Faure, et dessiné leurs organes avant, de suite après, et plusieurs jours après la course. La comparaison de ces dessins a permis de tirer les conclusions suivantes.

Les organes des coureurs ont beaucoup diminué, notamment les organes abdominaux : rate, foie, estomac. La graisse sous-cutanée a également fondu. Ces changements sont dus à l'alimentation insuffisante durant la course, aux pertes considérables de forces augmentées de la chaleur, du manque de sommeil, et de l'émotion des coureurs. Les organes thoraciques, cœur et poumons, n'ont presque pas diminué, grâce à l'afflux du sang provoqué par le travail.

Les mouvements continuels des jambes et du bassin, joints à l'attitude penchée en avant, ont élevé tous les organes abdominaux. Ceux-ci ont soulevé les organes thoraciques, poumons et cœur. Le foie, plus dense, soulève davantage le poumon droit. L'extrémité pylorique de l'estomac est élevée; cet organe prend la forme en besace, qui lui permet de conserver longtemps les aliments. Ces déplacements sont manifestes : les organes abdominaux sont soulevés de 2 à 4 centimètres ; le cœur s'est rapproché du cou de 2 à 5 centimètres. De là l'action thérapeutique de la bicyclette dans les ptoses, les pleurésies et dans la verticalité exagérée de l'estomac.

Le cœur et les organes de Muller, de Frédérick et de Faure ont été très résistants; c'est ce qui leur a permis d'accomplir la course. D'autres coureurs, ayant avant le départ un cœur moins énergique, se sont arrêtés aux premières heures. Il serait utile aux coureurs de consulter le médecin pour savoir s'ils sont capables de fournir une telle course.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Les vomitifs dans l'infection bronchique.

De même qu'il n'existe qu'un moyen de diminuer les fermentations intestinales, c'est de vider l'intestin à l'aide d'un purgatif, de même le meilleur moyen, d'après M. Albert Robin, de diminuer les fermentations bronchiques est aussi de vider les bronches. En d'autres termes, le vomitif est, comme agent thérapeutique, aux fermentations et infections bronchiques, ce que le purgatif est aux fermentations et infections intestinales.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Le vomitif répond à plusieurs des indications qui sont à remplir dans les infections bronchiques aiguës et dans les infections chroniques.

L'ipéca en particulier combat efficacement : 1° l'hypérémie pulmonaire au début ; 2° la réplétion et l'obstruction des bronches par le pus à une certaine période de la maladie.

L'ipéca modifie la circulation pulmonaire, par son action sur le système vaso-moteur, en dehors de tout vomissement. L'arrêt des hémoptysies en est une preuve suffisante.

Donc, à titre de « décongestionnant », l'ipéca est indiqué au début de la broncho-pneumonie. De plus, le vomitif répond à une autre indication, celle de vider les bronches.

M. Robin a eu maintes fois l'occasion de constater les heureux effets des vomitifs dans le traitement de l'infection bronchique, si fréquente chez les vieillards, car il insiste sur ce fait que la vieillesse n'est pas une contre-indication, comme on pourrait le croire, et la broncho-pneumonie des vieillards est parfaitement justifiable du traitement par les vomitifs, sans crainte de collapsus, ni d'hémorragie cérébrale.

Donc, dans tous les cas où il existe de l'infection bronchique, qu'on ait affaire à la forme aiguë ou à la forme chronique, M. Robin conseille d'avoir recours aux vomitifs qui réalisent le curage des bronches et constituent, de plus, de puissants agents d'oxydation, ce qui est encore l'un des moyens les plus actifs que nous possédions pour nous débarrasser des toxines microbiennes. Après l'administration d'un vomitif (ipéca 1 gr. 50, tartre stibié 0 gr. 05), la température tombe de un et même deux degrés, puis décline progressivement, la gêne respiratoire cesse, l'expectoration diminue. Dès que l'encombrement bronchique a disparu, M. Robin ne donne plus l'ipéca à dose vomitive, il le prescrit seulement à petites doses à titre d'expectorant et de décongestionnant. Il formule la potion suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Oxyde blanc d'antimoine. . . . | | 1 gramme. |
| Alcoolature de racine d'aconit. . | | xx gouttes. |
| Teinture de belladone . . . . . | | x — |
| Teinture de noix vomique . . . | | x — |
| Sirop d'ipéca. . . . . . . . | āā | 15 grammes. |
| Sirop diacode. . . . . . . . | | |
| Hydrolat de tilleul. . . . . . . | | 150 — |

Une cuillerée toutes les heures. Cesser en cas de vomissement.

L'antimoine est donné comme expectorant, la belladone comme dessiccateur bronchique, l'aconit comme dessiccateur bronchique atténuant le réflexe bronchique. (*Revue internat. méd. et chir.*)

### Traitement de la coqueluche.

Le docteur Dutremblay a eu l'idée de traiter la coqueluche par des inhalations d'oxygène chargé de vapeurs médicamenteuses. Un récipient à double tubulure est rempli de menus fragments de pierre ponce arrosés d'un mélange de 10 grammes de bromoforme et de 10 grammes d'eau de laurier-cerise, et additionnés de 10 grammes de bromure de camphre en poudre. A une des tubulures on adapte un ballon ordinaire d'oxygène et à l'autre un embout qui doit être placé dans la bouche du malade. Le tout étant ainsi disposé, il suffit de comprimer le ballon d'oxygène pour que le gaz saturé pénètre dans le poumon. M. Dutremblay fait inhaler en moyenne aux enfants cinquante litres d'oxygène par jour, douze litres le matin à huit heures, douze à midi, douze à quatre heures et douze à huit heures du soir. L'appareil, préparé ainsi qu'il vient d'être dit, peut servir pendant quatre jours.

D'après l'auteur, par ce procédé, on diminue le nombre et l'intensité des quintes, on supprime les complications et on augmente la force de résistance de l'organisme. (*Médecine mod.*)

### Eau bromoformée.

MM. Mathieu et Richet ont précisé le degré de solubilité du bromoforme dans l'eau ; si on laisse au contact, en agitant, du bromoforme et de l'eau, dans un flacon à moitié rempli, l'eau finit par dissoudre 3 grammes de bromoforme par litre, soit environ 5 centigrammes par cuillerée à bouche. On peut donc administrer ainsi des doses actives de bromoforme.

D'une manière générale, l'eau bromoformée reconnaît les mêmes indications que l'eau chloroformée ; M. Mathieu a obtenu de bons résultats dans les cas de douleurs gastriques, de quintes de toux tenaces chez les phtisiques, dans les vomissements des tuberculeux. (*Bulletin méd.*)

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Physiologie et pathologie de la respiration nasale** (1), par le docteur Henri MENDEL, ancien interne des hôpitaux, avec une préface de M. le professeur GARIEL, membre de l'Académie de médecine.

Jusqu'à la période contemporaine, le rôle physiologique du nez a été considéré comme à peu près négligeable. Pour les auteurs, cet organe était le siège du sens de l'olfaction et servait encore à la respiration. Gréhant et plusieurs auteurs allemands ont établi le rôle du nez comme organe apte à réchauffer, humidifier et filtrer l'air inspiré : encore ces recherches ne furent-elles pas toujours concordantes.

Frappé des troubles importants dont souffrent les malades atteints d'obstructions nasales, notamment les enfants porteurs de végétations adénoïdes, et trouvant fort peu satisfaisantes les opinions en cours — notamment la théorie du réflexe nasal — le docteur Mendel a entrepris une série de recherches sur la Physiologie et la pathologie de la respiration nasale.

Son travail est divisé en deux parties : dans la première partie, intitulée *Essai de mécanique respiratoire*, l'auteur a cherché à fixer l'importance de l'orifice respiratoire dans l'acte de la respiration. Reprenant des expériences faites à Boston en 1877, expériences qui ont démontré l'existence de mouvements pharyngiens rythmiques correspondant aux mouvements respiratoires, l'auteur attribue à ces mouvements du pharynx un rôle essentiel dans la respiration nasale. Ils contribuent à donner au nez une grande importance comme conduit respiratoire, à tel point que pour un effort inspiratoire égal et pour un temps égal, il passe un plus grand volume d'air par le nez que par la bouche. Cette proposition est confirmée par plusieurs tracés pneumographiques et aussi au moyen d'un appareil imaginé par l'auteur et auquel il a donné le nom de rhinomètre, car cet appareil sert à mesurer le degré de la respiration nasale.

Au cours de ses recherches, l'auteur a pu déterminer approximativement en grammètres le travail mécanique accompli par un sujet dans une aspiration. Au moyen de multiples expériences, il a pu mettre en lumière un rapport constant entre le volume inspiré et le travail mécanique accompli. Il formule ce rapport de la façon suivante : les travaux mécaniques accomplis sont directement proportionnels aux carrés des volumes inspirés.

Dans la seconde partie de ce travail, le docteur Mendel

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

étudie l'insuffisance nasale, maladie excessivement répandue. Les troubles causés par cette affection sont très nombreux : les plus importants sont causés par l'insuffisance de l'hématose, cause générale des maladies de nutrition.

L'auteur cite à l'appui de ses opinions plusieurs observations démonstratives, avec examen rhinométrique. Il faut citer encore les expériences que l'auteur a poursuivies à Alfort sur les chevaux et qui lui ont permis d'émettre une opinion sur l'usage des poches gutturales, organes dont on ignore la fonction.

**Blennorragie et mariage** (1), par le docteur Louis Jullien, chirurgien de Saint-Lazare.

Nul plus que le docteur Jullien, si connu par son Traité classique sur les maladies vénériennes, par ses recherches incessantes dans son service hospitalier, n'était qualifié pour montrer les dangers de la blennorragie et les moyens d'y parer.

Un chapitre d'une haute honnêteté et d'une grande originalité de vues sur la discrétion professionnelle sert d'introduction à cet intéressant volume.

Vient ensuite un chapitre sur l'évolution et le diagnostic de la blennorragie, subdivisé lui-même en trois parties : Blennorragie et gonocoque, Blennorragie et examen de l'urèthre, Blennorragie et gynécologie.

C'est surtout dans ses formes latentes et chroniques qu'elle menace l'avenir du mariage. « Avant tout projet, après la fixation du jour, après le mariage, » autant de divisions fécondes pour l'examen des problèmes multiples, indéfiniment variés et délicats, qui se présentent dans la pratique de tous les jours. L'auteur examine à ces différents points de vue le cas de l'homme et de la femme en face d'une blennorragie aiguë, chronique, ou guérie avec reliquat. Il est facile d'imaginer l'étonnante variété de ces pages, tour à tour graves ou plaisantes ; la comédie y coudoie le drame. En nous étalant sa pratique, l'auteur nous fait toucher du doigt l'un des côtés misérables, parfois odieux, parfois ridicules de la nature humaine, et trace au médecin les sûres règles scientifiques et déontologiques pour échapper à toute compromission.

---

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

### D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE

**2e session, Marseille, 8 octobre 1898.**

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Section de gynécologie (président M. le docteur Pozzi) : « Diagnostic et traitement des grossesses extra-utérines, » rapporteur M. le docteur Segond, professeur agrégé de l'Université de Paris (sera discuté, sections réunies).

2° Section d'obstétrique (président M. le professeur Pinard) : « Des auto-intoxications gravidiques, » rapporteurs MM. les docteurs Bouffe de Saint-Blaise, chef de clinique de la Faculté de Paris, et Fieux, chef de clinique de la Faculté de Bordeaux (sera discuté, sections réunies).

3° Section de pédiatrie (président M. le docteur A. Broca).

*a.* Questions discutées, sections réunies. Chirurgie : « Des hernies abdominales congénitales, » rapporteur M. le docteur Delanglade, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille. — Médecine : « Des associations microbiennes dans la diphtérie, » rapporteur M. le docteur Méry, médecin des hôpitaux de Paris.

*b.* Questions discutées, section spéciale : « La dyspepsie des collégiens, » rapporteur M. le docteur P. Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris. — « Traitement des cardiopathies infantiles, » rapporteur M. le docteur Weill, médecin des hôpitaux de Lyon. — « Les purpuras de l'enfance, » rapporteur M. le docteur Léon Perrin (de Marseille). — « Les diplégies de l'enfance, » rapporteur M. le docteur Oddo, médecin des hôpitaux de Marseille. — « Les colites de l'enfance, » rapporteur M. le docteur L. Guinon, médecin des hôpitaux de Paris. — « Traitement du pied bot paralytique, » rapporteur M. le docteur Z. Métaxas (de Marseille).

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 septembre 1898, ont été promus dans le corps de santé des colonies :

*Au grade de médecin principal.* — MM. Barran, en remplacement de M. Fontaine, décédé ; — Marchoux, en remplacement de M. Vergaz ; — Lafage, en remplacement de M. Mondon.

*Au grade de médecin de première classe.* — MM. Cognacq ; — Mille, en remplacement de M. Barran, promu ; — de Lavigne Sainte-Suzanne, en remplacement de M. Marchoux, promu ; — Houillon, en remplacement de M. Lafage, promu ; — Pelletier, en remplacement de M. Toché, promu ; — Blin, en remplacement de M. Allain ; — Delassus, en remplacement de M. Chaussade ; — Dethève ; — Le Roux, en remplacement de M. Maclaud.

— M. le docteur Nicolas, promu au grade de médecin principal, est affecté au cadre de Cherbourg.

— M. le docteur Pourtal, promu au grade de médecin de première classe, est maintenu au cadre de Lorient.

— M. le médecin de deuxième classe Thirion, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine, à Toulon, est destiné aux troupes en Crète, en remplacement de M. le docteur Duranton, rentrant en France pour cause de santé et qui sera affecté au 4e régiment.

— Liste de départ pour les colonies de MM. les médecins principaux, médecins de première et de deuxième classe du service des troupes de la marine :

1° Médecins principaux : MM. 1 Mercié, 2 Négadelle, 3 Alix (P.-M.), 4 Prat, 5 Curet, 6 Alix (L.), 7 Hervé (H.-M.-V.), 8 Rit.

2° Médecins de première classe : MM. 1 Bertrand, 2 Percheron.

3° Médecins de deuxième classe : MM. 1 Théraudren, 2 Thirion, 3 Mesny, 4 Préboist, 5 Porre, 6 Mailliu, 7 Binard, 8 Bérard, 9 Micholet, 10 Chabannes.

— Par arrêté ministériel, les médecins dont les noms suivent ont été institués, après concours, médecins de l'Assistance médicale des bureaux de bienfaisance de Paris :

IVe arrondissement, M. Morrisse ; Ve arrondissement, M. Darin ; VIIe arrondissement, M. Mary ; IXe arrondissement, M. Lapointe ; XIe arrondissement, M. Cange ; XIIe arrondissement, M. Dubreuil ; XIIIe arrondissement, MM. Forestier, Archambault et Riard ; XVe arrondissement, M. Chastenet ; XVIIe arrondissement, M. Bonnemaison ; XVIIIe arrondissement, MM. Manheimer, Collet et Héron de Villefosse ; XIXe arrondissement, MM. Bodin et Lebas.

— Des récompenses honorifiques ont été accordées aux médecins ci-après dénommés, membres honoraires et participants des sociétés de secours mutuels :

*Médailles d'argent* : MM les docteurs Aubeau, Binet, M. Blum, L.-C. Richet et Rondeau (de Paris) ; Bouchacourt et Duviard (de Lyon) ; Chapellier (d'Alais) ; Duvernois (de Belfort) ; Forest (de Troyes) ; Gandouet (de Frontenay) ; Jeanjot (de Donchery) ; Lefeuvre (de Rennes) ; Martin (de Saint-Jean-de-Trézy) ; Mercier (de la Bazoche-Gouët) ; Rousseaux (de Vouziers) ; Subert (de Nevers) et Crouzat (de Médéa).

*Médailles de bronze* : MM. les docteurs Bondon, Descoust, Dromain, Fissiaux et Signez (de Paris) ; Berneuil (de Quevauvil-

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

lers); Frottier (du Havre); Godivier (de Bouëre); Gross (de Nancy); Lainey (de Rouen); Templé (de Rennes) et Thèze (de Rochefort).

*Mentions honorables* : MM. les docteurs Blaise et Tucker (de Paris); Bardy (de Belfort); Goux (d'Agen); Lestocquoy (d'Arras); Perrotte (de Confrançon) et Sénac (de Cours).

Une médaille d'argent de deuxième classe a été décernée à M. le docteur Deshayes (de Saint-Eugène), pour acte de courage et de dévouement.

— M. le docteur Damaux, chirurgien de la Maison nationale de Charenton, est nommé médecin de l'École vétérinaire d'Alfort, en remplacement de M. le docteur Du Mesnil, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edward Aveling (de Londres).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.





N° 102. — JEUDI 8 SEPTEMBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 8 SEPTEMBRE 1898. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Ferrand a donné lecture d'un travail sur l'éducation physiologique du caractère. Nous ne savons si cette étude, quelque peu psychologique, deviendra l'objet d'une discussion. C'est peu probable par ce temps de vacances, et ce serait pourtant à souhaiter. Si les progrès considérables de l'hygiène permettent de fortifier les santés et aussi, dans une certaine mesure, les facultés intellectuelles, il serait bien heureux qu'on pût arriver aussi à former des caractères et il faut féliciter M. Ferrand d'en avoir indiqué les moyens.

MM. Coste et Monteux (de Marseille) ont adressé à l'Académie une note fort instructive sur une épidémie locale de broncho-pneumonie infectieuse ayant sévi sur plusieurs maisons contiguës à Marseille. On ne saurait trop insister sur ces faits et les mesures hygiéniques qu'ils comportent. C'est ce qu'a fait M. Landouzy dans un rapport sur cette communication de nos deux confrères de Marseille.

Signalons aussi un rapport élogieux de M. Motet sur une note de M. Maurice de Fleury relative au traitement médical ou, mieux encore, hygiénique de l'épilepsie. Les indications fournies par M. de Fleury sont bonnes à retenir, surtout après les tentatives infructueuses de la chirurgie en matière de traitement de l'épilepsie.

MM. Coste et Lop ont adressé des notes relatives à la variole, à la vaccine et aux rapports de la variole avec la tuberculose.

### HOTEL-DIEU DE LYON. — M. le professeur BONDET.

#### Un cas de pneumonie érysipélateuse.

Par les docteurs ARTAUD et BARJON.

Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement un cas typique de pneumonie à streptocoques, dont l'origine érysipélateuse ne fait aucun doute. Cette observation très complète nous a paru intéressante aussi par sa rareté. Un seul fait analogue avec contrôle bactériologique a été publié par Mosny en 1890 (*Arch. de méd. exp.*). En dehors de ce travail, nous rappellerons que Homburger (de Strasbourg) a décrit, en 1879, une pneumonie migratrice ou erratique chez les érysipélateux, évoluant comme un érysipèle ambulant, mais dont l'origine streptococcique n'a pas été démontrée.

En France, Straus décrivait la même année des faits semblables, mais toujours sans examen bactériologique. Enfin, en 1886, Weichselbaum décrivait une pneumonie à streptocoque; seulement il s'efforçait de démontrer que ce streptocoque était différent de celui de l'érysipèle.

Luigi Lucatello (*Arch. ital. di clin. med.*, 1890) a rencontré quinze fois le streptocoque seul, isolé dans l'exsudat pulmonaire. Ces pneumonies présentaient une marche plus irrégulière, de grandes oscillations thermiques; une dyspnée plus intense avec cyanose, souvent de l'albuminurie.

Roger (*Presse méd.*, 1894, et *Rev. de Méd.*, 1895) étudie la pneumonie dans l'érysipèle. Il admet, d'une façon incontestable, l'existence de la pneumonie érysipélateuse et rappelle, à ce propos, l'observation de Mosny, mais il la considère comme excessivement rare. Pour lui, la pneumonie vraie à pneumocoques, survenant comme complication au cours de l'érysipèle, est bien plus fréquente. Il en donne sept observations complètes avec examen bactériologique; il a observé d'ailleurs au cours de l'érysipèle d'autres accidents : péritonite, méningite, dus au pneumocoque. Toutefois, ces pneumonies diffèrent un peu cliniquement de la pneumonie franche. Elles ont un début plus insidieux, avec absence de frissons et de point de côté. L'aggravation des symptômes généraux, l'augmentation de la dyspnée et de la toux, enfin l'apparition d'une expectoration purulente et de sueurs profuses, les rapprochent cliniquement des pneumonies érysipélateuses à streptocoques.

Henri Cr..., dix-sept ans, entre à la clinique le 15 juin 1898. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Le malade a eu deux érysipèles de la face : l'un il y a déjà longtemps, le malade ne peut préciser la date; l'autre, il y a un mois. Pour ce dernier il a été soigné à l'hôpital de la Croix-Rousse; quand il sortit il allait très bien et avait même engraissé.

Le 11 juin le malade fut pris de frissons dans la soirée, avec douleurs et lassitude dans les jambes. Il s'alita aussitôt et ne tarda pas à ressentir un point douloureux dans le côté droit; la toux était vive et quinteuse.

Le malade eut une période d'amélioration dans la nuit

du 12 au 13; mais le 14 le point douloureux, qui avait disparu depuis deux jours du côté droit, se fit sentir avec intensité du côté gauche. Le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, l'état général n'était pas mauvais; il avait un peu d'abattement, une dyspnée légère, une toux assez fréquente et quinteuse, une expectoration gommeuse à peine purulente avec quelques stries jaunâtres, peu d'adhérence au fond du vase.

Pas d'hémoptysie.

L'examen direct des crachats par frottis sur lamelles, pratiqué le 16, a montré l'existence de très nombreuses chaînettes de streptocoques, avec quelques cocci groupés ou isolés. Il n'y avait pas de bacilles de Koch.

L'examen du thorax révélait une sonorité à peu près normale au sommet gauche et une matité assez marquée dans les deux tiers inférieurs. Les vibrations étaient conservées dans toute la hauteur.

A l'auscultation, on entendait des ronchus et des sibilances dans toute la partie supérieure et moyenne du poumon. A la base il y avait de l'obscurité, quelques râles aux deux temps, mais pas de souffle.

A droite, signes beaucoup moins marqués, quelques sibilances, pas de modifications de la sonorité.

16 juin. Le malade a eu une toux très quinteuse, coqueluchoïde. On entend très nettement aujourd'hui de gros râles humides et du souffle à la base gauche. Le malade a beaucoup de peine à respirer, les ailes du nez battent vivement. La température se maintient autour de 39 degrés.

Le facies est anxieux, l'expectoration un peu plus jaunâtre, quelques crachats teintés couleur abricot.

17 juin. Le malade a ce matin la peau froide et visqueuse; la température est tombée à 37°2; les yeux sont cernés; le malade a eu encore quelques épistaxis. A l'auscultation, c'est l'obscurité qui domine; il existe encore quelques râles par places et un peu de souffle.

20 juin. Le malade est resté apyrétique depuis le 17; la respiration a pris le type emphysémateux avec quelques râles. Pas de dyspnée.

23 juin. L'état général est bien meilleur, l'appétit est revenu et le malade demande à se lever.

La sonorité est redevenue à peu près normale au niveau du poumon gauche. La respiration a toujours gardé un caractère emphysémateux assez marqué avec quelques petits râles. La toux est encore assez violente quand le malade s'assied. L'expectoration a presque complètement disparu.

4 juillet. Le malade ne tousse à peu près plus; il va bien, a bon appétit.

Il se lève depuis cinq jours; il est descendu à la cour depuis avant-hier.

Il n'y a plus de signes locaux à l'auscultation.

10 juillet. Le malade part en convalescence.

*Recherches expérimentales.* — 22 juin. Un lapin est inoculé avec des crachats qui viennent d'être expectorés. Un examen direct montre qu'ils contiennent de nombreuses chaînettes de streptocoques, composées de cinq à six éléments, et quelques rares grappes de staphylocoques.

Inoculation avec 10cc d'un mélange de bouillon stérilisé et de crachats frais, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la racine de l'oreille gauche.

Sur l'oreille droite, à la face interne, scarifications au bistouri sur lesquelles sont déposées des parcelles de crachats frais.

En même temps, M. Paul Courmont inocule une souris avec quelques parcelles de ces mêmes crachats.

23 juin. L'inoculation a été faite il y a vingt-quatre heures. L'animal a peu mangé. Ce matin on le trouve blotti dans sa cage, immobile, atteint d'une pseudo-paralysie de l'arrière-train. Il ne réagit pas, ne cherche pas à fuir quand on le prend.

L'oreille gauche, injectée avec le mélange de crachats et de bouillon, est légèrement œdématiée et dure : on la voit rouge, très vascularisée, non seulement au point inoculé, mais encore sur une zone assez étendue autour de ce point. Elle ne paraît pas douloureuse, mais l'animal ne peut plus la mouvoir, elle tombe inerte.

Du côté de l'oreille droite, inoculée par scarifications, rien de particulier.

24 juin. L'animal a pris un peu plus de nourriture dans la journée d'hier et ce matin. Il est toujours immobile, toutefois les phénomènes de pseudo-paralysie semblent avoir diminué.

L'oreille gauche présente les mêmes symptômes que ceux observés hier, mais augmentés d'intensité. L'œdème, la rougeur, la vascularisation se sont étendus et ont envahi l'organe tout entier. Au niveau du point inoculé, et s'étendant un peu au-dessus, on constate une phlyctène gangréneuse, noirâtre, de la dimension d'une pièce de 1 franc, occupant surtout la face interne de l'oreille; à l'intérieur on voit un liquide noirâtre, très fluide, donnant lieu à une fluctuation très manifeste.

Du côté de l'oreille droite, aucun phénomène ne s'est encore produit.

Rien du côté des pupilles.

Température : matin, 38°7; soir, 38°2.

Pas de défécation depuis l'inoculation.

25 juin. L'état général paraît un peu meilleur : l'animal a mangé davantage, il reste moins immobile dans sa cage.

L'oreille gauche semble moins enflammée : la congestion, la vascularisation, l'œdème ont légèrement diminué; la dureté des tissus persiste, et l'organe tombe toujours inerte. La phlyctène s'est vidée, donnant issue à une certaine quantité d'un liquide noirâtre, et à sa place on voit une plaque gangréneuse nettement limitée, assez régulièrement arrondie, d'une surface égale à une pièce de 1 franc, un peu suintante et exhalant une odeur extrêmement fétide.

Aux points scarifiés, l'oreille commence à s'enflammer : rougeur, vascularisation, œdème.

Sous le maxillaire, à gauche, une tumeur fluctuante, du volume d'une noisette, a fait son apparition.

Température : matin, 40°5; soir, 40°2.

26 juin. État général moins satisfaisant : l'animal n'a presque pris aucune nourriture, il garde l'immobilité.

Rien de particulier du côté de l'oreille gauche, dont l'aspect reste sensiblement le même.

A droite, l'oreille présente des signes d'inflammation de plus en plus accusés. Elle tombe inerte comme celle du côté gauche.

Température : matin, 39°8; soir, 40°6.

L'abcès a percé, et il s'écoule par l'ouverture un pus blanc jaunâtre.

L'animal a une dyspnée manifeste.

27 juin. État général stationnaire. L'animal garde l'immobilité et laisse constamment reposer sur le sol sa tête, encadrée des deux oreilles tombantes et inertes.

La gauche présente une inflammation très diminuée; la plaque de gangrène persiste avec ses mêmes caractères, mais sans prendre d'extension. L'œdème dur se maintient, surtout au-dessus du point inoculé et envahi par la gangrène. Toujours odeur fétide.

A droite l'oreille tout entière est malade : très congestionnée, dure, œdémateuse, vascularisée et douloureuse au toucher.

L'abcès a cessé de suppurer, mais il persiste à ce niveau une petite tumeur.

Température : matin, 41°1; soir, 41°8.

28 juin. État général très mauvais. L'animal n'a pris

aucune nourriture ; il est complètement immobile, ne réagit pas. Dyspnée considérable. Pupilles dilatées.

Du côté des oreilles, les phénomènes persistent comme la veille, sans modifications sensibles.

Température : matin, 41°5 ; soir, 39°4.

29 juin. L'animal est tout à fait immobile et inerte, le poil hérissé, la tête appuyée à terre ; il a à peine mangé hier et ce matin. Incontinence des matières fécales, qui s'écoulent diarrhéiques et jaune clair. La dyspnée est extrêmement intense, l'expiration se fait avec un léger sifflement. Pupilles dilatées.

L'oreille gauche a diminué de volume ; la congestion, la vascularisation ont disparu. Il ne persiste plus qu'une dureté ligneuse des tissus qui sont froids au toucher. Elle tombe toujours inerte. La plaque de gangrène ne s'est pas étendue, elle exhale une odeur des plus fétides.

A droite, les phénomènes inflammatoires se sont également amendés : la rougeur a disparu en partie, ainsi que l'œdème et la vascularisation. L'oreille est tombante, et de même que l'autre, froide au toucher.

Température : matin, 38°4.

L'animal succombe le soir à six heures.

30 juin. Autopsie : A l'ouverture du thorax et de l'abdomen, on ne trouve rien d'anormal. Les organes ne présentent pas d'aspect particulier, et on ne trouve aucune localisation purulente dans le péritoine, les plèvres et les autres séreuses.

Les poumons n'offrent rien d'anormal : aucun signe de congestion, ils flottent dans l'eau et à la coupe paraissent normaux, sans point splénisé ni œdème.

Les autres organes, cœur, rate, intestins, sont d'apparence saine. Le foie est un peu gros et légèrement congestionné.

L'estomac est complètement rempli par du chou trituré, mais nullement digéré, bien que l'ingestion, d'après ce qui a été observé, remonte à plusieurs heures. L'intestin est vide ou à peu près.

Du sang est recueilli dans l'intérieur du cœur et ensemencé dans du bouillon, et placé à l'étuve à 37°7.

1er juillet. Le tube du bouillon, ensemencé hier matin avec le sang du cœur, est ce matin trouble.

A l'examen, coloration par le Ziehl et par le Gram : on voit sur le champ du microscope des chaînettes de streptocoques, d'aspect semblable à celles qui se trouvaient dans les crachats inoculés, c'est-à-dire courtes, composées de cinq à six éléments.

La souris qui a été inoculée par M. Paul Courmont en même temps que le lapin, et avec les mêmes crachats, n'a succombé que le troisième jour après l'inoculation. Le sang du cœur ne renfermait aucun pneumocoque.

Il y a dans cette observation plusieurs points intéressants.

Tout d'abord, cette pneumonie est survenue dans la convalescence d'un érysipèle de la face. Cette donnée étiologique, rapprochée de l'allure insidieuse de la maladie ; de l'existence de signes particuliers (dyspnée non en rapport avec les signes physiques ; toux quinteuse coqueluchoïde, absence d'expectoration caractéristique, râles de bronchite accompagnant le souffle tubaire, sans râles fins crépitants ou sous-crépitants), a permis d'éliminer presque d'emblée l'existence d'une pneumonie franche et de soupçonner la possibilité d'une infection streptococcique du poumon.

C'est ce que l'expérimentation a confirmé. Il ne s'agissait pas de pneumocoque, puisque l'inoculation des crachats à la souris n'a pas provoqué cette septicémie mortelle en vingt-quatre heures, qui est la caractéristique de l'infection pneumococcique. D'autre part, nous avions bien affaire à un streptocoque, et celui-ci était bien le streptocoque de l'érysipèle, puisque, sans aucun artifice de culture, l'inoculation directe des crachats à l'oreille du lapin a reproduit des deux côtés un érysipèle expérimental typique.

Cette observation est donc bien à rapprocher de celle de Mosny et elle complète cliniquement et bactériologiquement l'histoire des pneumonies à streptocoques.

Il ne s'agit plus ici de ces érysipèles du poumon, au sens de Louis et Chomel ; de ces pneumonies dites érysipélateuses par Trousseau, Schönlein, Raymond, etc., car tous ces auteurs n'avaient entrevu qu'un rapprochement clinique entre les deux affections. La question de nature n'était même pas discutée. C'est l'ère bactériologique qui a montré le rôle du pneumocoque de Talamon et Frænkel dans la pneumonie ; du streptocoque du Fehleisen dans l'érysipèle. C'est elle qui a montré aussi que le terme de pneumonie érysipélateuse n'était pas un vain mot. Si les auteurs du commencement du siècle l'ont justifié cliniquement, ceux de la fin l'ont confirmé par la méthode expérimentale.

La pneumonie érysipélateuse à streptocoques est une entité pathologique entièrement admise aujourd'hui.

---

## MÉDECINE PRATIQUE

### Traitement diététique de la constipation.

M. Cornet résume comme il suit, dans l'*Actualité médicale*, d'après Boas, Fleicher, Munck et Ewald, les principales règles du régime et du traitement qu'il convient de conseiller aux constipés :

ALIMENTS PARTICULIERS. — On peut, comme Boas, les diviser en trois catégories :

A. Ceux qui laissent des résidus dans l'intestin : pain de son, pain de Graham, pain de seigle, pain noir ; comme légumes : choux, navets, carottes, asperges, choucroute, épinards, salades, nouilles, macaroni, mets farineux, pommes de terre, lentilles, petits pois, haricots verts.

B. Les aliments qui provoquent une forte transsudation dans l'intestin et favorisent ainsi la liquéfaction des matières : compotes de prunes, de pommes, de prunelles, de mirabelles, d'abricots. Signalons, en outre : pruneaux, oranges.

C. Aliments qui provoquent le péristaltisme, par leur fort contenu ou leur grande production en acides organiques (butyrique, lactique, acétique). Nous rangeons ici huiles, graisses dans les aliments.

BOISSONS. — Aux repas, nous conseillons, suivant les cas et les individus : eau pure, froide ou chaude, alcaline ou sucrée, dont un grand verre, pris le matin à jeun, produit souvent de bons effets ; cidre, vin blanc, képhir. En dehors des repas, ou le matin à jeun : lait de beurre, lait battu, petit lait.

AUXILIAIRES UTILES. — On peut joindre à l'alimentation : miel, gâteaux au miel, pain d'épices au miel ou au sirop, et surtout le sucre de lait, que nous conseillons au lieu du sucre ordinaire, dont il convient d'user peu. On prend le sucre de lait, à raison de 10 à 16 grammes, dans une tasse de lait le matin à jeun ; ou bien une cuillerée à bouche trois à quatre fois par jour, dans lait, café, etc.

Chez les femmes, qui n'ont pas l'habitude de boire de la bière, un grand verre, le soir, peut convenir.

Chez les hommes, certains mets salés, tels que harengs,

caviar, favorisent les garde-robes. De même le cigare ou la pipe peuvent « en quelques bouffées » réveiller la fonction intestinale, sans qu'il soit pour cela nécessaire de devenir fumeur de profession.

Enfin, le café noir, après le grand déjeuner, est bien loin, pour nous, d'être contre-indiqué.

Particularités individuelles. — Nous avons indiqué les grandes lignes du régime alimentaire des constipés, mais il y a de grandes variations individuelles et, par une observation judicieuse, certaines personnes peuvent s'instituer à elle-même un régime qui leur convienne, tout en s'écartant des règles communes. Toutefois, ces excepions ne s'observent guère que pour certains mets ou certaines boissons en particulier. C'est ainsi que, chez les uns, un verre de lait le matin, que chez les autres, le café crème, le café au lait, provoque des évacuations alvines, etc.

Mets et boissons défendus. — Chez les personnes qui ont tendance à la constipation, il convient d'interdire : pain de luxe, biscuits, gâteaux, filets de bœuf, riz, cacao, ainsi que l'excès de viande, de pain et de pommes de terre. Comme boissons, le vin rouge et le thé ne conviennent pas.

Hygiène dans le genre de vie. — L'hydrothérapie trouve ses indications, surtout quand il s'agit de paresse intestinale d'origine nerveuse, manifeste ou cachée. Le médecin seul a qualité pour déterminer les moyens hydrothérapiques, suivant les circonstances morbides et individuelles. Ce peut être les douches, le jet brisé sur le ventre, l'enveloppement humide de l'abdomen pendant la nuit, les bains entiers, les bains de siège frais.

Le changement d'air prolongé dans une station thermale (Châtel-Guyon en France), et même en un lieu quelconque, choisi suivant le tempérament et l'état de santé général.

Les mouvements du corps qui soient compatibles avec les conditions d'âge, de sexe, de tempérament, d'état de santé général et même de profession.

Ce qui convient le mieux, c'est la gymnastique de chambre ou gymnastique suédoise (mécanothérapie), la marche, l'équitation, la nage, la rame. L'idéal à réaliser consiste à distraire l'esprit (neurasthéniques, nerveux, surmenés) et à mettre en jeu spécialement les muscles de l'abdomen, lesquels coopèrent au mécanisme de la défécation. C'est pourquoi nous donnons la préférence, après la gymnastique suédoise, à la nage et au canotage, mais surtout aux jeux de boules, de paume, de croquet, de quilles, et à cet exercice banal que chacun peut faire chez soi de la manière que voici : on se couche par terre sur le dos, et, les bras croisés, on s'exerce à se placer en position assise par le seul effort des reins et par le jeu des muscles fléchisseurs de l'abdomen ; ces mouvements de va-et-vient sont répétés un certain nombre de fois, et si, dans les débuts de cette gymnastique, on ne parvient pas à maintenir les jambes horizontales et immobiles, on prend un point d'appui pour les pieds, à la base d'une armoire.

Le massage, pour produire des effets durables, ne doit pas être de quelques semaines seulement, mais de plusieurs mois. Il consiste en chocs méthodiques et brefs, en tapotement, pétrissage et frottement. Il doit être pratiqué par le médecin ou par un masseur ou masseuse habiles. Le massage a pour effet, non pas de faire cheminer le chyme et les matières, mais d'exciter le péristaltisme et de favoriser la circulation intestinale.

L'électricité ne vaut pas, tant s'en faut, le massage. Cependant, des praticiens experts en obtiennent d'heureux résultats, mais seulement dans les cas d'atonie, et nullement dans les contractions spasmodiques où il y a contre-indication absolue.

Laxatifs et purgatifs. — Dans la constipation habituelle, les purgatifs ne doivent être que l' « ultima spes » et ne convenir qu'en cas d'absolue nécessité. Nous disons plus : on ne devrait prendre aucun purgatif sans l'avis d'un médecin. Car l'effet purgatif n'est jamais que l'effet d'un trouble provoqué dans l'organisme, trouble d'intensité variable, mais qui n'en présente pas moins parfois, suivant les tempéraments et les circonstances et l'état de santé, ses contre-indications très nettes et ses dangers.

*Contre-indications.* — Les purgatifs sont défendus dans la constipation par suite de péritonite, dans les ulcérations de l'intestin, les contractions toniques, la sténose organique, etc.

Suivant les circonstances, les purgatifs huileux (huile de ricin, huile d'olives à haute dose) ont l'inconvénient d'être indigestes ; les drastiques (aloès, séné, coloquinte, eau-de-vie allemande) irritent parfois le gros intestin et les organes voisins, congestionnent les hémorroïdes, etc. Quant aux purgatifs salins (sulfate de magnésie, eaux minérales, etc.), ils ont pour fâcheux résultat, et de favoriser la constipation, et de produire des indigestions violentes, des troubles nerveux, ou la syncope, s'ils sont ingérés d'une manière intempestive par des personnes faibles, excitables, ou d'une susceptibilité particulière sans cause appréciable.

Régularité dans les heures. — Ce qui veut dire, suivant le bon conseil de Trousseau, qu'il faut se présenter à la garde-robe, au même moment de chaque jour, et cela avec constance, qu'il y ait « envie » ou pas, que les selles soient pénibles ou d'abord nulles.

D'habitude, le besoin d'aller à la selle se fait sentir après le petit repas du matin, ou après le grand déjeuner. Ceci est dû d'ordinaire, et physiologiquement, à l'excitation réflexe du péristaltisme par le contact des aliments ou boissons avec la muqueuse gastrique, ou peut-être encore par un commencement de travail digestif. Quoi qu'il en soit, il est bon d'adopter l'un ou l'autre de ces deux moments pour se présenter à la garde-robe en cas de coprostase.

Chaleur des cabinets d'aisance. — Cette indication paraît banale, et pourtant nous connaissons maints constipés nerveux, qui le sont en hiver uniquement par constriction due au froid. Placez-les, d'un endroit non chauffé ou frais, dans une pièce chaude, et ils ont une garde-robe. C'est pourquoi il serait utile, alors que dans les villes la constipation est si commune, que les cabinets d'aisance pussent être chauffés.

Position dans les cabinets. — Il n'est pas jusqu'à la manière de se présenter à la garde-robe qui ne fournisse certaine particularité utile. La position accroupie, celle où l'abdomen est fortement fléchi sur les cuisses, est la meilleure, parce qu'elle favorise le jeu des muscles qui interviennent pour la défécation.

L'habillement doit être surveillé, surtout chez les jeunes filles, dont un trop grand nombre ont la fâcheuse habitude de chercher fine taille par un étroit corset. Les hommes doivent porter bretelles et rejeter l'aide de toute sangle ou ceinturon qui serrent trop.

Lavage de l'intestin. — Les lavages, lavements, remèdes ou clystères représentent des auxiliaires précieux contre la constipation habituelle ; malheureusement, leur pouvoir s'affaiblit par un usage trop fréquent.

*Indications.* — Les lavements conviennent quand il y a une grande quantité de matière accumulée dans la partie inférieure du gros intestin et que le traitement diététique ne suffit pas, nous leur donnons hautement la main sur les laxatifs ou purgatifs, d'autant que ceux-ci provoquent parfois de fortes contractions de la musculature et des douleurs vives, sans pour cela produire l'évacuation alvine.

*Contre-indications.* — Il ne faut pas recourir aux lavements dans la sténose de l'intestin, dans les ulcérations, et peu après les fortes hémorragies.

*Mode d'emploi.* — On se sert d'un irrigateur calibré, et la quantité du liquide varie suivant qu'il y a lieu à lavement simple ou à grande irrigation; de même, on emploie moins d'eau froide que d'eau tiède ou chaude.

Les lavements d'huile de Kussmaul et Feinberg ont le grand avantage de couler lentement et de dilater lentement et progressivement le gros intestin. L'huile excite moins le péristaltisme, mais reste plus longtemps dans l'intestin et favorise la désagrégation et la sortie des matières. Pour les grands lavements d'huile, on utilise une grande canule, et la position préférable est le décubitus dorsal, le siège étant un peu élevé.

Les injections de glycérine dans l'anus, à la dose de 3 à 4 grammes, ont été conseillées par Anacker et Oidtman.

---

## ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

### DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET DE SES ANNEXES PAR LES RAYONS RÖNTGEN

Par M. le docteur Maurice Mignon.

Conclusions. — Si nous passons en revue les résultats obtenus par l'application des rayons de Röntgen à l'appareil respiratoire et à ses annexes, nous voyons qu'ils diffèrent selon les régions et le but cherché.

1° Les fosses nasales peuvent être examinées avec un certain intérêt, surtout dans le cas de lésions osseuses; bien que l'examen en soit assez facile, du moins dans la partie antérieure, la radioscopie pourra donner de précieuses indications, soit pour les corps étrangers assez opaques, soit pour les lésions difficilement accessibles.

2° L'application aux sinus ne présente pas les mêmes avantages pour chacun d'eux. Le sinus frontal pourra bénéficier de la méthode fluoroscopique. Le sinus maxillaire, explorable par le même moyen, est plus exactement étudié par la diaphanoscopie; cependant, les modifications osseuses, les corps étrangers seront, par la nouvelle méthode, beaucoup mieux vus. Quant au sinus sphénoïdal, il n'est pas assez visible pour permettre des déductions cliniques.

3° L'examen du larynx au fluoroscope est utile si les lésions ont modifié notablement l'épaisseur des tissus, ou si elles sont profondément situées dans la région. Les altérations superficielles de la muqueuse relèvent de l'examen laryngoscopique, tandis que la conformation des cartilages, la disposition d'un corps étranger est vue plutôt par transparence.

4° La trachée et les bronches peuvent être vues, mais ne tirent pas de l'examen fluoroscopique un grand bénéfice, bien qu'on ait pu quelquefois observer leurs modifications de calibre. Plus utile sera l'examen des ganglions péritrachéo-bronchiques, souvent très difficile par les moyens ordinaires.

5° Le poumon est particulièrement explorable au fluoroscope : sans compter la recherche des corps étrangers, qui souvent ne peut être faite autrement; on pourra voir directement des lésions de congestion, d'œdème, d'emphysème; la pneumonie, le cancer, le kyste hydatique seront plus exactement limités que par les signes stéthoscopiques. La tuberculose, souvent diagnostiquée trop tard, peut, dans quelques cas, être révélée plus tôt, et surtout la disposition de ses lésions est mieux appréciée. Les altérations de la plèvre et les modifications de sa cavité sont aussi indiquées d'une façon assez précise.

6° Les applications thérapeutiques sont encore trop peu nombreuses au point de vue clinique, pour permettre de conclure, mais les recherches expérimentales semblent favorables à leur emploi.

Les rayons de Röntgen donnent, comme on le voit, des indications qui, de jour en jour, se complètent et méritent hautement l'intérêt qu'elles inspirent; ils ne diminuent en rien l'utilité des autres méthodes d'examen, mais ils les complètent souvent, si on sait interpréter les résultats obtenus.

---

## THÉRAPEUTIQUE

**Traitement du tænia chez les enfants** (Guida).

Pour obtenir le succès il faut, avant tout, que le petit malade soit mis à la diète liquide, puisque l'usage des aliments solides rend peu active ou nulle l'action des substances vermicides.

Les préceptes à suivre sont les suivants :

1° Mettre l'enfant à la diète liquide absolue (bouillon avec jaune d'œuf et lait) après administration d'un purgatif, qui sera surtout l'huile de ricin à la dose de 5, 10 ou 15 grammes.

2° Donner le vermifuge et mettre l'enfant au lit.

3° Tenir l'enfant sur un vase quelconque plein d'eau, pour éviter que le ver se brise.

Les substances les plus employées comme vermicides sont nuisibles aux enfants ou agissent peu; de plus, ne pouvant s'administrer sous forme pilulaire ou dans des hosties, on doit donc les mêler à des substances liquides ou sirupeuses, qui dégoûtent et qui provoquent le vomissement.

Quand il n'est pas possible de les administrer, la potion suivante est très utile :

| | | |
|---|---|---|
| Eau distillée de menthe. . . . | 50 | grammes. |
| Extrait éthéré de fougère mâle. | 6 | — |
| Essence de térébenthine . . . | 1 | — |
| Sirop de fleurs d'oranger. . . | 30 | — |

A prendre en une fois (Comby).

Ou bien :

| | | |
|---|---|---|
| Sirop de menthe. . . . . . . | 20 | grammes. |
| Huile de ricin. . . . . . . . | 15 | — |
| Extrait éthéré de fougère mâle. | 2 | — |
| | | (Blacho). |

Ou bien :

| | | |
|---|---|---|
| Huile éthérée de fougère mâle. | 4 | grammes. |
| Calomel . . . . . . . . . . | 40 | centigr. |
| Gélatine ou sucre . . . . . . | q. s. | |

En une fois (Descroizilles).

Mais ces substances sont peu agréables et fort difficiles à administrer. On ne peut pas non plus administrer le kousso et la pelletiérine à des enfants.

La kamala peut s'administrer en poudre et en teinture, sans aucun danger :

| | | |
|---|---|---|
| Pulpe de tamarin . . . . . . | 30 | grammes. |
| Poudre de kamala. . . . . . | 6 | — |
| Succédané de limon . . . . . | q. s. | |

A prendre en une fois (Duplessis).

Ou bien :

| | | |
|---|---|---|
| Teinture de kamala . . . . . | 10 | grammes. |
| Sirop d'écorce d'orange . . . | 30 | — |
| Eau de menthe . . . . . . . . | 80 | — |

En une fois.

Les graines de courge, mêlées à un purgatif, constituent un remède de premier ordre :

Graines de courge. . . . . . 50 grammes.
Huile de ricin. . . . . . . 10 —
Sucre en poudre. . . . . . . 15 —
Succédané de limon . . . . . qq. gouttes.

Pour faire une pâte homogène; en trois fois aux enfants de trois à quatre ans; en une fois aux enfants de sept à dix ans.

Faire suivre l'administration de 10 grammes d'huile de ricin ou d'une infusion de 5 grammes de feuilles de séné dans une tasse de café. (*Journ. de méd. de Paris.*)

**Traitement des vomissements par le menthol.**

M. Morel-Lavallée a préconisé le traitement suivant des vomissements incoercibles :

Menthol . . . . . . . . 10 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne. 20 —
Alcool. . . . . . . . . 60 grammes.
Sirop simple. . . . . . 30 —

A prendre par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure.

M. Mathieu vient à nouveau de vanter les bons effets du menthol contre les vomissements alimentaires des tuberculeux. Le menthol est donné de la façon suivante :

Menthol . . . . . . . . 20 centigrammes.
Julep gommeux. . . . . . 150 grammes.

Bien agiter avant de s'en servir. — 2 à 4 cuillerées à bouche espacées après le repas.

Sous l'influence de cette médication, les quintes de toux provoquées par l'ingestion des aliments sont supprimées, ou atténuées; elles n'entraînent plus le vomissement. Le menthol est, dans ces cas, un excellent succédané de l'eau chloroformée et de la glace.

M. Ferrand, étant d'avis que l'élément spasmodique joue un très grand rôle dans la pathogénie de ces vomissements, préconise les badigeonnages au pinceau de la région pharyngée avec la solution suivante :

Bromure de potassium . . . . 5 grammes.
Glycérine . . . . . . . . . . 50 —

Badigeonnages pratiqués soit au moment des quintes de toux, soit avant le repas, et qui, en diminuant la sensibilité du pharynx, modifient favorablement le réflexe provoqué par le passage des aliments. (*Revue de clin. thérap.*)

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 septembre 1898. — Présidence de M. Panas.

### LECTURES

**Tuberculose et variole.** — M. Lop, se basant sur 64 observations personnelles, 54 appartenant au professeur Revillod (de Genève) et 22 empruntées à la thèse de Chauvin, confirme la prédisposition qui unit la variole à la tuberculose, celle-ci étant d'autant plus grave que le temps écoulé entre les deux maladies est moins long. C'est donc un argument de plus pour demander l'obligation de la vaccine.

**Prophylaxie de la variole.** — M. Coste étudie chacun des modes d'infection varioleuse auxquels il convient d'opposer un mode de défense appropriée, et s'arrête aux propositions suivantes :

1° Isoler tout individu contaminé, même tout individu ayant pu être contaminé, et cela, pendant toute la durée de la période d'incubation, c'est-à-dire de neuf à dix jours;

2° Désinfecter tout ce qui a pu être infecté, navire, marchandises, hardes, bagages;

3° Vacciner ou revacciner tout individu susceptible d'être contaminé.

### RAPPORTS

**Traitement de l'épilepsie.** — M. Motet fait un rapport sur un travail de M. Maurice de Fleury relatif à ce sujet. Ce travail, dit M. Motet, vient à son heure. Après les tentatives chirurgicales infructueuses, telles que la trépanation du crâne, la résection des ganglions supérieurs du grand sympathique, interventions qui n'ont donné que des améliorations passagères, ainsi que le prouvent les statistiques de MM. Launois et Jaboulay sur la sympathectomie, il était tout naturel de renouveler les recherches du côté du traitement médical. C'est ce qu'a fait M. Maurice de Fleury, en s'adressant surtout à l'hygiène de l'appareil digestif, en surveillant attentivement les auto-intoxications d'origine gastro-intestinale. A ce propos, M. Motet rappelle les recherches déjà entreprises par M. Voisin sur ce sujet. M. de Fleury a été plus loin. Il est convaincu qu'une alimentation propre à éviter les congestions et la production de toxines, les lavages de l'intestin et de l'estomac, les injections de sérum artificiel peuvent avoir un résultat très favorable sur les crises épileptiques. Les injections de sérum artificiel, selon M. Maurice de Fleury, auraient encore l'avantage d'augmenter les effets sédatifs du bromure de potassium.

**Pneumonies infectieuses épidémiques.** — M. Landouzy fait un rapport sur un travail de MM. Lop et Monteux (de Marseille), relatif à une épidémie de pneumonies infectieuses ayant sévi sur trois maisons voisines.

Il s'agit de 25 cas de bronchopneumonies, d'aspect typhoïde, essentiellement graves, puisqu'on enregistra 11 décès, éclatant en 1896-1897 dans trois maisons contiguës de Marseille, et s'y cantonant étroitement. Les auteurs signalent, comme causes occasionnelles, la fatigue, l'encombrement, le surmenage; comme cause déterminante de l'extension du premier foyer, la contagion par les crachats. Il suffit de faire évacuer les maisons pour arrêter l'épidémie. A signaler un cas de contagion professionnelle dont M. Lop fut la victime.

### COMMUNICATION

**Éducation physiologique du caractère.** — M. Ferrand lit une note sur ce sujet.

Voici les conclusions de ce travail :

Le caractère étant la manière d'agir, il faut, pour l'éducation du caractère, provoquer l'action d'abord, puis l'organiser de telle manière que les centres inférieurs de l'activité nerveuse demeurent subordonnés aux centres supérieurs, selon la hiérarchie naturellement établie entre eux.

Il faut, de plus, que l'action inhibitrice de ces centres, les uns sur les autres, s'effectue de telle sorte que les mouvements qu'elle associe demeurent hiérarchisés, comme les centres nerveux qui les dirigent, et qu'au-dessus de tous les centres reste toujours souveraine maîtresse la volonté intelligente et libre.

C'est à ce prix que la culture du caractère, développant la portée de l'action en mesurant son effort, peut élever la puissance d'agir à ce niveau exceptionnel qui la fait appeler de ce même nom : un caractère.

La séance est levée.

---

## THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

M. Fourestié. Le drainage périnéal de la vessie dans les états douloureux de la vessie. — M. Dupuy. De la marsupialisation dans les kystes de l'ovaire. — M. Rivière. Variations électriques et travail mécanique du muscle. — M. Dion. L'urée; son emploi comme diurétique et en particulier dans les cirrhoses atrophiques. — M. Rupeau. De quelques considérations générales sur les urines. — M. Caris. Des lésions des culs-de-sac vaginaux pendant l'accouchement. — M. Houpert. Contribution à l'étude du traitement du placenta prævia. — M. Parrot-Lagarenne. Lipomes de la joue. Masses graisseuses de la région temporo-jugale. — M. Bourdette. De l'irrigation naso-pharyngienne; ses indications, son abus, ses dangers. — M. Herran. De la syndactylie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le médecin en chef Balbaud, actuellement à Cherbourg, est désigné pour faire partie de l'état-major général de M. le vice-amiral Sallandrouze de Lamornaix, nommé au commandement en chef de l'escadre du Nord.

— M. le médecin en chef Segard est désigné pour faire partie de l'état-major général de M. le vice-amiral Fournier, nommé au commandement en chef de l'escadre de la Méditerranée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur P. Monnange (de Saint-Maur-les-Fossés).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 103. — SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1898. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » . — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Sténoses du pylore (1).

Par MM. A. Coyon, interne des hôpitaux, et Gaston Legros, interne provisoire.

III

**Diagnostic.** — Comment donc, chez un malade souffrant depuis un temps plus ou moins long, reconnaître qu'une sténose pylorique s'est constituée et que l'on est en présence de symptômes d'ectasie, de rétention gastrique?

Deux cas peuvent se présenter : le malade ayant les symptômes de sténose, il existe ou non une tumeur dans la région pylorique.

Sans entrer dans la discussion de savoir si cette tumeur affecte le pylore, on comprend d'ores et déjà que sa situation affecte une valeur par elle-même. En cas de doute, les moyens de distinction seront les mêmes que ceux employés pour le cas où rien n'est perçu à la région pylorique, et où l'on est en droit de se demander s'il y a bien sténose.

Les signes nécessaires pour étayer ce diagnostic sont :

Les douleurs épigastriques, les vomissements particuliers, et surtout la présence d'aliments dans l'estomac, le matin à jeun, symptômes constants de la rétention gastrique, la constatation d'une dilatation plus ou moins grande, les accès de péristaltisme stomacal, la diminution de la sécrétion urinaire, enfin, les faits particuliers tirés de la recherche de l'azote.

Ces notions nous amènent à penser que nous nous trouvons en présence du *syndrome des sténoses pyloriques*, mais il existe à côté des affections pouvant simuler ce syndrome : *il n'y a pas tumeur*.

*La maladie de Reichmann protopathique.* — Dans le cas de gastro-succorrhée, sans sténose, le liquide retiré à jeun est un liquide de sécrétion et non de rétention ; il n'y a pas, en effet, de phénomène de stase, c'est-à-dire il n'y a pas présence d'aliments dans le liquide.

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 917.

D'autre part, si beaucoup de symptômes sont communs aux deux affections, on peut dissocier les faits suivants :

En dehors des crises, les vomissements sont moins fréquents, moins abondants et presque toujours liquides, ne renfermant pas, en effet, de résidus alimentaires.

Le lavage de l'estomac, presque toujours facile, ne ramène pas de débris alimentaires lorsqu'il est fait le matin, mais un liquide incolore spumeux, acide.

*La dilatation par atonie gastrique pure ou myasthénie.* — Il existerait, pour certains auteurs, une forme de dilatation par atonie, indépendante de toute sténose, apparaissant après la fièvre typhoïde ou succédant à des gastrites anciennes. On peut voir combien le diagnostic en est difficile, pour ne pas dire presque impossible, et nous ne nous attarderons pas à le discuter, car dans ces cas, le seul traitement rationnel est le traitement chirurgical, la gastroentérostomie.

*L'estomac biloculaire* qui succède, soit à un ulcère de la grande courbure, soit à des adhérences des faces antérieures ou postérieures de l'organe, pourrait, d'après Marion et Perret (de Lyon), donner les symptômes de [illegible] tation, de rétention, d'ondes péristaltiques, en [illegible] croire à une sténose pylorique.

Quelques signes permettraient cepend[illegible] rencier.

Dans l'estomac biloculaire, la dilat[illegible] cardiaque est la seule ordinairemen[illegible] qu'elle reste presque toujours à [illegible] lorique, au contraire, l'esto[illegible]

Pour Jaworski on [illegible] produire le bruit de [illegible] lité de rien ret[illegible] tante séparé[illegible] étroit).

Pour [illegible] introd[illegible] Bo[illegible] qui [illegible]

...une sangle de Glénard peut appartenir aux deux affec...ons; mais, à mesure que la sténose pylorique s'accentue ...r cicatrisation des adhérences, les différences deviennent ...lus nettes : les vomissements répétés, le péristaltisme, ...oligurie, sont rares dans l'entéroptose; par contre, le trai...ement de cette affection n'est suivi que de résultats très ...latifs dans les sténoses par brides ou coudures.

Le diagnostic d'avec la *gastrite urémique* dans laquelle ...es vomissements sont peu abondants, muqueux, fréquents, ...ouvant cesser à l'occasion d'une crise de diarrhée, et ren...ermant, pour ...ner, plus d'un gramme d'urée par litre. On a, de plus, l'oligurie qui survient chez un malade ...uparavant polyurique, une dyspnée « sine materia », une ...achexie à type artériel ou brightique, mais non cancé...euse. Enfin, souvent, la présence d'un bruit de galop du ...œur gauche.

*Voyons maintenant le cas où il y a tumeur.* — Nous trou...ons là des affections souvent de diagnostic plus difficile, ...ui tantôt peuvent par elles-mêmes prêter à l'erreur, tantôt ...euvent se compliquer de sténose.

*L'ulcère stomacal* avec périgastrite épaississant la paroi ...u niveau du pylore peut, sans qu'il y ait momentanément ...ténose, faire hésiter le diagnostic; plus tard la sténose se ...onstituera, soit par spasme, soit par cicatrisation de l'ul...ère, soit par la compression du fait de la périgastrite, soit ...ar adhérence de la paroi stomacale antérieure ou posté...ieure, empêchant l'estomac de se vider et donnant lieu à ...es troubles dyspeptiques et à des symptômes de rétention. Dans ce dernier cas, l'insufflation montre, au lieu de la ...ilatation ordinaire de l'estomac, des déformations plus ou ...oins marquées dans la région épigastrique.

La *gastrite urémique avec tumeur.* — M. Huchard (1) a rap...pelé des cas où le processus scléreux peut s'étendre à l'es...tomac, déterminer une gastrite interstitielle avec induration ...pylorique, ce qui, avec les symptômes de la gastrite uré...mique, peut faire égarer le diagnostic.

...OSTIC DE LA CAUSE. — Si le diagnostic de sténose ...st relativement facile, bien autrement ardu est ...iologique.

...une sténose pylorique, il importe d'en re... : c'est par une détermination exacte de ...rra instituer un traitement rationnel, ...rgical, et que dans ce cas une inter... grandes chances de réussite

... *à la région pylorique,*

...ue avec hyper... ...e, l'examen ...ont sur la ...ertaine ...ur un ...cule

...lu ...i ...l

l'ulcère est cause du spasme pylorique, et par suite de sténose; dans d'autres cas, c'est un rétrécissement cicatriciel, suite d'ulcère; mais alors, presque toujours, l'ulcère a déterminé des accidents tels que les antécédents permettent de faire le diagnostic.

Le néoplasme du pylore, alors qu'aucun signe physique ne peut en permettre le diagnostic : les antécédents, la nature et l'âge, présomptions de valeur relative, ne suffisent pas, non plus que l'examen du chimisme gastrique. La chlorhydrie n'a pas l'importance qu'on a voulu lui donner et sa quantité varie avec chaque sujet. On a dit que dans les cas de sténose due à un néoplasme, il y avait hypochlorhydrie, mais nombre d'analyses ont montré depuis que cette hypothèse n'était pas justifiée, et il est des cas de néoplasme vérifiés à l'autopsie, où le chimisme a montré une hyperchlorhydrie nette.

Cependant, certains auteurs ont mis en évidence, dans les cas de néoplasme avec hyperchlorhydrie, l'évolution de la néoplasie sur la cicatrice d'un ancien ulcère. Dans le cas de néoplasme primitif, il y aurait toujours hypochlorhydrie.

Les sténoses d'origine biliaire ont pour elles des anamnestiques de lithiase, d'infection biliaire. L'élimination des calculs par l'anus peut faire penser à une fistule cholécysto-duodénale (on admet difficilement le passage des calculs volumineux à travers le cholédoque); au contraire, la présence de calculs biliaires (cas de Hayem) dans les vomissements ou dans les lavages d'estomac sont des preuves de fistule cholécysto-gastrique. La constatation d'une tumeur bosselée, saillante, douloureuse au niveau du bord inférieur du foie et du bord externe du grand droit, feront encore pencher vers la lithiase, surtout si une hématémèse est survenue au début, indiquant l'irruption du calcul dans le pylore ou dans l'estomac par une fistule.

Pour Bouveret, l'atténuation des signes gastriques dans le décubitus dorsal serait un signe de sténose par fixation anormale : il appartiendrait donc souvent à des rétrécissements par adhérences cholécysto-pyloriques ou duodénales.

Il semble bien impossible, dans les cas de sténose d'origine biliaire, lorsque le malade n'a pas rendu de calculs biliaires, de savoir si la sténose est due soit à un calcul, soit à des adhérences.

Dans les sténoses suite d'ingestion de liquide caustique, le diagnostic sera établi par les commémoratifs.

La sténose par linite plastique dont le diagnostic semble presque impossible : on aurait signalé dans ce cas l'intensité des douleurs, la cachexie non jaune paille et le faciès tiré, grippé souffreteux du malade, l'estomac petit, ratatiné, caché dans l'hypocondre gauche, mais tous ces signes, on le voit, ne permettent pas d'affirmer un diagnostic.

*b.* Dans le cas de *tumeur de la région pylorique*, il faudra chercher le siège exact de cette tumeur, la délimiter et voir si elle dépend bien du pylore ou si elle n'est pas sous la dépendance d'un organe voisin en se souvenant cependant que dans certains cas le pylore peut être déplacé.

Dans le cancer du pylore, la tumeur souvent a été précédée de symptômes dyspeptiques, d'hématémèses, la coarctation est en général plus serrée, la stagnation des aliments ingérés plus marquée, le liquide plus sale et pouvant contenir quelquefois des traces de sang. On a enfin la pauvreté de la sécrétion qui fait que les débris alimentaires restent pour ainsi dire à sec. La marche est plus rapide.

L'ulcère avec périgastrite a souvent pour lui certains signes commémoratifs fournis par le malade. Mais il est

des cas où il est impossible de poser le diagnostic entre l'ulcère et le cancer, ce dernier pouvant, on le sait, apparaître sur la cicatrice d'un ancien ulcère.

Dans les cas de cancer du pancréas comprimant le pylore, il existe des phénomènes hépatiques, de l'ictère par rétention, de la glycosurie, le siège de la tumeur est plus limité entre les fausses côtes et l'ombilic.

Le cancer de la vésicule biliaire, tumeur dure, légèrement fluctuante, globuleuse, mobile avec le diaphragme, siégeant entre le bord externe du grand droit et les fausses côtes, donne aussi lieu à des phénomènes ictériques.

La vésicule calculeuse est diagnostiquable par son siège, sa consistance, par les antécédents de lithiase.

Reste enfin le DIAGNOSTIC DU SIÈGE.

En effet, les sténoses pyloriques et sous-pyloriques reconnaissent fréquemment comme origine, nombre de causes identiques et présentent un ensemble de symptômes à peu près communs.

Pourtant, pour M. Hayem, il existerait des signes de différenciation : à la sténose pylorique appartient un liquide de stase abondant à débris alimentaires grossiers ; à la sténose sous-pylorique un liquide résiduel peu abondant ne renfermant que des débris alimentaires microscopiques. Enfin et surtout la sténose sous watérienne a pour elle la coloration verdâtre ou jaunâtre du liquide de stase, par reflux de la bile et la présence du suc pancréatique dans l'estomac.

## IV

Traitement. — En présence d'un malade atteint d'un rétrécissement du pylore, quelle conduite tenir ?

L'un des premiers soins du médecin doit être d'en reconnaître la cause, un diagnostic précis et précoce est pour le malade d'importance capitale. On conçoit, en effet, que si la sténose est d'ordre néoplasique, plus on agira rapidement, plus on aura de chances de succès. Par là, il est vrai, ce n'est plus le traitement de la sténose, mais le traitement de la cause, et celui-ci indirectement fera disparaître les symptômes.

Il est dans le traitement des sténoses pyloriques deux grandes indications :

Si la sténose est d'origine néoplasique ou d'origine organique nettement constituée, l'intervention chirurgicale rapide s'impose. On ne peut avoir la prétention de faire disparaître par une autre méthode soit une cicatrice, soit une bride fibreuse.

Si la sténose est d'origine spasmodique, que le spasme dépende d'un ulcus, ou de l'hyperacidité gastrique, le traitement médical est rationnel. Il est cependant des faits exceptionnels où la sténose par contracture appartient au chirurgien.

Dans ces cas, M. Albert Robin emploie le procédé suivant : lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint de sténose par contracture et arrivé à un tel état de cachexie que l'on peut se croire en présence d'un néoplasme pylorique, on peut savoir si le malade retirera profit du traitement interne, ce, par le régime lacté qui montre si la sténose est encore perméable et qui, de plus, diminue l'irritation pylorique due à l'hyperacidité, le lait n'excitant pas la sécrétion gastrique.

Le malade est mis au régime lacté absolu. Toutes les deux heures, on donne dans la journée 300 grammes de lait stérilisé, lait qui doit être pris par petites gorgées, lentement, à longs intervalles, la nuit le malade ne doit rien prendre. Le malade est laissé au repos le plus absolu. Disons que, donné de cette façon, le lait est parfaitement supporté par tous les malades sans exception. Pendant les trois ou quatre premiers jours le malade perd de son poids, les jours suivants il récupère son poids normal, et vers le huitième ou neuvième jour, il doit augmenter d'une manière progressive. Si, dans le cas contraire, le malade reste stationnaire ou maigrit, il n'y a pas à hésiter, il doit être confié au chirurgien. Ce procédé a donné à notre maître d'excellents résultats.

Dans les cas de grande distension, il est nécessaire, avant de soumettre le malade au régime lacté, de faire un lavage de l'estomac pour enlever les résidus causes de fermentation. Reste maintenant à étudier le traitement médical.

Dans la contracture résultant de la présence d'un ulcus au voisinage de l'anneau pylorique, la guérison de l'ulcère amènera la disparition des phénomènes dus à la sténose.

Lorsque la contracture cause de la sténose est liée à l'hypersthénie gastrique, trois cas peuvent se rencontrer :

1° Dans quelques cas très rares, la contracture existe depuis un certain temps, le malade est très amaigri ; soumis au régime lacté, il n'éprouve aucun soulagement, n'augmente pas de poids ; ces formes, nous l'avons vu sont justifiables du traitement chirurgical.

M. Albert Robin en aurait quatre cas sur plusieurs milliers de dyspepsie. Ces malades gastro-entérostomisés par M. Doyen, qui ne trouva, au cours de l'opération, aucune cause organique de sténose, ont tiré les meilleurs résultats de l'intervention.

2° Lorsque le spasme pylorique est intermittent, qu'il ne détermine que des petits signes de rétention, avec de la distension gastrique, le traitement de l'hypersthénie avec hyperchlorhydrie fait disparaître ces symptômes.

Si nous en parlons ici, quoique dans ce cas il n'y ait pas à proprement parler de sténose pylorique constituée. C'est que ces faits sont très fréquents, ils sont le premier pas vers la sténose, et bien souvent la cause passant inaperçue, la distension stomacale attirant d'abord l'attention, ils sont classés comme dilatation de l'estomac.

3° Reste enfin le troisième groupe qui nous occupe, dans lesquels la contracture permanente du pylore a donné lieu aux symptômes de la sténose. Si le traitement médical à lui seul fait disparaître tous les phénomènes, un premier point est d'interdire l'emploi du bicarbonate de soude à haute dose, cette méthode a été non seulement cause d'insuccès, mais cause d'aggravation de l'état du malade.

Dans les grandes dilatations une des premières indications est de vider l'estomac des débris alimentaires qui y séjournent ... donnent naissance à des gaz, à ...

Il

ce

l

oumis au régime lacté qui permet le repos de l'estomac. n même temps pour combattre l'excitation glandulaire, ous aurons recours aux modérateurs réflexes : vératrine, ocaïne, morphine, atropine, et pour modifier l'afflux circuatoire, qui est une des conditions de l'hypersécrétion, on mploiera l'ergotine.

Dans les formes peu graves où il n'y a pas d'intolérance astrique, on associera ces médicaments suivant la formule e M. Albert Robin :

| | |
|---|---|
| Solanine. . . . . . . . | 10 centigrammes. |
| Acide sulfurique dilué. . | qq. gouttes p^r^ diss. |
| Chlorhydrate de cocaïne . . | āā 10 centigr. |
| Chlorhydrate de morphine . | |
| Picrotoxine. . . . . . . . . | āā 2 centigr. |
| Atropine (sulfate neutre). . | |
| Ergotine Yvon. . . . . . . . . | 1 gramme. |
| Eau chloroformée. . . . . . . . | 9 — |

Une à trois gouttes avant chaque lait.

Dans les cas les plus graves, si après chaque prise de lait e malade a des vomissements, on supprimera la solanine t on augmentera la picrotoxine :

| | |
|---|---|
| Picrotoxine. . . . . . . . . | 5 à 10 centigr. |
| Alcool. . . . . . . . . . . | q. q. gouttes. |
| Chlorhydrate de morphine . | 5 à 10 centigr. |
| Atropine . . . . . . . . . | 1 — |
| Ergotine Bonjean. . . . . | 1 gramme. |
| Eau de laurier-cerise . . . | 10 — |

Trois gouttes avant chaque prise de lait.
Ne pas dépasser vingt gouttes.

Malgré ce premier traitement, il peut se faire que soit par ermentation, soit par hypersécrétion, il se produise une yperacidité. Il faut la combattre en faisant prendre au nalade une heure après la prise de lait un des paquets suiants :

| | |
|---|---|
| Magnésie hydratée. . . . . . | 6 grammes. |
| Craie préparée. . . . . . . . | 4 — |
| Sous-nitrate de bismuth. . . . | |

Pour douze paquets. Pas plus de trois par jour.

Après une période plus ou moins longue du régime lacté dont la fin sera indiquée par l'augmentation du poids du malade pendant plusieurs jours, on reviendra au régime ordinaire de l'hypersthénie en insistant sur les aliments que l'examen de chimisme stomacal nous aura révélé comme e mieux digéré. Il faut tenir compte en effet, alors, de la notion d'individualité.

Dans de rares faits, la sténose paraît due à un spasme sous la dépendance des acides de fermentation. L'indication immédiate est alors d'entraver les ferm[illegible]tations orga- [illegible]ntre la f[illegible] le fluo-

Le soufre ioduré en cachets de 10 à 30 centigrammes.
Un après chaque repas.

Si, en même temps que ces fermentations, le malade offre des signes d'insuffisance gastrique, on agira contre cette dernière.

Enfin, pour terminer le traitement de la sténose, on aura recours dans les formes avec dilatation et relâchement des fibres musculaires aux préparations *strychnées*, qui agissent aussi contre l'*atonie de la muqueuse* :

| | |
|---|---|
| Sulfate de strychnine. . . . | 5 centigr. |
| Brucine . . . . . . . . . . | 2 — |
| Sirop de menthe. . . . . . | 50 grammes. |
| Eau distillée. . . . . . . . | 250 — |

Une cuillerée à café après chaque repas.

Les boissons chaudes après les repas.

L'ipéca à faible dose aurait donné à M. Mathieu d'excellents résultats.

L'état général du malade sera remonté et l'on ordonnera un traitement hygiénique.

Lorsque l'on se trouvera en présence d'un accès de tétanie, il faudra, ainsi que l'a montré M. Bouveret, évacuer et laver l'estomac à la sonde immédiatement. L'introduction de la sonde a paru plusieurs fois augmenter les contractures et même provoquer le retour du paroxysme, mais l'excitation mécanique de la sonde n'est qu'une cause occasionnelle, il y a moins d'inconvénient à courir le risque de cette aggravation momentanée qu'à laisser dans l'estomac une dose de substance toxique suffisante pour entraîner la mort.

Une fois l'estomac évacué, il ne reste que la ressource d'un traitement purement symptomatique ; il consiste à modérer les accès de tétanie par le chloral et les bromures, ou bien à combattre les symptômes de dépression nerveuse et cardiaque par les injections sous-cutanées d'éther ou de caféine.

Le traitement sera le même dans le cas de coma dyspeptique.

Traitement chirurgical. — Réserve faite des cas vus plus haut, toutes les sténoses du pylore appartiennent au chirurgien. « Une sténose pylorique, dit notre maître M. Tuffier (1), nécessite l'intervention chirurgicale au même titre qu'une sténose quelconque du tube digestif, au même titre qu'une obstruction intestinale. Si l'on observe dans les sténoses du pylore des résistances plus longues, il ne faut voir là qu'un fait en relation avec les évacuations larges et faciles, par voie œsophagienne, des produits toxiques de rétention. »

On aura le choix quant à la nature de l'intervention entre des procédés variant avec les causes de sténose, mais en thèse générale les indications opératoires vraiment précises se poseront surtout une fois la laparotomie faite (2).

En effet, l'exploration attentive de la région précise ou rectifie le diagnostic, permet, suivant les cas, de se rendre compte de l'étendue, de la solidité, de la densité des adhérences entre le pylore et les organes voisins — de la présence ou de l'absence d'un engorgement ganglionnaire — de l'étendue et de la nature de l'induration stomacale — de l'étroitesse du rétrécissement — de l'état de contracture du pylore dans les cas de sténose par spasme.

(1) Cours fait à la Faculté, juin 1897, *Presse méd.*, 9 févr. 1898.
(2) Paul Desfossés. *De la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique*, Th. de Paris, 1898.

Von Hacker conseille, pour cette dernière recherche, l'exploration du pylore par l'index coiffé des tuniques stomacales, procédé comparable à celui de l'exploration du trajet inguinal par le doigt coiffé des bourses.

L'examen attentif fait, les procédés auxquels on pourra recourir varieront suivant les cas :

Il y a des moyens qui suppriment l'obstacle,
Des moyens qui le tournent,
Des procédés mixtes.

Parmi les dilatations mécaniques du pylore il faut surtout mentionner le PROCÉDÉ DE LORETA, il consiste, après gastrostomie, en une divulsion digitale de l'orifice sténosé. Il s'adresse à des sténoses cicatricielles peu serrées avec sclérose peu marquée des parois, à des sténoses spasmodiques légères ; mais il constitue de par les hémorrhagies artérielles, de par les déchirures fissuraires possibles, un moyen souvent dangereux et dont les résultats sont d'ailleurs incertains.

Peut-être la divulsion digitale pourrait-elle donner de bons résultats dans les cas de sténose par contracture au cours d'un ulcère en évolution ; elle agirait alors à la manière de la dilatation anale dans la fissure [Marion (1)].

Dans des cas de même ordre, la PYLOROPLASTIE, opération de Heinecke et Mickulicz constituerait souvent un traitement de choix.

Cette opération comprend schématiquement trois temps : incision horizontale du pylore à égale distance de la grande et de la petite courbure sur un trajet de 8 à 10 centimètres; traction des deux lèvres de l'orifice créé, lui imprimant une direction inverse, verticale — suture dans cette situation nouvelle. Les deux points extrêmes de la plaie ainsi orientée (verticale) sont les points médians de l'incision première (horizontale). Pour Carle et Fantino (2), les résultats fournis par ce procédé sont le plus souvent excellents et absolument juxtaposables à ceux des gastro-entérostomies postérieures : on peut dire qu'il se produit un véritable rétablissement des fonctions normales.

Mais, presque inapplicable aux sténoses néoplasiques, aux sténoses par compression, aux rétrécissements syphilitiques et tuberculeux, ce procédé voit encore ses indications se restreindre dans le groupe même des sténoses cicatricielles, de par : l'ancienneté des lésions, leur étendue, la densité du tissu fibreux et enfin la simultanéité possible, dans les lésions cicatricielles de points de nature douteuse, et autour du pylore d'adhérences étendues (3).

M. Tuffier fait plutôt de cette intervention un complément opératoire dans des cas de sténoses très limitées d'origine douteuse ; c'est ainsi que nous lui avons vu, consécutivement à une gastro-entérostomie pour sténose très limitée et par crainte de la nature épithéliale de celle-ci, pratiquer l'incision du pylore et terminer, l'exploration faite, par la pyloroplastie.

La GASTRO-ENTÉROSTOMIE (Wœlfler, Von Hacker), dans tous ces cas plus complexes, peut déjà constituer un traitement de choix. De nombreux procédés ont été proposés dans ces dernières années et, avec les auteurs, on verra varier le lieu d'élection de la bouche artificielle à créer (gastro-entérostomie antérieure précolique ou rétrocolique — gastro-entérostomie postérieure transépiploïque et transmésocolique ou transmésocolique simple). On verra proposer l'emploi, pour l'établissement de cet orifice gastro-jéjunal, de sutures directes, de boutons anastomotiques spéciaux, de sphacèles artificiellement déterminés (Souligoux); enfin des précautions diverses seront préconisées pour parer aux graves accidents signalés dans les premières tentatives (retournement de l'anse — procédés valvulaires — anastomoses secondaires jéjuno-jéjunales).

La gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, procédé de Von Hacker (1), donne actuellement les plus remarquables résultats. Employée seule dans les sténoses simples du pylore, elle constituera d'autre part souvent le premier temps d'interventions plus complètes ayant pour but la résection de lésions néoplasiques limitées, sans propagations ganglionnaires, de linites plastiques, et même de lésions de nature douteuse.

Elle en constituera, disons-nous, le premier temps, car il faut aller d'abord à l'intervention d'urgence, car enfin, les manœuvres le plus susceptibles d'être septiques seront ainsi faites en dernier lieu, après le relèvement de l'épiploon et du colon transverse.

C'est là la pratique habituelle de M. Tuffier qui modifie de plus la gastro-entérostomie de Von Hacker par la suppression d'une série de manœuvres telles que les compressions par larges clamps multiples de l'estomac et de l'intestin, ce qui vraiment rend l'opération d'une simplicité parfaite.

La PYLORECTOMIE (Péan, Rydigier, Billroth) complétera donc, dans certains des cas précédents, l'intervention; elle la rend alors idéale pour ainsi dire, par la résection des lésions néoplasiques où soupçonnées telles, tournées d'abord par la gastro-entérostomie. Quelquefois faite primitivement, elle permettra l'anastomose latéro-terminale des extrémités de la résection, plus rarement l'anastomose termino-terminale souvent gênée par des empiétement préliminaires étendus du côté de l'estomac et par un défaut de coaptation consécutif des surfaces de section à réunir.

Pour certains auteurs (2), la pylorectomie constituerait même l'opération de choix dans les sténoses simples du pylore, car mieux que la gastro-entérostomie, elle conserverait à l'estomac « sa forme et sa fonction ». Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette affirmation devant les remarquables résultats fonctionnels des gastro-entérostomies postérieures.

Enfin ces résections pyloriques peuvent n'intéresser que la partie antérieure du canal dans certains cas de limitations très nettes, c'est alors la résection elliptique ou cunéiforme de Czerny surtout applicable aux rétrécissements fibreux.

Dans les cas de sténose cancéreuse non extirpable, il est, à défaut de la pylorectomie, un procédé qui compléterait l'intervention de la gastro-entérostomie par une « exclusion » de la masse néoplasique du reste de la cavité stomacale au moyen d'un plan de sutures perpendiculaires.

Le deuxième temps de l'intervention semble bien secondaire dans ces cas d'opération palliative ; le procédé ne paraît d'ailleurs guère avoir donné des résultats véritablement encourageants (3).

(1) MARION. *De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac*, Th. de Paris, 1897.
(2) CARLE et FANTINO. *Semaine méd.*, juillet 1897.
(3) CAUJOLE. *Essai sur la pyloroplastie*, Th. de Lyon, 1895.

(1) DESFOSSES. Loc. cit.
(2) LAMBOTTE (d'Anvers). *Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1898, t. I.
(3) CHAUVEL. *L'exclusion du pylore*, Th. de Paris, 1898.

Dans les sténoses par coudure ou stricture, la section des brides agents du rétrécissement entre deux ligatures, est parfois facile et suffit à la libération de l'anse étranglée ou coudée, surtout s'il s'agit de brides longues, en cordages. Pour des brides larges et courtes, on conçoit avec quelle facilité les surfaces avivées par la résection, le péritoine même, peuvent donner lieu à des adhérences nouvelles. La section au thermocautère (Kelterborn), la péritonisation des surfaces cruentées (Bouquet de Jolinière) ont été préconisées pour éviter ces récidives. En présence d'adhérences multiples, larges, solides, infiltrant le pylore, il faudra ne pas insister et faire la gastro-entérostomie.

Dans les sténoses d'origine biliaire auxquelles appartiennent souvent ces productions fibreuses, la cholécystotomie s'imposera parfois à titre complémentaire: rarement elle constituerait seule l'intervention suffisante (1).

Enfin, dans certains cas d'obstruction par un calcul biliaire (2), l'incision simple avec extraction de l'obstacle et suture peut suffire; rarement, pourtant, le calcul est la seule cause de sténose et des adhérences péripyloriques, un épaississement des parois du pylore nécessiteront alors les interventions (pylorectomie, gastro-entérostomie), dont nous avons vu ces lésions justiciables.

L'extraction du calcul doit être faite avec de grandes précautions, Bouveret a signalé un cas d'hémorrhagie secondaire mortelle par déchirure de la muqueuse.

Dans cette étude générale nous ne tenterons pas une comparaison des résultats statistiques donnés dans ces dernières années par ces diverses méthodes. Les résultats immédiats des interventions, pratiquées souvent sur des malades arrivés au dernier degré de la décréance organique sont remarquables; les résultats fonctionnels éloignés offrent un intérêt plus considérable encore.

Les résultats immédiats des gastro-entérostomies en général donnent, dans les statistiques les plus récentes (3), une mortalité moyenne de 26 p. 100. Les chiffres semblent pouvoir être encore abaissés. Dans les statistiques de M. Tuffier du 1er janvier au 28 juin 1898, nous trouvons :

Quinze gastro-entérostomies postérieures pour sténoses fibreuses, cancéreuses, extrinsèques par brides — quatorze guérisons — une mort par broncho-pneumonie double, au quinzième jour après l'intervention (néoplasme du pancréas propagé au pylore).

Les suites éloignées doivent être considérées suivant deux grands groupes de sténoses :

Il est de règle d'observer, dans les *sténoses non cancéreuses* (4), l'amélioration rapide et progressive de l'état général avec accroissement parallèle du poids, l'atténuation puis la disparition des troubles pathologiques subjectifs et objectifs, l'adaptation parfaite à sa nouvelle fonction de l'orifice de suppléance artificiellement créé, la disparition du liquide de stase, la persistance de la digestion gastrique : parfois même une légère rétention subsiste et l'on constate assez fréquemment dans ces stases légères la présence d'une petite quantité de bile. Enfin il y a disparition des hyperchlorhydries constatées avant l'intervention, tous ces résultats étant d'ailleurs subordonnés à l'ancienneté des lésions.

Dans les *sténoses cancéreuses* (1), la pylorectomie avec gastro-duodénostomie ou gastro-entérostomie serait l'opération de choix. Ces interventions donnent actuellement des mortalités minimes, souvent nulles dans des statistiques de huit, dix cas récemment publiées.

Quant aux résultats éloignés, encore mal connus, ils s'accusent cependant tous les jours comme nettement favorables avec les statistiques les plus récentes.

Czerny, Carle et Fantino ont publié des observations de résultats éloignés avec interventions remontant de un à trois ans et même (trois cas) à cinq et six ans, faits qui semblent nettement constituer des guérisons radicales.

Enfin, même dans la gastro-entérostomie simple pour cancer, on note, à côté du même fonctionnement remarquable du pylore artificiel, la disparition ou l'atténuation marquée de la stase et des signes de rétention. Souvent, par contre, il n'y a qu'une amélioration très relative ou nulle du chimisme, l'apepsie pouvant être le terme des lésions glandulaires progressivement envahissantes, malgré l'intervention.

En somme, la motricité, dans ces cas, bénéficie plus que le chimisme de l'acte opératoire. Cependant la reprise de l'alimentation, la disparition des phénomènes douloureux, des survies moyennes enfin de cinq à six mois avec état remarquablement modifié, constituent encore dans la grande majorité de ces cas un ensemble de bénéfices qui, déjà nets dans des conditions opératoires déplorables, sont bien décisifs pour faire admettre l'indication absolue d'interventions systématiquement précoces.

(1) Tuffier et Marchais. Des rétrécissements du pylore d'origine biliaire, *Rev. de chir.*, 1896.

(2) Mangourd. *Obstruction du pylore par calculs biliaires*, Th. de Paris, 1897.

(3) Czerny. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1897, p. 762. — Carle et Fantino. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin 1898.

(4) Guibt. *Résultats fonctionnels éloignés de la gastro-entérostomie dans les sténoses non cancéreuses du pylore*, Th. de Paris, 1898.

(1) Mahaut. *De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entéroanastomose pour sténoses cancéreuses du pylore*, Th. de Lyon, 1895.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de l'artério-sclérose (Huchard).

| | |
|---|---|
| Eau distillée | 300 grammes. |
| Iodure de potassium | 10 — |
| Extrait de thébaïque | 10 centigr. |

Deux à trois cuillerées par jour.

Lorsqu'il survient des phénomènes bronchiques :

| | |
|---|---|
| Eau distillée | 300 grammes. |
| Iodure de potassium | 10 — |
| Teinture de polygala | 10 — |
| — de lobélie | 10 — |
| Extrait thébaïque | 10 centigr. |

Deux à trois cuillerées par jour. (*Journ. de méd. de Paris.*)

## THÈSES

### SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

M. Banquet. Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'endocardite tuberculeuse. — M. Faucheraud. Contribution à l'étude de la séméiologie de la céphalée postérieure. — M. Mangin. Traitement chirurgical des tumeurs solides du pancréas. — M. Hubert. De l'albuminurie dans les fibromes utérins. — M. Lebeuf. Considérations sur les anévrysmes chez l'enfant. — M.

Métayer. Les calculs vésicaux chez la petite fille. — M. Lasnier. Sphacèle et purulence des fibromes utérins. — M. Champollion-Lanante. Les cavités kystiques des fosses nasales. — M. Sendrier. Contribution à l'étude des ruptures de la sclérotique. — M. Dasque. Du traitement chirurgical des malformations ossenses des fosses nasales (par les voies naturelles). — M. Nentzoglou. De quelques rapports du nerf facial et de l'oreille. — M. Giraud. Quelques considérations sur la rétention placentaire post-abortive et son traitement. — M. Belzer. L'expectation et l'intervention dans le traitement de l'hématocèle rétro-utérine. — M. Delmas. De la verrue vulgaire. — M. Hervé. Mécanisme d'action des bains salés (absorption cutanée du chlorure de sodium). — M. Estradère. Quelques cas de lipomes du sein et de la région mammaire. — M. Ozier. Du coprome infantile. — M. Volpillac. De l'infection de l'appareil respiratoire consécutive aux empyèmes chroniques des cavités accessoires du nez. — M. Poitevin. Contribution à l'étude de l'auscultation du cœur par la paroi postérieure de la poitrine.

M. le docteur A. Pilliet est nommé conservateur du Musée Dupuytren.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bron (de Guanien), Levieux (de Bordeaux) et Morelle, médecin-major de première classe en retraite, décédé à Lille.

**Neurosine Prunier** — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 104. — MARDI 13 SEPTEMBRE 1898. 71e ANNÉE. MARDI 13 SEPTEMBRE 1898. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## DE LA NÉPHROTOMIE (1)

Par MM. F. Guyon et J. Albarran (de Paris).

Hévin, dans son beau mémoire, analyse les observations de néphrotomie publiées par les anciens et conclut en disant « qu'il est du moins fort douteux, s'il n'est pas absolument probable, que la taille du rein ait jamais été pratiquée, sans que cette opération ait été déterminée par quelque tumeur abcédée ou par quelque ulcération fistuleuse, suite de suppuration dans le rein, qui s'était fait jour à l'extérieur de la région lombaire ». En 1770, J.-L. Petit résume l'observation d'une hydronéphrose calculeuse qui fut incisée sur son conseil de propos délibéré et Miquel, en 1849, pratiqua une opération analogue après l'application réitérée de caustiques. Ces faits isolés n'eurent pas grande influence sur la chirurgie rénale et ce n'est qu'à partir de 1870, lorsque les deux opérations de Durham et de Bryant furent connues, que la néphrotomie commença à être pratiquée. Dans ces dernières années la taille rénale est devenue une opération courante, dont les bons résultats ont été appréciés par tous les chirurgiens. Mais on a vu aussi entrer dans la pratique des opérations rivales de la néphrotomie.

Dans les mêmes affections que certains auteurs traitent par l'ouverture du rein, d'autres chirurgiens conseillent la néphrectomie, et, dans ces dernières années, on a essayé de substituer à la néphrotomie ou à la néphrectomie, des opérations conservatrices portant sur le bassinet et l'uretère.

L'accord n'est pas établi sur la valeur relative de ces interventions et la discussion reste ouverte en ce qui regarde les indications respectives de ces différentes opérations.

Nous ne nous attarderons pas aux détails de la technique opératoire de la néphrotomie ; ils sont bien réglés et connus de tous ; nous nous attacherons surtout, dans ce rapport, à l'étude des diverses indications de la néphrotomie et nous chercherons à les préciser.

(1) Rapport sur la première question mise à l'ordre du jour du Congrès français de chirurgie.

Le mot néphrotomie, qui dans la terminologie de Simon s'appliquait aussi bien à l'incision qu'à l'extirpation du rein, n'est plus employé aujourd'hui pour désigner l'ablation de l'organe, que tous les auteurs appellent, avec raison, néphrectomie. Mais on applique encore la désignation de néphrotomie à des opérations variées. On dit avoir pratiqué une néphrotomie exploratrice, aussi bien lorsqu'on se borne à mettre le rein à découvert, que lorsqu'on incise l'organe, et, contrairement à la terminologie précise adoptée pour les autres organes en chirurgie, on continue à confondre sous le nom de néphrotomie l'incision simple, temporaire, du rein et l'ouverture qu'on maintient béante par des procédés variés. Il serait rationnel de réserver le nom de *néphrotomie* à la simple incision rénale et d'appeler *néphrostomie* l'ouverture du bassinet à travers le tissu rénal, lorsque la plaie du rein est maintenue ouverte et qu'on crée ainsi, dans un but thérapeutique et de propos délibéré, une fistule chirurgicale.

Nous étudierons ces deux variétés d'incision rénale, laissant complètement de côté la simple incision exploratrice des parois de l'abdomen.

### I. Néphrotomie

*Ouverture temporaire du rein.*

Cette opération est pratiquée : 1° pour explorer le rein, le bassinet ou l'uretère ; 2° pour permettre l'extraction des calculs ; 3° accessoirement, comme temps préliminaire dans certaines opérations portant sur l'uretère et le bassinet.

A. **Néphrotomie exploratrice.** — La grande majorité des chirurgiens reconnaît aujourd'hui que, pour bien explorer le rein, il ne suffit pas de palper l'organe à travers une incision de laparotomie comme l'a préconisé Thornton ; on sait aussi que l'incision lombaire, qui permet pourtant de bien palper et de voir le rein, est elle-même insuffisante.

Nombre d'erreurs ont été commises parce que les opérateurs se sont bornés à examiner la surface externe du rein. On a trop insisté pour que nous y revenions sur les *calculs* méconnus ainsi, mais il est encore d'autres affections rénales que cette méthode insuffisante laisse passer inaperçues : qu'il nous suffise de citer certains cas de tuberculose (Guyon, Albarran, Routier), des néoplasmes ne faisant pas saillie à la surface du rein (Albarran) et les néphrites hématuriques (Albarran, Poirier, Pousson, etc.). Les méthodes d'exploration intermédiaires entre l'exploration externe et

l'incision du rein, telles que l'*acupuncture*, pouvaient être utiles dans les premiers tâtonnements de la chirurgie rénale, lorsque les chirurgiens craignaient d'inciser la parenchyme du rein. Dans l'état présent de cette chirurgie, la cupuncture du rein, nous paraît devoir être abandonnée. Cette manœuvre ne peut être utile que lorsque l'aiguille rencontre un calcul qu'on soupçonnait déjà. Or, si le calcul est constaté, il faudra pour l'extraire pratiquer la néphrotomie (nous laissons de côté la pyélotomie qui ne serait guère applicable dans ces cas de calculs difficiles à trouver). Si, au contraire, l'aiguille ne trouve pas de calcul, il n'est guère de chirurgien aujourd'hui qui se contente de ce moyen d'exploration et qui ne se décide à ouvrir le rein. Si donc la néphrotomie doit être pratiquée après une acupuncture négative et si elle est la conséquence obligée d'une exploration positive au moyen de l'aiguille, nous sommes en droit de conclure que l'acupuncture exploratrice du rein ne présente pas d'indication.

Les tentatives de *radiographie* pratiquées par nous et conseillées par Fenwick n'ayant pas encore donné de résultats suffisants, nous sommes conduits à dire que, pour le moment, le meilleur mode d'exploration du rein est la néphrotomie.

L'observation des opérations pratiquées chez l'homme prouva d'abord l'innocuité de l'incision rénale, ce que confirma ensuite l'étude expérimentale chez les animaux (Maas, Tillmans, Pisenti, Tuffier, Barth, etc.); Le Dentu démontra chez l'homme, que le rein suturé après néphrotomie se réunit sans difficulté. C'est un fait acquis que l'incision chirurgicale du rein sain ou peu altéré ne présente aucun danger et qu'elle ne détermine que des lésions peu importantes du parenchyme sécréteur. Mais il ne suffit pas d'établir l'innocuité de la néphrotomie exploratrice; il faut encore prouver son utilité. Or, les résultats de la néphrotomie exploratrice varient suivant la technique employée et selon la maladie dont le rein est atteint. Nous ne pourrions, sans sortir du cadre étroit d'un rapport d'ensemble, étudier en détail le *manuel opératoire* de la néphrotomie exploratrice. Nous nous bornerons à déterminer les conditions que nous paraît devoir remplir ce genre d'intervention. L'incision rénale doit : 1° détruire le moins possible du parenchyme rénal; 2° saigner peu ; 3° ouvrir les calices et le bassinet ; 4° exposer à la vue le maximum de tissu rénal.

Le manuel opératoire qui remplit le mieux ces conditions consiste à aborder le rein par une incision lombaire recto-curviligne ou oblique ; après avoir bien dépouillé l'organe de son enveloppe adipeuse, on attire autant que possible la glande vers l'extérieur et l'on fait comprimer le pédicule par les doigts d'un aide. Les choses ainsi disposées, on pénètre dans le rein en l'incisant largement sur son bord convexe et l'on arrive jusqu'au bassinet; la coupe que l'on pratique est analogue à celle qui est usitée dans les autopsies. L'opération ainsi conduite remplit les conditions ci-dessus énoncées :

1° *Elle détruit le moins possible de tissu rénal.* — Toute incision du rein détruit une partie du parenchyme sécréteur ; cette atrophie est en rapport direct avec le nombre et l'importance des vaisseaux blessés : le territoire frappé de mort correspond, en effet, à la zone où se distribuent les vaisseaux sectionnés (Barth, Albarran). Or l'incision dont nous parlons blesse un minimum de vaisseaux.

2° *Elle saigne peu.* — La compression du pédicule permet d'inciser le rein à blanc et facilite ainsi l'inspection de la surface de section. Le peu d'importance des vaisseaux lésés permet d'arrêter l'hémorragie ; l'exploration terminée, la plaie rénale est réunie par des sutures profondes et superficielles.

3° *Elle ouvre le mieux possible les calices et le bassinet.* — La difficulté réelle de bien ouvrir les deux calices collecteurs supérieur et inférieur, a conduit plusieurs auteurs à préconiser la pyélotomie pour explorer les calices; Legueu a proposé, lorsqu'on soupçonne un calcul, de pratiquer, sur le bord convexe du rein, deux incisions, l'une supérieure, l'autre inférieure, laissant intacte la partie moyenne du parenchyme. Nous donnons cependant la préférence à la section large du bord convexe. Le diagnostic est souvent modifié pendant l'opération, lorsqu'on soupçonne un calcul, on peut trouver une autre lésion et il convient d'explorer le plus possible du parenchyme rénal. D'ailleurs, le chirurgien peut à son gré prolonger l'incision du côté des pôles supérieur ou inférieur du rein, si cela paraît nécessaire. Si un des gros calices ne se trouvait pas bien ouvert (dans les cas où le bassinet manque presque complètement), un calcul ne pourrait échapper à l'exploration combinée des deux mains ; un doigt est introduit dans l'intérieur de la plaie rénale, tandis que l'autre main palpe et appuie sur les différents points de la surface extérieure de l'organe.

4° *Il faut exposer à la vue le maximum de tissu rénal.* — L'incision que nous indiquons remplit le mieux cette condition essentielle ; la nécessité de procéder ainsi est démontrée par des cas nombreux de tuberculose, de néoplasme et de néphrite.

La néphrotomie exploratrice est le plus sûr moyen de se rendre, le mieux possible, compte de l'état du rein ; néanmoins dans certains cas, ce moyen lui-même est infidèle. L'un de nous a montré que des lésions de *tuberculose* miliaire peuvent échapper, même lorsqu'elles siègent dans la substance corticale, et Routier a publié un cas de tuberculose hématurique due à une petite lésion siégeant dans une papille ; elle aurait certainement échappé à la néphrotomie. Il peut même se faire que l'incision exploratrice conduise à une erreur de diagnostic : un de nos cas personnels est intéressant à ce point de vue. Chez un malade le diagnostic était hésitant entre un néoplasme et un calcul du rein : après l'incision lombaire l'examen du rein à la vue et au palper faisait penser à une hydronéphrose : le rein fut incisé, il s'écoula une assez grande quantité d'urine et, lorsque le doigt fut introduit dans le bassinet à travers la plaie du rein, on constata qu'il s'agissait bien d'une dilatation, qui paraissait banale, des calices et du bassinet. Avec le liquide était sortie de la poche une petite fausse membrane qui paraissait due à la pyélite, or l'examen microscopique démontra dans cette fausse membrane la structure du cancer alvéolaire. Trois semaines après, la néphrectomie fut pratiquée avec succès et démontra l'existence d'un néoplasme du rein qui avait échappé à l'incision exploratrice. Les lésions de certaines néphrites, qui jouent un rôle important dans les hématuries dites essentielles (Albarran) peuvent ne pas être reconnues par un œil exercé et n'être diagnostiquées que par le microscope.

**B. Néphrolithotomie.** — La néphrolithotomie, c'est-à-dire la néphrotomie avec extraction des calculs par la plaie rénale, ne nous retiendra pas longtemps.

Toutes les considérations que nous avons développées au sujet de la néphrotomie exploratrice sont applicables ici et la seule question à discuter est de savoir s'il convient mieux d'aborder le calcul à travers le parenchyme rénal, par néphrotomie, ou à travers les parois du bassinet par la pyélotomie.

La *pyélotomie* présente l'incontestable avantage d'épargner le parenchyme sécréteur et on comprend que les chirurgiens tels que Lloyd et Czerny la préfèrent à la néphrotomie, surtout lorsque l'exploration manuelle du rein montre que le calcul se trouve dans le bassinet. L'un de nous a fait remarquer que les reins calculeux sont toujours atteints par la néphrite scléreuse, lésion qui aggrave les altérations du parenchyme rénal consécutives à la section chirurgicale et aux manœuvres que nécessite l'extraction de la pierre. En fait les deux examens histologiques de reins ayant subi la néphrolithotomie publiés par Greiffenhagen montrent des lésions beaucoup plus accusées que celles qui ont été constatées après la néphrotomie dans les reins non calculeux. Il résulte de ces considérations qu'il serait préférable, au point de vue de l'avenir du rein, d'enlever les calculs par la pyélotomie ; par contre, cette opération présente de sérieux désavantages. En premier lieu les *fistules* sont beaucoup plus fréquentes après l'incision du bassinet qu'après la néphrotomie, et quoique ces fistules guérissent d'habitude spontanément, elles n'en constituent pas moins un sérieux inconvénient.

En second lieu, il faut considérer que l'*exploration du rein calculeux*, qui est le temps le plus délicat dans l'opération des pierres rénales, se fait beaucoup moins bien à travers l'incision du bassinet ; on s'exposerait, en agissant ainsi, à méconnaître des calculs logés dans les calices.

Enfin, nous reprochons à la pyélotomie d'*augmenter les difficultés qu'on éprouve dans l'extraction de certains calculs* ; il serait, en effet, matériellement impossible d'enlever, par le bassinet, certaines pierres coralliformes. On voit, en somme, que, tout bien considéré, la néphrotomie est supérieure à la pyélotomie, pour l'extirpation des calculs du rein. La pyélotomie pourra être indiquée, lorsque, par l'exploration manuelle du rein, on sent nettement, dans le bassinet, une pierre régulière et de volume moyen.

C. Nous ne ferons que mentionner *la néphrotomie qui a pour but de faciliter une opération plus compliquée pratiquée sur le bassinet et l'extrémité supérieure de l'uretère afin de rétablir le cours des urines*. Dans ces cas, lorsqu'on incise le rein, on ne fait que se créer une voie d'accès et, suivant les cas, on fera ou non la fermeture de la plaie rénale ; au surplus, on agit alors sur des reins en état de rétention et les considérations, que nous aurions à faire valoir ici, seront développées plus loin.

### II. Néphrostomie

*Établissement d'une fistule rénale chirurgicale.*

Cette opération peut se pratiquer par la voie transpéritonéale ou par la voie lombaire.

Sans insister longuement sur les détails, bien réglés aujourd'hui, de la néphrostomie, nous dirons que, comme presque tous les auteurs, nous donnons la préférence à l'incision lombaire. Les principales raisons de ce choix, sont : la facilité opératoire plus grande ; la gravité moindre de l'opération ; les conditions très supérieures au point de vue du traitement consécutif des fistules, quelle que soit l'opération secondaire qu'on se propose de pratiquer.

Les conditions que doit réunir une bonne néphrostomie sont les suivantes : aborder facilement le rein ; faire communiquer largement, entre elles et avec le bassinet, les différentes poches que peut présenter une rétention rénale ; éviter les fusées purulentes périphériques ; enfin, faciliter les opérations qu'on peut avoir besoin de pratiquer ultérieurement sur le même rein.

1° *Aborder facilement le rein.* — L'incision qui permet de mieux aborder le rein est l'incision recto-curviligne (Guyon) ou oblique en bas et en dehors. En opérant ainsi, on peut, en prolongeant plus ou moins loin en avant l'extrémité inférieure de l'incision, se donner autant de jour qu'il faudra. Ces incisions permettent encore, surtout le recto-curviligne, d'aborder, avec facilité, le ligament vertébro-costal de Henle, et de s'en servir comme point de repère, pour ménager la plèvre.

2° *Faire communiquer librement entre elles et avec le bassinet les différentes poches qui existent dans un grand nombre de rétentions rénales.* — Il est nécessaire, tout d'abord, de bien aborder le rein, en l'incisant largement le long de son bord convexe : il convient, ensuite, d'explorer très attentivement toute la surface interne du rein, et de détruire le mieux possible les cloisons des différentes loges.

3° *Éviter les fusées purulentes périphériques et faciliter les opérations ultérieures.* — Le mieux est de suturer les deux valves du tissu rénal aux lèvres antérieure et postérieure de la plaie pariétale, le plus près possible des téguments (Guyon). Lorsque le rein est uni à la paroi, il n'y a pas de décollement à craindre, tout au moins en avant et en arrière, le drainage se fait dans les conditions les plus complètes, et, dans les opérations itératives, l'organe superficiellement fixé est facilement accessible, il n'est pas entouré d'adhérences secondaires.

L'opération de la néphrostomie a pour but, soit d'évacuer une rétention rénale septique ou aseptique, soit encore de rétablir le fonctionnement du rein dans les cas d'anurie.

Avant d'aborder l'étude des indications opératoires, il nous paraît essentiel de résumer en quelques mots ce que nos études, sur la physiologie pathologique des reins incisés et maintenus ouverts, nous ont permis d'établir. Nous distinguerons deux cas, suivant que le rein était ou non atteint préalablement de rétention.

1° *Physiologie pathologique des reins néphrostomisés sans rétention préalable.* — Dans ces cas, on est frappé tout d'abord par la véritable impunité dont jouit le tissu rénal incisé et exposé. Le rein ouvert reste indifférent aux contacts et aux pressions ; les corps étrangers que l'on y introduit et qui y séjournent (drains, gaze) ne déterminent aucune gêne, les lèvres de la plaie rénale sont accrochées et tirées en dehors par des écarteurs sans souffrance, ses cavités peuvent être soumises au curetage ; les injections de liquides médicamentaux ne sont pas senties, le nitrate d'argent en solution à 1 et 2 pour 1000 n'est pas douloureux, seuls les liquides très chauds sont mal tolérés ; enfin, l'urine est sécrétée avec abondance. Il nous avait été facile de constater que l'urine présentait des caractères analogues à ceux de l'urine normale, ce qui faisait prévoir que l'infection secondaire avait peu de prise sur ces reins néphrostomisés, et que les altérations de leur parenchyme devraient être peu marquées. L'examen d'un rein d'anurique, pratiqué seize jours après

la néphrostomie, nous a montré que, en réalité, les altérations du parenchyme sont peu importantes : elles se résument dans une sclérose qui, partant des bords de la plaie, s'étend plus ou moins loin ; le tissu rénal est bien conservé. Ainsi, malgré la libre communication du rein avec l'extérieur, malgré le drainage, l'infection a peu de prise sur le bassinet et sur le tissu du rein. Nous croyons que cette remarquable résistance du tissu rénal à l'infection est due à ce que, lorsque le rein est ouvert, l'urine peut s'écouler librement au dehors. Ce fait particulier ajoute une preuve de plus au rôle prépondérant que joue la rétention dans les infections rénales ascendantes.

Le tissu rénal étant bien conservé, on comprend la permanence de la fonction sécrétoire du rein. Les analyses de l'urine recueillie dans ces cas par la fistule rénale, montrent que l'urine du rein néphrostomisé diffère peu de l'urine normale. Il est plus remarquable encore de voir la fonction rénale se rétablir dans l'anurie à la suite de l'incision du rein.

2° *Physiologie pathologique des reins ouverts consécutivement à une rétention.* — Nous avons observé, dans cette catégorie de cas, les mêmes phénomènes de résistance du tissu rénal, nous n'y reviendrons pas, et nous allons brièvement résumer les recherches que nous avons publiées sur ce sujet, elles ont trait à l'étude de la fonction rénale. On sait à quel point la mise en tension du rein normal modifie sa sécrétion (Guyon) ; lorsque, dans un rein en rétention, complète ou incomplète, aseptique ou septique, l'obstacle au cours de l'urine est levé, le rein reprend son fonctionnement d'une manière plus ou moins parfaite. Ce retour de la fonction s'observe aussi bien dans les rétentions septiques que dans les aseptiques, dans les cas de rétention complète comme dans ceux de rétention incomplète. La reprise de la sécrétion rénale est plus ou moins parfaite suivant les cas, et se trouve en rapport direct avec les lésions que la rétention a déterminées dans le parenchyme rénal. Ces altérations du parenchyme sont moins marquées, toutes choses égales d'ailleurs, dans les uronéphroses que dans les rétentions septiques. Dans les deux espèces de rétention, les lésions sont plus accentuées dans les rétentions complètes que dans les incomplètes. Il en résulte que, dans la néphrostomie pratiquée pour une rétention rénale, le retour de la fonction se fera mieux dans les uronéphroses que dans les uropyonéphroses, et dans celles-ci que dans les pyonéphroses ; d'un autre côté, si ces rétentions rénales étaient incomplètes, le rein fonctionnerait mieux que si elles étaient complètes.

Lorsque la rétention rénale est de courte durée, les troubles fonctionnels sont dus surtout aux troubles circulatoires du rein et, dans ces cas, si l'obstacle est levé, la glande rénale peut reprendre son fonctionnement normal. Lorsque les rétentions sont de longue durée, il se produit des lésions irréparables du parenchyme, et la fonction rénale reste pour toujours troublée ; la suppression de l'obstacle cause de la rétention ne fait que rétablir en partie la sécrétion du rein.

Il importe d'appeler l'attention sur la valeur réelle que présentent, au point de vue physiologique, des poches de rétention rénale dans lesquelles les altérations paraissent si avancées qu'on pourrait croire que tout le tissu rénal a été détruit. Nous prendrons comme type, pour l'étude de la sécrétion rénale dans les rétentions ouvertes, un rein atteint d'uropyonéphrose incomplète datant de un à deux ans, et dont l'épaisseur du parenchyme atteint au maximum un centimètre d'épaisseur.

Au point de vue de la *quantité d'urine* sécrétée dans les vingt-quatre heures, nous avons vu que des poches très minces d'uronéphrose, ne présentant que quelques millimètres d'épaisseur, fournissent, en général, presque autant d'urine que le rein du côté sain et, certains jours même, nous avons constaté que le rein malade sécrète autant d'urine que son congénère. La *composition chimique* de l'urine étudiée au moyen des courbes graphiques fournit des faits intéressants.

Les courbes de l'*urée* démontrent : 1° que la somme totale de l'urée sécrétée par les deux reins dans les vingt-quatre heures subit d'un jour à l'autre des variations considérables ; 2° que la courbe de l'urée du rein sain est presque parfaitement parallèle à la courbe de l'urée totale éliminée par les deux reins, elle présente les mêmes oscillations ; 3° que la courbe de l'urée du rein malade présente des oscillations de peu d'importance et sans rapport avec les variations des courbes précédentes. Le rein malade sécrète une quantité d'urée qui varie peu d'un jour à l'autre et qui représente parfois près de la moitié, le plus souvent le tiers ou le quart de l'urée totale ; les variations de ce rapport sont dues presque exclusivement aux différences de sécrétions du rein sain. Certains jours pourtant, lorsque le bon rein sécrète peu d'urée, on voit le rein malade en fournir un peu plus que d'habitude, mais cette ébauche de compensation n'est jamais bien importante.

Les *phosphates* suivent des oscillations analogues à celles de l'urée ; la quantité relative de ces sels éliminée par le rein malade est un peu moindre par rapport au rein sain que la quantité d'urée comparée des deux reins.

Les *chlorures*, au contraire, s'éliminent mieux que l'urée : le rapport entre les chlorures de toute l'urine des vingt-quatre heures et ceux éliminés par le rein malade est de 1,5 à 1.

La *potasse* s'élimine moins bien par le rein malade qui fournit trois ou quatre fois moins de ce sel que le rein sain.

Les poches rénales ouvertes se comportent d'une manière variable au point de vue de l'élimination des différentes substances absorbées par le malade. Nous avons constaté que l'*iodure de potassium* passe presque avec la même rapidité dans l'urine des deux reins. Le *sous-carbonate de fer* passe plus vite par le rein sain. En étudiant le passage du *bleu de méthylène* nous avons vu, dans plusieurs cas d'hydronéphrose, que cette substance passe plus tardivement dans l'urine sécrétée par le rein malade que dans l'urine du rein sain ; chez certains malades nous avons constaté que le rein hydronéphrosé était imperméable au bleu.

*Indications générales de la néphrostomie.* — La plupart des auteurs se sont plu à mettre en parallèle la néphrostomie et la néphrectomie, celle-ci plus grave mais soi-disant plus radicale ; celle-là ayant surtout pour inconvénient la fréquence des fistules. Les statistiques ont succédé aux statistiques et, si nous nous abstenons d'en donner de nouvelles, si nous ne résumons même pas les 71 néphrostomies que nous avons pratiquées à Necker avec la faible mortalité opératoire de 15 p. 100, c'est que nous croyons que cet assemblage de cas disparates ne présente pas d'utilité réelle ; il n'y a pas de comparaison à établir entre la gravité de chacun d'eux, elle était parfois extrême et fut toujours grande. Le problème des indications de la néphrostomie ne peut être pratiquement envisagé, si l'on ne prend pour base

les enseignements de la physiologie pathologique ; l'opérateur doit, avant tout, vouloir la conservation ou le rétablissement des fonctions rénales.

Dans ces dernières années, sous l'influence des travaux de Kuster et de Fenger, des opérations conservatrices ayant pour but de rétablir le cours des urines en opérant sur l'uretère et le bassinet ont ajouté un nouveau chapitre au traitement des rétentions rénales. Il est nécessaire aujourd'hui, pour établir le bilan de la néphrostomie, de tenir compte de ces opérations récentes.

Les conditions dans lesquelles on pratique la néphrostomie varient suivant la maladie pour laquelle on intervient. Nous étudierons successivement la néphrostomie dans l'anurie, dans les uronéphroses et dans les pyonéphroses.

(*A suivre.*)

---

**HOTEL-DIEU DE LYON. — M. le professeur PONCET.**

## Ostéo-périostite albumineuse due à un nouvel agent pathogène.

Par MM. Xavier DELORE (de Lyon), prosecteur à la Faculté, et PÉHU, interne des hôpitaux.

Nous avons observé à la clinique de M. le professeur Poncet un cas d'ostéo-périostite albumineuse, dans la sérosité de laquelle a été retrouvé un agent pathogène déjà antérieurement constaté, une fois seulement, par M. L. Dor, chef du laboratoire de la clinique. Etant donné la rareté du fait, il nous a paru utile de le rapporter ici. Voici l'observation clinique.

V. J... 16 ans, tuillier, né à Chandon (Loire), demeurant à Roanne, entré le 6 juin 1898 à la salle Saint-Philippe.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants à relater.

Le malade n'a jamais eu une santé florissante, mais il n'a présenté aucune affection grave. Pas de fièvre typhoïde. Aucun signe de scrofule.

Au mois de décembre dernier, il prit un furoncle de la nuque : celui-ci se transforma en anthrax : il fut douloureux pendant un temps assez long. Evolution d'un mois environ.

Le début de l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital remonte à trois mois et demi. Il ressentit, d'une façon assez brusque, une douleur au niveau de la partie inférieure de la cuisse gauche, au-dessus de l'articulation. Quelques douleurs articulaires vagues dans les chevilles, mais d'une durée courte.

Il dut immédiatement interrompre son travail et il s'alita. Il entra bientôt à l'hôpital de Roanne, où le médecin traitant parla d'une incision pour donner issue à une collection. Mais cependant l'incision ne fut pas faite.

On appliqua de la pommade mercurielle, et les symptômes s'amendèrent un peu : néanmoins les douleurs continuant, il est envoyé à l'hôpital.

A son entrée, aspect général peu satisfaisant : teint pâle. Au niveau de la cuisse gauche, à sa partie inférieure existe une tuméfaction : il y a de la fluctuation ; la peau est rouge et tendue, mais d'une façon modérée.

L'articulation est indemne, les mouvements y sont parfaitement normaux : pas d'augmentation de volume des culs-de-sac de la synoviale.

Engorgement ganglionnaire léger dans l'aine gauche.

Une recherche soigneuse ne fait pas découvrir d'autres points douloureux sur le squelette.

La température est à 38°5.

M. Poncet conseille une intervention chirurgicale et, le 8 juin, M. X. Delore fait une incision de la collection. Il s'écoule un demi-litre environ de liquide séro-albumineux, contenu dans une poche avec diverticules nombreux, tous tapissés par des fongosités œdémateuses.

Cette collection s'étend en haut jusqu'à mi-cuisse, et en bas jusque dans le creux poplité.

On fait une autre incision à la partie externe de l'os. Le périoste présente une épaisseur de 3 à 4 centimètres, œdématié et blanchâtre, avec fongosités. Incision du périoste. Au-dessous de lui, immédiatement au niveau de la région juxta-épiphysaire, nouvelle collection ayant les mêmes caractères que la précédente et faisant le tour de l'os. — Par la trépanation, on constate que l'os est rougeâtre, vascularisé et enflammé sur une étendue correspondant à l'inflammation externe périostique. Il y a, au-dessus, une limite nette où la moelle reprend son aspect normal. Enormes productions périostiques. On fait un curetage et un drainage. Appareil plâtré. Le liquide recueilli a été examiné par M. Dor, chef du laboratoire de la clinique. Voici la note qu'il a bien voulu nous remettre à ce sujet.

On a ensemencé avec du liquide recueilli et des fongosités des ballons de bouillon et des tubes de gélatine.

La culture s'est développée en deux ou trois jours dans les ballons de bouillon et en trois ou quatre jours sur gélatine. — En stries sur gélatine, les colonies sont arrondies, luisantes, jaunâtres, rappelant beaucoup celles du staphylocoque. Dans le bouillon, il y a un trouble uniforme. Les colonies liquéfient la gélatine. Rapidement la végétation, dans ces deux milieux, s'arrête, et plusieurs ensemencements furent négatifs.

Après coloration, on constate, dans le bouillon et sur la gélatine, que l'on a affaire à de petits bacilles courts, rappelant celui de Lœffler. Chacun d'eux est constitué par un protoplasma pâle, au sein duquel sont des granulations colorées ayant tantôt une forme arrondie, tantôt une forme ellipsoïde. Lorsque deux granulations existent dans le corps du bacille, celui-ci a la forme d'une haltère, lorsqu'il en existe quatre ou cinq, le bacille a un aspect monoliforme.

Dans les coupes des fongosités, il a été impossible de retrouver ce bacille, mais on ne note non plus ni staphylocoque, ni streptocoque.

En raison de la perte rapide de la végétabilité dans les milieux ordinaires, nous n'avons pu inoculer ce bacille à l'animal.

Les suites opératoires furent des plus simples et, le 1er juillet, le malade quitte le service très amélioré. Les plaies sont en bonne voie de cicatrisation et bourgeonnent activement.

L'étude de ce cas comporte quelques considérations particulières :

L'intérêt principal de cette observation réside dans les constatations bactériologiques qui ont pu être faites. On sait, en effet, qu'on discute surtout encore quel est, dans la production de l'ostéo-périostite albumineuse, le microbe producteur de la lésion. L'allure clinique de l'affection est, en effet, très connue : nous rappellerons seulement que, dans la grande majorité des cas, la maladie évolue à la manière d'une infection atténuée. Dans l'observation que nous rapportons ici, le début remontait à trois mois et demi environ : et les symptômes généraux ont à peu près fait défaut pendant toute l'évolution de la maladie osseuse.

Etiologiquement, on est à peu près d'accord. Divers microbes ont été trouvés, entre autres, le *staphylococcus pyogenes aureus*, *albus*, le bacille de Koch. En 1894, M. L. Dor (1) découvrait, dans une collection périostique de nature

(1) DOR, *Arch. prov. de chir.*, 1895.

séreuse, un microbe particulier, donnant aux colonies qu'il formait une teinte jaune citron, une consistance cireuse et liquéfiant la gélatine. Par inoculation, il a reproduit chez des lapins des lésions osseuses, rappelant les traits principaux de la périostite albumineuse. Les détails de ces expériences et leurs résultats ont été consignés dans la thèse de Bar (1), élève de M. Poncet. Dans notre cas, le même microbe a été retrouvé dans le liquide séreux, et sa présence exclusive fait présumer qu'il était le facteur des lésions périostiques. Il y a là un argument de plus en faveur de l'idée d'une origine polymicrobienne de la périostite albumineuse. Une semblable opinion, d'ailleurs, est classique aujourd'hui : c'est à elle que se rangent Mauclair, dans le traité de Le Dentu et Delbet, et le professeur Poncet dans son article du Livre de Duplay et Reclus.

D'autre part, il ne semble pas que la localisation se soit faite à la faveur d'un traumatisme.

La porte d'entrée de l'agent pathogène doit plus vraisemblablement être cherchée dans la solution de continuité faite aux téguments par l'éruption furonculeuse qu'a présentée notre malade. Aussi bien, les cas sont restreints, où le rôle du traumatisme comme cause déterminante ait été nettement mis en valeur. Ajoutons que le diagnostic de la nature séro-albumineuse de la collection n'avait pas été fait, comme c'est la règle dans les observations de ce genre; l'ostéo-périostite albumineuse n'étant caractérisée classiquement que par une atténuation des symptômes de l'ostéo myélite ordinaire, on conçoit combien il est difficile de la différencier de l'ostéo-myélite ordinaire et même de l'ostéite tuberculeuse.

## REVUE DE LA PRESSE

**Origine du souffle présystolique.** — E. M. Brockbank définit d'abord nettement ce qu'il entend par souffle présystolique (*presystolic murmur*); il différencie notamment ce souffle du murmure diastolique d'origine mitrale (*diastoliches Mitralgeräusch*), que Duroziez a qualifié, en France, de roulement diastolique. Ce murmure ou roulement mitral s'entendrait, d'après Brockbank, durant toute la période de la révolution cardiaque, comprise entre le deuxième et le premier bruit, tandis que le véritable souffle présystolique ne s'entendrait pas plus de la moitié de ce court espace de temps et même moins. Le souffle présystolique est considéré depuis longtemps comme un symptôme de rétrécissement mitral; il peut se rencontrer aussi dans le rétrécissement de l'orifice tricuspidien, affection, il est vrai, beaucoup plus rare. L'auteur, se basant sur l'expérimentation et la clinique, donne une interprétation de ce phénomène : ce qu'il y a de caractéristique, selon lui, dans le souffle présystolique, c'est que ce souffle va croissant en intensité, en se rapprochant du premier bruit du cœur. La cause en serait, dans ce fait, que le sang est projeté à travers un orifice valvulaire qui se rétrécit progressivement, et qui finit même par se fermer, bien qu'avec une lenteur tout à fait anormale. (*Med. chronicle*, juin 1897; C. R. in *Centralbl. f. Inn. Med.*, 1898, n° 24, p. 626.)

**Réaction de l'urine au déclin de la pneumonie.** — Friedel Pick (de Prague) signale un symptôme particulier de l'urine au cours de la pneumonie, sur lequel l'attention n'a pas été attirée jusqu'ici. Ce symptôme se manifeste vingt-quatre ou quarante-huit heures après la crise, au déclin de la maladie, alors que jusque-là l'urine avait une réaction fortement acide, l'acidité fait place à une reaction neutre qui devient souvent alcaline au bout de vingt-quatre heures. Ce symptôme, que l'auteur a observé trente et une fois sur trente-huit, persiste vingt-quatre ou trente-six heures, puis la réaction acide disparaît. Selon lui, cette réaction serait due à la résorption de l'exsudat et vraisemblablement aux grandes quantités de sodium que cet exsudat contient. Rosin (de Berlin), à l'appui de cette communication, parle d'un cas de migraine dont chaque crise était suivie d'une émission d'urine alcaline, particulièrement riche en phosphates. [Kongress f. Inn. Med., Wiesbaden (séance du 16 avril 1898); C. R. in *Centralbl. f. Inn. Med.*, 1898, p. 492.]

**Contribution à la chirurgie du rein et de l'uretère.** — A. G. Gerster (de New-York) publie treize cas d'affections du rein et de l'uretère, traités par lui chirurgicalement; ces observations tendent à prouver que dans tous les processus pyogènes du rein et même dans les néphrites qui s'accompagnent d'un gonflement et d'une hyperhémie considérable du parenchyme, ainsi que d'une forte distension de la capsule, l'incision franche qui libère le tissu enflammé (néphrotomie) est le traitement de choix.

Cette ligne de conduite chirurgicale est à recommander pour tous les organes encapsulés et serrés de près par une aponévrose lorsqu'ils suppurent. (*Amer. Journ. of the Med. Sc.*, juin 1897; C. R. in *Centrabl. f. Inn. Med.*, 1898, p. 496.)

P. VIOLLET.

## THÉRAPEUTIQUE

**Solution arsenicale contre la chorée infantile.** (FILATOV.)

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux . . . . . | 10 centigrammes. |
| Eau distillée . . . . . . | 100 grammes. |

F. S. A. — A prendre : de une demi-cuillerée à café, à sept cuillerées par jour.

Cette solution serait mieux supportée que la liqueur de Fowler et l'arséniate de soude, qu'on emploie d'habitude dans le traitement de la chorée infantile.

On commence par administrer une demi-cuillerée à café par jour chez les enfants de quatre à dix ans, et une cuillerée à café entière s'il s'agit de malades ayant plus de dix années, puis on augmente cette dose quotidienne pendant sept jours consécutifs, après quoi on la diminue de la même façon durant sept autres jours, et ainsi de suite.

La dose maximum est donc de trois cuillerées et demie à café (14 grammes de la solution) jusqu'à l'âge de dix ans et de sept cuillerées à café (28 grammes de la solution) pour les enfants plus âgés.

Si l'usage interne de l'arsenic n'est pas toléré, M. Filatov a recours aux injections sous-cutanées de liqueur de Fowler pure, à la dose de 0cc25 à 0cc50. (*Rev. des mal. de l'enf.*)

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 1er septembre 1898, ont été promus dans l'ordre du Mérite agricole :

*Au grade d'officier.* — M. le docteur Cazeneuve, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

*Au grade de chevalier.* — M. le docteur Nicolas, sous-directeur du bureau d'hygiène de Lyon.

(1) BAR. *Pathogénie de la périostite albumineuse et d'un nouvel agent pathogène de cette affection*, Th. de Lyon, 1896.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Frémont (du Havre), Guaban (de Triffart), Nasse (de Berlin), Vassart (de Tammes), Watremez (de la Flotte).

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoire,** par le professeur Chalot. 3e édit. Grand in-8°. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

**Manuel de travaux pratiques de micrographie médicale,** à l'usage des étudiants en pharmacie, par le docteur Gilbert Lasserre. Gr. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

**Études sur la tuberculose,** par le docteur Gabriel Arthaud. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

**Pour nos enfants** (conseils d'hygiène physique et morale), par le docteur Georges Petit. In-18 cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

**Traitement du diabète par le dosage de l'alimentation et particulièrement par le régime lacté,** par le docteur E. Maurel. In-8° — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 105. — JEUDI 15 SEPTEMBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 15 SEPTEMBRE 1898. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les questions relatives aux greffes osseuses sont toujours à l'étude et présentent toujours un certain intérêt. Nos lecteurs n'ont peut-être par perdu le souvenir de deux cas de greffes d'os vivant présentés à l'Académie par M. Ricard (1). Dans un de ces cas, il s'agissait de la greffe hétéroplastique d'un os de chien; dans l'autre, de la greffe d'un métatarsien pris sur la malade elle-même.

M. Berger, dont on connaît la compétence en pareille matière, a fait un rapport sur ces deux présentations. Pour le premier cas de greffe hétéroplastique, le transplant osseux semblait persister encore cinq ans après l'opération. Comme il résulte des expériences sur les greffes osseuses interanimales que ces greffes se résorbent généralement, il serait intéressant de savoir exactement, soit à l'aide de la radiographie, soit par l'examen nécroscopique, ce qu'est devenue cette greffe implantée il y a cinq ans.

Le second cas présenté par M. Ricard est surtout intéressant en ce sens que, d'une part, il prouve l'insuffisance de la méthode de Claude Martin (de Lyon) basée sur l'emploi de supports métalliques, et que, d'autre part, il démontre que les greffes autoplastiques ne présentent pas de très grands avantages sur les greffes osseuses empruntées aux animaux. C'est pourquoi M. Berger se rallie à l'opinion de M. Ricard, et se propose de recourir à ces dernières dans ses prochaines opérations.

M. Poncet a fait une communication sur l'actinomycose. Il a présenté un nouveau cas dans lequel il s'agissait d'une actinomycose ano-rectale. Nous publierons prochainement cette observation. Signalons seulement ici cette particularité intéressante que M. Poncet a présenté des photographies en couleurs de sa malade, qui ont été faites par MM. Lumière (de Lyon), et qui sont la première application de la photographie en couleurs à l'iconographie médicale. Ces épreuves sont vraiment très remarquables.

Par ce temps de chasse, on ne lira pas sans intérêt une note de M. Mégnin sur le tænia des faisans et des perdrix. Rassurons de suite les amateurs de gibier en disant que ces tænias ne sont pas transmissibles à l'homme.

L'Académie avait été consultée sur la question de savoir s'il y avait lieu d'adopter un appareil imaginé par M. Karnice Karnicki, chambellan de l'empereur de Russie, dans le but d'éviter les inhumations précipitées. M. Vallin, chargé d'un rapport sur cette question, n'a pas cru devoir proposer cette adoption, et tout en félicitant l'inventeur de son ingénieux appareil, préfère s'en tenir à la vérification des décès par un médecin compétent. L'Académie s'est ralliée à cette manière de voir.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 121.

### DE LA NÉPHROTOMIE (1)

Par MM. F. GUYON et J. ALBARRAN (de Paris).

**1° Néphrostomie dans l'anurie.** — Les premières néphrostomies pour anurie ont été pratiquées par Clément Lucas en juin 1895 et par Mollière de Lyon en novembre de la même année. Bardenheuer avait déjà inauguré la période chirurgicale dans le traitement de l'anurie calculeuse lorsqu'il pratiqua, en 1882, la pyélotomie chez un malade de Thelen. Depuis ces premières interventions on a pratiqué tantôt des opérations sur l'uretère et le bassinet, tantôt l'ouverture du rein avec ou sans suture du parenchyme.

Pour bien établir les indications de ces différentes opérations dans l'anurie calculeuse, il est nécessaire d'indiquer rapidement la physiologie pathologique de l'accès.

Il faut tout d'abord rappeler que, chez les calculeux rénaux, même avec lithiase primitive sans infection, les deux reins présentent toujours des lésions plus ou moins avancées, que l'un de nous a décrites sous le nom de néphrite aseptique des lithiasiques. L'existence de ces lésions explique, à notre avis, les phénomènes différents qu'on observe à la suite de l'obstruction calculeuse de l'uretère et ceux qu'on voit consécutivement à la ligature aseptique expérimentale de ce conduit.

Lorsqu'un calcul interrompt brusquement le cours des urines, il est exceptionnel d'observer une rétention rénale de quelque importance au-dessus de l'obstacle, alors que l'uronéphrose est de règle dans la ligature urétérale. Dans l'obstruction calculeuse il faut tenir grand compte, en ce qui regarde le rein du côté malade, non seulement de l'obstacle

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 953.

mécanique au cours de l'urine, mais encore et surtout des phénomènes congestifs du côté du rein et de la suppression par réflexe inhibitoire de la sécrétion rénale.

Il est nécessaire aussi de considérer que, dans la plupart des cas d'anurie calculeuse, le rein du côté opposé ne fonctionnait déjà plus, avant l'attaque d'anurie. Dans un certain nombre de cas ce rein paraît normal, mais, même alors, il peut présenter les lésions de néphrite aseptique dont nous parlions, lésions qui le rendent plus apte qu'un autre rein à subir l'influence inhibitrice d'un réflexe parti de l'autre rein (réflexe réno-rénal, Guyon).

Il est enfin indispensable de tenir compte, dans l'établissement des indications, de la gravité de l'état général de la plupart des anuriques qu'on opère. L'état précaire de ces malades conduit le chirurgien à préférer les opérations les plus simples et les plus rapides, celles qui mettent le mieux à l'abri des phénomènes du shock opératoire si redoutables en pareil cas.

Ces considérations nous amènent à penser que, dans l'anurie calculeuse, l'acte opératoire doit être de courte durée; s'il est préférable d'enlever le calcul qui obstrue les voies d'excrétion, le but de l'opération n'est pas l'extraction de la pierre. On doit avant tout s'efforcer de faire reprendre au rein sa fonction, de le mettre à même d'éliminer l'urine. En fait, les premiers opérateurs ont souvent dû se contenter d'ouvrir le rein sans pouvoir enlever le calcul; le succès a justifié leur conduite et dans un certain nombre de cas on a vu le calcul s'éliminer spontanément par la suite. MM. Demons et Pousson ont insisté, avec grande raison, sur les avantages qu'il y a à se contenter de pratiquer la néphrostomie sans trop s'inquiéter du calcul.

Comparons maintenant les différentes opérations pratiquées dans l'anurie calculeuse.

L'*urétérotomie* a donné des succès, mais présente souvent des inconvénients. Lorsque le calcul est engagé au niveau du détroit supérieur ou près de la vessie, l'opération est longue et délicate, peu en rapport avec la gravité de l'état général de ces malades. Dans ces cas, même si le diagnostic était porté, nous donnerions la préférence à la néphrostomie. Lorsque le calcul se trouve engagé dans la portion supérieure de l'uretère, mieux vaut encore aller le chercher à travers l'incision de la néphrostomie, en essayant au besoin de le faire remonter de l'uretère dans le bassinet: en agissant ainsi on peut explorer le rein et se rendre compte de l'existence ou de l'absence d'autres calculs. L'urétérotomie simple permet une exploration moins complète.

La *pyélotomie* présente sur la néphrostomie l'avantage de ne pas ajouter aux lésions d'un parenchyme rénal déjà altéré. Par les raisons que nous avons données en parlant de la néphrolithotomie ordinaire, la pyélotomie pourrait être indiquée lorsqu'il s'agit d'un calcul non ramifié qu'on sent aisément par la palpation dans le bassinet; mais les enseignements de la physiologie pathologique nous font penser que le rétablissement de la fonction rénale est beaucoup mieux assuré par l'incision du parenchyme rénal que par celle du bassinet. Ce doit être en pareil cas l'objectif de l'opérateur.

La *néphrotomie* avec extirpation du calcul et suture immédiate du rein a été pratiquée avec succès dans un cas de Legueu. L'un de nous, dans une opération semblable pratiquée le dixième jour d'une anurie calculeuse, a eu un décès. Tenant compte de ce fait, qu'un rein néphrotomisé et suturé paraît moins apte à bien sécréter qu'un rein laissé ouvert, nous pensons aujourd'hui que la néphrostomie simple est préférable dans ces cas à la néphrolithotomie avec suture immédiate. Nous ne voyons en faveur de la suture que l'absence de fistule consécutive; mais il faut considérer que, si l'uretère est libre, la cicatrisation du rein est rapide. Or cette liberté de l'uretère est une *condition indispensable* à la suture. Nous ferons remarquer, en faveur de la néphrostomie, la difficulté qu'on éprouve souvent à s'en assurer en faisant le cathétérisme rétrograde de l'uretère, la plus grande longueur de l'acte opératoire nécessitée par ce cathétérisme lui-même et par la suture du rein.

La *néphrostomie* nous paraît être l'opération de choix dans la grande majorité des cas d'anurie calculeuse. C'est l'opération de nécessité dans les cas très graves.

2° **Néphrostomie dans l'uronéphrose.** — Les chirurgiens extirpent volontiers les volumineuses uronéphroses. Ces grandes poches sont considérées comme ayant une valeur physiologique à peu près nulle et, d'un autre côté, la néphrectomie donne, dans ces cas, d'excellents résultats.

Si nous nous reportons à ce que nous avons dit plus haut sur la valeur fonctionnelle qu'ont en réalité les uronéphroses même très volumineuses, on comprendra que, en principe, il soit préférable d'essayer les opérations conservatrices. Cela nous paraît d'autant plus justifié que nous pourrions citer de nombreuses observations de malades dont un rein a été complètement détruit, et qui vivent, grâce à un seul rein hydronéphrosé et ouvert par néphrostomie.

La néphrostomie a contre elle de laisser à sa suite une fistule qui peut être définitive; aussi peut-on dire que, dans l'état actuel de la chirurgie, la néphrostomie est loin de représenter l'opération conservatrice idéale. On doit s'efforcer de ne pas enlever le rein et d'éviter en même temps la formation d'une fistule urinaire. C'est dire qu'il ne suffit pas à l'action chirurgicale de s'attaquer à l'uronéphrose elle-même en tant que poche de rétention rénale, mais que l'on doit essayer de s'adresser à la cause même de cette rétention. Nous sortirions de notre sujet en discutant ici les traitements variés qui tendent à conserver le rein en supprimant la cause de l'hydronéphrose; il nous suffira de mentionner, sans en discuter les indications: le cathétérisme urétéral; la néphrorraphie; l'urétérotomie; l'urétéro-pyélostomie, en un mot les différentes opérations qui visent à rétablir le cours normal des urines.

La néphrotomie ou la néphrostomie peuvent faire partie du manuel opératoire dans un certain nombre de ces interventions conservatrices, mais l'ouverture du rein ne constitue pas ici la partie essentielle de l'opération.

La néphrostomie en elle-même n'a pour but que de créer une fistule urinaire; elle trouve sa vraie indication dans l'uronéphrose, lorsque, l'autre rein étant détruit, il est indispensable de conserver ce que la rétention a épargné de parenchyme rénal. Dans ces conditions, la néphrectomie est interdite; les manœuvres ou opérations qui ont pour but de rétablir le cours des urines, ne devront être pratiquées qu'avec la plus grande prudence. Lorsqu'on se sera rendu compte que le rein du côté opposé a conservé un fonctionnement régulier, ce que seul le cathétérisme urétéral peut déterminer d'une manière précise, il est plus rationnel de s'adresser à la cause même de l'uronéphrose, et de rétablir de suite, si on le peut, le cours des urines. S'il paraissait impossible de lever immédiatement la cause de la rétention,

mais si cet obstacle est de telle nature que l'espoir soit légitime de réussir dans une intervention ultérieure, il nous paraît logique de créer, temporairement, une fistule rénale. Nous admettons enfin la néphrectomie lorsqu'on ne peut réussir à rétablir le cours des urines, et qu'il est démontré que la sécrétion du rein malade présente une utilité restreinte, à condition bien entendu que le rein qui doit rester en place présente un fonctionnement normal.

**3° Néphrostomie dans les pyonéphroses.** — Au point de vue des indications opératoires, nous distinguons les pyonéphroses ordinaires et les pyonéphroses tuberculeuses.

a. *Pyonéphroses simples.* — La rétention de pus dans une poche pyélorénale crée des conditions analogues à celles de la formation d'un abcès dans un point quelconque de l'organisme; en ouvrant cette collection par l'incision rénale et en créant une fistule qui permette l'évacuation permanente du pus, c'est-à-dire en pratiquant la néphrostomie, on ne fait que se conformer aux règles classiques de la chirurgie.

Les avantages de la néphrostomie, dans ces cas, sont si évidents qu'il nous paraît inutile d'insister plus longuement. Nous nous bornerons à dire que l'opération se trouve indiquée et qu'elle donne de merveilleux résultats dans les cas les plus graves : tous ceux qui ont que'que habitude de la chirurgie rénale ont vu, comme nous, de véritables résurrections de malades dont la vie paraissait ne plus pouvoir se prolonger et qui ont définitivement retrouvé la santé.

L'objection, toujours mise en avant contre la néphrostomie, consiste dans la fréquence considérable des fistules post-opératoires et l'infirmité pénible qui en résulte. La crainte de la fistule a conduit un grand nombre d'opérateurs à pratiquer la néphrectomie d'emblée; d'autres font des néphrectomies secondaires précoces; enfin, dans ces dernières années, on voit se dessiner de plus en plus la tendance à pratiquer d'emblée des opérations tendant à rétablir le cours normal des urines. Nous allons étudier rapidement ces différents points.

La *fistule* qu'on crée par la néphrostomie persiste en réalité dans un très grand nombre de cas et peut devenir permanente. Nous ferons d'abord remarquer que l'existence de cette fistule n'empêche pas les malades de vaquer à leurs occupations, de vivre de la vie normale, de voyager, d'avoir des grossesses normales, de reprendre et de conserver un excellent état général. D'un autre côté, il est utile de rappeler que beaucoup de ces fistules finissent par se tarir spontanément, non seulement après quelques mois, mais même plusieurs années après l'intervention (Guyon), et cela d'autant plus facilement que le rein était plus détruit. Les malades que nous avons suivis sont restés définitivement guéris.

Nous reconnaissons volontiers qu'il est préférable de guérir la fistule que de la conserver, même si elle doit se tarir spontanément après plusieurs années. Or, dans un certain nombre de cas, on peut empêcher la formation de la fistule ou la guérir lorsqu'elle est déjà constituée, par le simple cathétérisme urétéral à demeure (Albarran); on le peut encore par des opérations qui rétablissent le cours normal de l'urine par l'uretère (Albarran); enfin la néphrectomie secondaire constitue une ressource ultime lorsque la guérison est impossible et que la sécrétion du rein malade ne présente pas une valeur physiologique réelle.

La *néphrectomie* d'emblée ne nous semble que très rarement justifiée dans les pyonéphroses simples, elle ne peut soutenir la comparaison avec la néphrostomie. Tous les chirurgiens reconnaissent, toutes les statistiques démontrent la gravité beaucoup plus grande de la néphrectomie primitive. Cette gravité est due d'un côté au shock opératoire, beaucoup plus considérable dans la néphrectomie que dans la néphrostomie, et surtout à la fréquence de lésions plus ou moins accusées du côté du rein qui reste en place. Nous posons comme principe qu'on ne doit jamais extirper un rein sans s'être assuré de la valeur fonctionnelle du rein qui doit rester en place et, dans les cas de pyonéphrose, nous ne croyons pas possible d'avoir des renseignements précis sur l'autre rein sans pratiquer le cathétérisme urétéral. Or, ceux qui ont l'habitude de ce moyen d'exploration savent que, dans la plupart des cas de pyonéphrose, l'état de la vessie est tel que les manœuvres nécessaires au cathétérisme urétéral ne peuvent être tentées. Pour bien comprendre la nécessité de l'exploration du rein du côté opposé et la gravité de la néphrectomie primitive dans les pyonéphroses, il est nécessaire de considérer que, dans les cas de rétention septique d'un rein, l'hypertrophie compensatrice du rein opposé est loin d'être aussi parfaite que lorsqu'il s'agit d'une simple uronéphrose. Nos expériences sur les animaux sont à cet égard très démonstratives.

Nous ferons enfin valoir, en faveur de la néphrostomie, ce que nous avons dit plus haut sur la valeur réelle que présentent, au point de vue fonctionnel, les poches des pyonéphroses chirurgicalement fistulisées.

L'extirpation primitive du rein dans les pyonéphroses ne nous semble justifiée que si on trouve réunies, chez le même malade, une série de conditions locales et générales qu'on ne pourra rencontrer que dans des cas très rares. Au point de vue du rein lui-même, il faudrait savoir, avant de l'extirper, qu'il n'est plus capable de fonctionner d'une manière utile et se trouver en présence d'une de ces poches anfractueuses qui ne peuvent être bien drainées. En ce qui regarde le rein du côté opposé, il faudrait avoir déterminé de façon certaine qu'il est capable d'un bon fonctionnement. Enfin, l'état général du malade doit être tel que la néphrectomie ne se présente pas avec des caractères de trop grande gravité. Il en est tout autrement dans la plupart des cas. A côté de ces considérations, les inconvénients que présente une fistule nous paraissent présenter une minime importance, et nous croyons devoir conclure en disant que : dans les pyonéphroses la néphrectomie primitive ne présente guère d'indications.

Des opérations ayant pour but de rétablir d'emblée le cours des urines, en s'attaquant à l'obstacle causal de la rétention, ont été pratiquées dans ces dernières années par plusieurs auteurs à la suite de Küster.

Ces interventions sont-elles préférables à la néphrostomie? Nous ne le pensons pas, en tant qu'opérations primitives.

Il est nécessaire, à notre avis, de bien mettre en relief la différence des indications de ces opérations plastiques dans les uronéphroses et dans les pyonéphroses. Lorsqu'il s'agit d'une rétention rénale aseptique, l'état général du malade et la bonne compensation établie par le rein de l'autre côté, justifient dès la première intervention la recherche de la cause de l'obstruction et l'exécution des manœuvres opératoires souvent longues et délicates qui peuvent y remédier. Dans les pyonéphroses, au contraire, nous opérons dans des conditions autrement graves, et, en voulant trop

bien faire du premier coup, on risque de compromettre la vie du malade. Les conditions anatomiques elles-mêmes sont plus mauvaises que dans les uronéphroses, et, sans compter les cas où il existe une impossibilité absolue de rétablir le cours des urines par l'uretère, on se trouvera souvent en présence de difficultés opératoires considérables.

Ces considérations nous font penser que, dans les pyonéphroses, la néphrostomie est presque toujours préférable aux interventions qui ont pour but de rétablir d'emblée le cours normal des urines. Il vaut mieux, à notre avis, sauf des cas exceptionnels d'opération très simple, pratiquer ces opérations plastiques quelque temps après la néphrostomie, lorsque l'état général du malade, et même les conditions locales, se seront améliorés. Les résultats opératoires ainsi obtenus seront plus certains.

b. *Pyonéphroses tuberculeuses.* — Dans les pyonéphroses tuberculeuses, les inconvénients inhérents à la néphrostomie sont autrement sérieux que dans les pyonéphroses simples; d'un autre côté, le bénéfice que l'opération procure au malade est souvent de courte durée ou manque totalement.

Il existe un certain nombre de pyonéphroses tuberculeuses dans lesquelles le rein est réduit à une simple poche, sans aucune valeur fonctionnelle, et dont la cavité contient une substance caséuse comparable à du mastic. Dans des cas semblables, la vie n'est maintenue que par le rein du côté opposé, et, si on se décide à opérer, il est évident qu'il vaut mieux enlever que conserver ces débris inutiles du rein malade.

Dans d'autres cas, les plus communs, on voit coexister avec la rétention purulente qui constitue la pyonéphrose, des lésions tuberculeuses du parenchyme rénal et du bassinet, souvent encore de la périnéphrite, suppurée ou non. En réalité, la poche de pyonéphrose ne constitue qu'une partie, parfois insignifiante, de la tumeur. La néphrostomie pratiquée dans de telles conditions donne des résultats variables. Dans quelques cas, on observe à peine une diminution de la fièvre et quelque soulagement dans les souffrances des malades; parfois même toute amélioration manque. Il est plus fréquent d'observer un soulagement réel et une amélioration évidente de l'état général, mais, contrairement à ce qui se voit dans les pyonéphroses ordinaires, cette amélioration, quoique remarquable, est de courte durée. Quelques semaines ou quelques mois après l'opération, on constate le retour des phénomènes qui obligèrent à intervenir, et cela malgré la permanence de la fistule, malgré le curage secondaire des foyers rénaux ou péri-rénaux. Les auteurs parlent bien de malades guéris de pyonéphrose tuberculeuse après la néphrostomie; mais en dépouillant les observations, nous n'avons pu en trouver une seule dans laquelle la guérison ait été constatée deux ans après l'opération. Personnellement, nous avons fait de nombreuses néphrostomies pour tuberculose rénale; toujours nous avons vu persister la fistule opératoire et nous n'avons pas eu de malade qui ait survécu plus de deux ans.

Ces inconvénients de la néphrostomie ont fait que nombre d'auteurs préconisent, dans les pyonéphroses tuberculeuses, de faire d'abord la néphrostomie et de pratiquer ensuite, quelques semaines après, la néphrectomie secondaire précoce. On obtiendrait ainsi une amélioration temporaire pendant laquelle l'extirpation du rein pourrait se faire avec des dangers moindres. Nous dirons bientôt dans quelles conditions précises nous acceptons cette manière de voir, mais nous ne croyons pas qu'on doive ériger en règle la conduite chirurgicale que nous venons d'exposer. Nous croyons que, dans la pyonéphrose tuberculeuse, toutes les fois qu'on peut s'assurer du bon état de l'autre rein, il vaut mieux pratiquer la néphrectomie primitive.

L'opinion que nous défendons est basée sur une série de considérations dont les principales sont les suivantes.

La néphrostomie est loin de donner, dans la plupart des cas, l'amélioration constante dont parlent les auteurs : chez nombre de malades, on obtient un résultat peu appréciable et, si on pratique la néphrectomie secondaire, on ne fait que soumettre le patient, sans besoin réel, à une double opération.

Nous croyons aussi qu'il n'est pas démontré dans la tuberculose rénale, que la néphrectomie secondaire soit moins grave que l'extirpation primitive du rein : les statistiques précises manquent, et celle que nous avons pu établir, comprenant la plupart des cas publiés, donne :

Néphrectomies primitives ... 28 p. 100.
— secondaires. 34 p. 100.

Ces chiffres ne signifient pas grand' chose, les cas étant trop dissemblables, et le moment de l'opération fort variable, mais il nous a paru utile de les donner pour détruire la légende de la bénignité de la néphrectomie secondaire. L'opinion courante à ce sujet est basée sur la confusion qu'on établit entre les observations de pyonéphrose tuberculeuse et de pyonéphrose simple.

Nous ne donnerons pas des chiffres démontrant la fréquence des lésions unilatérales dans la tuberculose rénale, pour préconiser ensuite la néphrectomie primitive. Ces statistiques ne nous diraient pas, en présence d'un malade, quelle est la conduite à suivre. Nous croyons, au contraire, faire œuvre utile dans cette discussion, en disant que, sur 17 néphrectomies primitives pour tuberculose rénale, nous avons obtenu 16 guérisons : en réunissant nos cas à ceux de Czerny, Bardenheuer, Kuster, Israël, Tuffier et Routier, nous obtenons, sur un ensemble de 76 opérations, 8 morts, soit une mortalité de 10 p. 100 dans la néphrectomie primitive pour tuberculose. Ce chiffre est trop éloquent pour que, malgré les défauts inhérents à toute statistique, il n'ait pas une valeur réelle, surtout comparé à celui des néphrostomies. Sur 84 néphrostomies pour tuberculose rénale, pratiquées par différents auteurs, nous avons 17 p. 100 de mortalité opératoire.

Ces considérations suffisent pour démontrer que la néphrostomie dans la tuberculose rénale ne peut être qu'une opération de nécessité. Pour nous, elle est justifiée lorsqu'on n'a pu se rendre compte de l'état du rein opposé; lorsqu'il existe d'autres lésions de tuberculose avancée; enfin, lorsque les conditions locales rendent la néphrectomie trop grave.

Il n'est jamais permis, pas plus dans la tuberculose que dans toute autre maladie, d'enlever un rein sans savoir que l'autre peut suffire à la vie. Lorsque, dans un cas de tuberculose rénale, l'état de la vessie ne permet pas de s'assurer de l'intégrité du rein du côté opposé, si l'existence d'une pyonéphrose commande une intervention, seule la néphrostomie est de mise. Si après l'opération l'autre rein fonctionne convenablement, on devra pratiquer la néphrectomie secondaire précoce.

Lorsqu'une pyonéphrose tuberculeuse détermine des dou-

leurs vives, quand la rétention purulente aggrave l'état général d'un malade qui présente des lésions phymateuses incurables dans d'autres organes, la néphrostomie nous paraît indiquée. Mais nous avons insisté ailleurs sur la nécessité d'un diagnostic précis; nous croyons devoir le rappeler. On attribue souvent à une tuberculose pulmonaire coexistante des symptômes qui sont dus à la tuberculose du rein et il arrive, comme nous l'avons observé, que la gravité de l'état général n'empêche pas de brillants succès avec la néphrectomie primitive.

Il existe, dans quelques cas, des adhérences si intimes et si étendues du rein aux gros vaisseaux de l'abdomen, il y a parfois des lésions de périnéphrite tuberculeuse si étendues, que les conditions locales ne permettent de faire, pour extirper le rein, que des opérations longues, laborieuses, souvent incomplètes; le malade n'aurait pas la force de les supporter. Dans ces cas encore, la néphrostomie vaut mieux que la néphrectomie. L'on ne saurait, on le voit, ne pas tenir compte, dans la pratique, des améliorations que donne la néphrostomie dans les cas de tuberculose. L'ouverture permanente du rein a été, chez plusieurs de nos malades, très utilement palliative.

En terminant cet exposé de la question soumise au Congrès de chirurgie, nous croyons légitime de conclure que, parmi les conquêtes thérapeutiques réalisées par la chirurgie du rein, il n'en est pas de plus utiles que celles que nous devons à la néphrotomie. L'étude attentive de ses indications montre, en effet, que, dans un grand nombre de circonstances, nous pouvons très avantageusement y recourir.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de l'herpès génital. (Besnier.)

*Herpès sec.* — Si l'herpès est sec, on fera faire des frictions avec une des pommades suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| I. Emplâtre de plomb simple. | ââ 25 grammes. | |
| Lanoline | | |
| Axonge | 5 | — |
| II. Lanoline | ââ 20 | — |
| Onguent gris | | |
| Huile d'olive | 10 | — |

*Herpès humide.* — Si l'herpès est humide, suintant, on lavera les parties malades avec de l'eau boriquée ou de l'eau phéniquée faible, et on saupoudrera ensuite avec la poudre suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Poudre d'amidon | 100 | grammes. |
| Sous-nitrate de bismuth | 1 | — |
| Acide tannique | 5 | — |

(*Journ. de méd. de Paris.*)

### Iodoforme dans la broncho-pneumonie de la rougeole. (Gambasdella.)

| | | |
|---|---|---|
| Iodoforme | 50 | centigrammes. |
| Huile de foie de morue | 100 | grammes. |
| Essence d'anis | 2 | — |

F. S. A. — Faire prendre d'abord deux cuillerées à café par jour de cette préparation, puis augmenter progressivement la dose suivant la tolérance de l'enfant.

Il est bon de prescrire aussi des inhalations d'essence de térébenthine iodoformée.

Cette médication aurait pour effet de dissiper rapidement les symptômes pulmonaires et la fièvre, même dans les cas où le traitement n'a pu être institué que tardivement.

### Potion contre la diarrhée fétide de la période initiale de la scarlatine. (Filatov.)

| | | |
|---|---|---|
| Sulfite de magnésie | ââ 4 | grammes. |
| Acide sulfureux liquide | | |
| Eau distillée | 180 | — |
| Sirop simple | 30 | — |

Mêlez. — A prendre : une cuillerée à café ou à bouche, suivant l'âge de l'enfant, d'heure en heure.

Cette potion, absolument anodine, est bien supportée par les petits malades, qui la prennent sans répugnance. (*Rev. des mal. de l'enf.*)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 septembre 1898. — Présidence de M. Panas.

### RAPPORTS

**Des greffes d'os vivant.** — M. Berger présente un rapport sur une communication de M. le docteur Ricard relative à ce sujet.

Dans le premier des faits communiqués par M. Ricard, il s'agissait d'une femme sur laquelle celui-ci avait comblé une perte de substance du crâne résultant de l'ablation d'un ostéosarcome au moyen d'un fragment d'os coxal enlevé à un chien. Cinq ans après, l'opérée rentrait à la Salpêtrière en pleine généralisation sarcomateuse, mais sans récidive locale. M. Chipault put constater, du vivant de la malade, par la palpation, la persistance de la greffe osseuse.

M. Berger rappelle les expériences de MM. Ollier, Adamkiewicz et Mossé sur la greffe osseuse interanimale et le rapport de M. Le Dentu sur cette question. Il est démontré par ces expériences que les greffes hétéroplastiques se résorbent le plus souvent et que, même lorsqu'elles persistent, elles sont le siège d'un travail de résorption partielle; elles peuvent être remplacées par une cicatrice fibreuse très ferme qui peut faire croire à la persistance de la greffe : il eût été intéressant de pratiquer dans le cas présent l'examen radioscopique ou la photographie au moyen des rayons Rœntgen, et surtout de recueillir et d'examiner la pièce pour constater directement la persistance du transplant osseux et étudier les phénomènes anatomiques dont il est le siège.

Le second cas a trait à une jeune femme qui présentait un enfoncement du nez dû à la destruction de la cloison et à l'affaissement de son squelette. On avait, à deux reprises, tenté de restaurer la forme du nez, en soutenant les parties molles avec un support métallique par la méthode de M. Claude Martin (de Lyon), mais la charpente métallique avait ulcéré les téguments et faisait saillie au travers de cette perforation. M. Ricard dut l'enlever, puis après avoir fendu les téguments du nez sur la ligne médiane et avoir séparé par une dissection soigneuse la peau de la muqueuse dans une certaine étendue, il introduisit entre elles, sur la région dorsale du nez, le quatrième métatarsien qu'il extirpa à l'un des pieds de la malade et qu'il façonna suivant les besoins; il réunit ensuite les téguments en avant de la greffe autoplastique incluse dans les parties molles. Cette greffe fut tolérée; la difformité resta corrigée; néanmoins le transplant osseux se résorba à la longue et il fut remplacé par une masse fibreuse élastique et résistante qui maintint le résultat obtenu au point de vue de la forme.

M. Berger fait observer que les insuccès sont chose assez fréquente par la méthode de M. Claude Martin. Il a vu plu-

sieurs fois les charpentes métalliques user et perforer les téguments qu'elles étaient destinées à soutenir et il a été plusieurs fois forcé d'en pratiquer l'extraction. Le résultat obtenu par M. Ricard est au contraire très satisfaisant, mais il n'est pas et ne peut être parfait; le nez reste court et plus ou moins épaté: cette déformation persistante s'observait également sur des sujets sur lesquels Israël (de Berlin) avait cherché à corriger des enfoncements du nez par un procédé analogue. Quant à la résorption du transplant osseux, elle n'a rien qui doive surprendre; si dans les cas d'Israël, dans un cas opéré par M. Berger, le transplant osseux a semblé persister, le résultat n'a été suivi et la persistance constatée qu'au bout d'un temps beaucoup moins long. M. Berger pense comme M. Ricard que les greffes autoplastiques ne présentent peut-être pas un avantage très grand à ce point de vue sur les greffes osseuses empruntées aux animaux et il est disposé à revenir à ces dernières dans ses prochaines opérations.

**Appareil destiné à révéler les inhumations précipitées.** — M. VALLIN fait un rapport sur ce sujet.

L'Académie avait été consultée sur la question de savoir s'il y avait lieu de prescrire l'emploi d'un appareil inventé par M. le comte Karnice Karnicki, chambellan de l'empereur de Russie, pour signaler les personnes ensevelies en état de mort apparente.

Cet appareil se compose d'un tuyau qu'on ajuste dans un orifice pratiqué dans la bière; il dépasse le niveau du sol et se termine dans une boîte dont le couvercle peut se lever sous une pression minime exercée sur une boule en caoutchouc placée au-devant de la poitrine de la personne ensevelie. En se soulevant, ce couvercle met en jeu une sonnerie. L'appareil resterait en place quinze jours.

M. Vallin, sans vouloir refuser à l'appareil toutes les qualités que lui prête son inventeur, craint qu'après l'enlèvement du tube le trajet qu'il occupait ne devienne une cheminée d'appel pour les gaz produits par la décomposition. Il pense aussi que la sonnerie, ainsi que les choses se passent dans les dépôts mortuaires allemands depuis leur création, ne sera mise en jeu que par des phénomènes cadavériques, et non par la main de l'individu enseveli.

Dans les villes, l'ensevelissement n'est fait qu'après la constatation du décès par un homme de l'art; en cas de doute, on peut retarder l'inhumation jusqu'à l'apparition de la putréfaction; l'appareil Karnice est donc inutile.

Dans les campagnes, la constatation des décès se fait certainement d'une façon défectueuse, et en dehors du contrôle médical. Pour y remédier, on proposerait aux communes rurales d'acheter un appareil Karnice, qui serait loué aux particuliers à raison de 1 franc par jour, soit 15 francs par cadavre.

M. Vallin pense que l'on ne trouvera pas de municipalités adoptant cette pratique, et, pour sa part, il aimerait mieux voir ne donner le permis d'inhumer que sur certificat délivré par un médecin; en cas de doute, on attendrait l'apparition des taches ecchymotiques.

Cette conclusion, mise aux voix, a été adoptée.

### COMMUNICATIONS

**Épidémies de tænias sur les perdrix et faisans.** — M. MÉGNIN fait une communication sur des épidémies de tænias qui ont sévi l'année dernière et au printemps de l'année actuelle sur le gibier à plume. Cela a été une des causes de sa diminution et aussi de quelques craintes pour la santé publique.

Les épidémies sur les faisans, qui succombaient par centaines dans certains élevages des environs de Rambouillet, étaient causées par un tænia nouveau, pour notre pays tout au moins, et que M. Mégnin propose de nommer « Davainea Guevillensis »; il en donne la figure et une description complète.

Chez les perdrix, c'est surtout dans le Loiret et en Seine-et-Marne qu'elles succombaient victimes des tænias. Deux espèces de ces parasites ont été rencontrées, souvent réunies chez le même oiseau; ce sont le « Davainea Urogalli » et le « Tænia lagenocollis ». La première espèce avait déjà été rencontrée chez le coq de Bruyère, mais la deuxième est entièrement nouvelle. M. Mégnin donne une description complète de cette dernière avec figure.

C'est aussi par obstruction intestinale que les perdrix sont victimes de ces tænias, et la multiplication de ce dernier se fait très rapidement et paraît avoir lieu par infection réciproque entre oiseaux.

La noix d'arec en poudre, mélangée à petites doses aux aliments des faisans et des perdrix, les débarrasse très bien de leur tænia et fait cesser les épidémies.

M. Mégnin ne pense pas que ces parasites puissent se transmettre à l'homme, grâce à la manière de préparer et de cuire ce gibier. Cependant, il y a un tænia exotique, très voisin des tænias d'oiseaux, le « Davainea Madagascariensis », qu'on a rencontré chez les enfants malgaches, dans l'Inde et même en Amérique, et on ne connaît pas encore son origine.

**Actinomycose ano-rectale.** — M. A. PONCET (de Lyon) fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

---

### THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

M. BRINTET. Contribution à l'étude des cancers branchiogènes. — M. GERMOND. De la toxicité urinaire dans l'épilepsie et l'hystérie. — M. BABEAU. Contribution à l'étude de la pathogénie du rachitisme. Élimination de la chaux par les urines et les fèces. — M. CHARDONNET. Contribution à l'étude de la néphropexie. Indications thérapeutiques et techniques. — M. PASCAL. Contribution à l'étude du traitement du cancer épithélial par la méthode de Cerny et Trunecek. — M. LERT. De l'hématocèle rétro-utérine et de son traitement par la colpotomie. — M. CAMBRIEL. De la conduite à tenir dans la rétention du placenta après l'avortement. — M. MAZOYER. De l'inflammation dans les hernies. — M. ROUBAUD. De l'occlusion membraneuse de la trachée. — M. SAIX. Contribution à l'étude du sarcome de la langue. — M. DORCHE. Essai sur l'encéphalopathie rhumatismale. — M. DERAMOND. Quelques considérations sur la version et le forceps dans les rétrécissements modérés du bassin chez la femme à terme. — M. VAILHÉ. Quelques remarques sur l'extraction du fœtus en présentation du siège décompleté, mode des fesses. — M. FABRE. De l'origine névrophatique de la paralysie faciale périphérique primitive dite *a frigore*. — M. VERNY. Contribution à l'étude des hématémèses d'origine hystérique. — M. ALLARD. Contribution à l'étude du *genu recurvatum*. — M. POPPOFF. Contribution à l'étude des lipomes de la langue. — M. BIAU. Contribution à l'étude des restaurations secondaires de la face dans les blessures par armes à feu. — M. BERTROU. Valeur des symptômes et de la réaction agglutinante dans le pronostic de la fièvre typhoïde. — M. LEPRINCE. Du procédé en vanne dans le traitement de l'ectropion. — GACHON. Les infections blennorragiques. — M. BAZEX. Quelques considérations sur la prophylaxie de la tuberculose. — M. MUSSO. Recherches sur le parasite de la vaccine. — M. ARCHINKOFF. Contribution à l'étude thérapeutique du bleu de méthylène. — M. GUIBAL. Étude clinique des symptômes bulbaires du tabes.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 septembre 1898, M. le docteur Brédiane a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— MM. les médecins de deuxième classe Abbatucci, aide-major aux batteries d'artillerie de marine à Rochefort, et Bartet, aide-major aux batteries d'artillerie de marine à Toulon, passeront sur leur demande, le premier à l'artillerie à Toulon, le second à l'artillerie à Rochefort.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Exposition générale italienne de Turin.* — *Train de plaisir Paris-Turin.* — Prix (aller et retour) : 2e classe, 59 fr. 10; — 3e classe, 38 fr. 55.

Aller : Départ le 24 septembre (trajet direct par train spécial).

Retour : au gré des voyageurs, du 27 septembre au 9 octobre inclus, par tous les trains ordinaires, sauf les express.

Le nombre des places est limité.

Aucune franchise pour le transport des bagages.

Billets délivrés à dater du 10 septembre à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux-succursales de la Compagnie, dans les agences spéciales, et dans toutes les gares et stations de la Compagnie du Nord.

Visite facultative de Milan et de Gênes, à l'aide de billets spéciaux, valables quinze jours, et donnant droit à la prorogation gratuite des billets du train de plaisir pour une seconde période de quinze jours.

— La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des Voyages économiques, une excursion au *château* et dans la *forêt de Fontainebleau*, pour le dimanche 25 septembre 1898. — Départ de Paris, 9 h. 5 matin. Retour à Paris, 11 h. 50 soir. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 20 francs ; 2e classe, 17 fr. 50; 3e classe, 15 francs.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 106. — SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1898. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### La lèpre; étiologie et prophylaxie.

Par le docteur VIRES (de Montpellier).

I

De toutes les maladies *contagieuses épidémiques*, la lèpre est une des plus anciennes, ou tout au moins l'une des plus anciennement connues. Elle remonterait même si haut et si loin dans le passé, que, d'après une opinion, acceptée hier encore, la lèpre aurait disparu depuis plusieurs siècles de l'Europe occidentale. Certains médecins, en effet, considèrent le fléau comme quasi éteint, n'offrant plus qu'un intérêt historique et fait bien plus pour occuper les loisirs des archéologues, que pour intéresser les praticiens et les hygiénistes.

Eh bien ! non, la lèpre n'est pas morte ! Le fléau n'est pas éteint : bien au contraire, il couvre d'immenses territoires en Asie, en Amérique, et prépare même, dans notre vieux monde, un retour offensif. Certes, dans notre Europe, la lèpre a rétrocédé, mais elle n'a pas désarmé, et de toutes récentes épidémies, rapidement envahissantes, sont venues démontrer et affirmer l'existence de la maladie, aussi terrible qu'au moyen âge.

On sait, de science certaine, que la Norvège, l'Islande, la Russie, le Portugal, l'Espagne, l'Italie, la Grèce, la Turquie, la France même, renferment une quantité non négligeable de lépreux.

Notre France coloniale est fortement atteinte. Si la lèpre est relativement rare en Algérie et en Tunisie, elle sévit avec intensité au Gabon, à Madagascar, au Tonkin, aux Antilles, à la Guyane ; elle s'infiltre peu à peu dans la Nouvelle-Calédonie. Elle menace donc bien nos possessions et tend à devenir un nouveau péril colonial, si l'on n'y prend garde.

Cette extension est, à elle seule, suffisante pour légitimer cette étude : devant cette marche victorieuse de la lèpre, nous devons nous efforcer de faire œuvre d'hygiénistes, essayer d'arrêter le fléau par des mesures prophylactiques, de protéger les populations encore indemnes, de les garantir contre de nouvelles invasions.

Je ne saurais ici faire l'histoire complète et didactique de la lèpre. On la trouvera dans Leloir, dans Besnier, dans les comptes rendus de l'Académie (1887), dans les travaux de Hallopeau, Jeanselme, dans ceux du Congrès récent de Berlin où Ehlers, Kaposi, Dianelsen, Hansen, d'autres encore, l'élite des léprologues... se sont donné rendez-vous. J'ai plus particulièrement pour objectif le côté étiologique et prophylactique.

Cette étude comprendra deux grandes parties :

Dans l'une, je passerai en revue toutes les conditions étiologiques de la lèpre.

L'autre, basée sur l'enseignement étiologique précédent, sera consacrée à l'étude des moyens les plus propres à circonscrire la lèpre, à la combattre de toutes façons : ce sera la prophylaxie du lépreux, pour lui-même, et aussi dans ses rapports avec les hommes et avec l'État.

On admettra toutefois qu'avant d'entreprendre cette étude, il est utile que je donne de la lèpre un aperçu général, une esquisse à grands traits. Les considérations et les déductions ultérieures seront plus précises, plus nettes. On ne peut, du reste, lutter contre un ennemi qu'on ne connaît pas. Il faut donc que nous connaissions la lèpre, que nous sachions la distinguer des maladies qui ont avec elle quelque ressemblance.

A. LA LÈPRE EST UNE MALADIE MICROBIENNE, CONTAGIEUSE, ÉPIDÉMIQUE, D'ÉVOLUTION LENTE ET PAROXYSTIQUE, CAUSÉE PAR LA PÉNÉTRATION DANS L'ORGANISME D'UN AGENT FIGURÉ QUI LUI APPARTIENT EN PROPRE, LE BACILLE DE HANSEN. — On lui décrit :

1. Une période d'incubation ;
2. Une période d'invasion ;
3. Une période d'État ;

et des formes cliniques variées.

1. *Incubation.* — Cette période peut être fort longue. Elle fut de quatorze ans dans un cas de Landouzy. Il est le plus souvent impossible d'en fixer l'origine, parce qu'elle ne se caractérise pas par un accident initial révélateur, analogue au chancre syphilitique, par exemple.

2. *Invasion.* — Cette période fait rarement défaut. Elle est comparable par ses manifestations à la période secondaire de la syphilis ou à la phase germinative de la tuberculose.

Les premiers symptômes attestent une atteinte profonde

et grave de l'économie, ils se traduisent par de l'anémie progressive, des céphalalgies, des vertiges, de la dyspnée, de la rachialgie, de la dépression physique et, à peu près toujours, par une tendance invincible au sommeil.

D'autres fois ils se manifestent par des accès fébriles ou des frissons.

Les accès fébriles sont d'intensité et de durée variables; ils peuvent simuler les accès paludéens, mais, c'est la règle, ils apparaissent le soir, comme dans la fièvre tuberculeuse.

Le frisson unique, solennel, généralisé, peut faire penser à l'invasion d'une variole ou d'une pneumococcie pulmonaire.

Le début peut être moins généralisé. Il se marque alors par des troubles sensitifs, vaso-moteurs ou sécrétoires, des névralgies (localisées aux pieds, aux membres inférieurs), des névrites, se traduisant par l'asphyxie locale des extrémités, des fourmillements, la sensation de doigt mort, des accès de sueurs profuses, enfin par des coryzas tenaces, des épistaxis à répétition, de grande valeur diagnostique.

Tel est le début. Après un temps plus ou moins long, c'est la période d'état.

3. *État.* — Suivant que le bacille générateur de la lèpre se fixe dans la peau ou se localise dans les nerfs périphériques, l'expression symptomatique est si dissemblable, si tranchée, qu'on distingue deux grandes formes cliniques :

*a.* La lèpre tuberculeuse, systématisée tégumentaire.

*b.* La lèpre anesthésique, tropho-neurotique, systématisée nerveuse.

Cette division est quelque peu schématique. Les deux lèpres se superposent, s'emmêlent, se substituent l'une à l'autre, constituant les formes mixtes, les plus fréquentes.

*a. Lèpre tuberculeuse.* — Une tache isolée, érythémateuse ou pigmentaire, peut précéder de plusieurs années les autres manifestations cutanées. Généralement ces phénomènes éruptifs sont constitués par une abondante floraison de macules.

Des poussées analogues, successives, se produisent, coupées d'accalmies. Après plusieurs poussées et plusieurs accalmies, se montrent les tubercules, éléments caractéristiques de la forme tégumentaire.

Cette dernière est donc bien, comme on l'a dit justement, une maladie disciplinée, au même titre que la syphilis.

Les efflorescences cutanées, macules ou tubercules, s'insinuent dans toute l'enveloppe cutanée, s'infiltrent à la face superficielle des membres, au visage, aux extrémités, s'épandent en vastes nappes d'infiltration lépromateuse, bossèlent, agrandissent, transforment le facies humain; et prédominant aux sourcils, au front, à la racine du nez, font de celui-ci un masque léonin.

Presque toujours, au niveau des taches et des tubercules, on constate des troubles sensitifs.

L'énanthème lépreux peut atteindre la conjonctive, la pituitaire, la muqueuse bucco-pharyngo-laryngée. Il peut alors s'accompagner, du côté de la conjonctive, de troubles oculaires, voire même de cécité; du côté de la pituitaire, de rhinite spécifique, d'effondrement du nez ; du côté de la gorge, enfin, de raucité et de perte de la voix.

Or, cette forme tuberculeuse de la lèpre est rarement pure. Aux troubles cutanéo-muqueux, produits par la germination et la pullulation du bacille de Hansen, dans le derme cutané ou muqueux, s'associent presque toujours des troubles vaso-moteurs, sécrétoires, trophiques, sensitifs. Ces troubles annoncent l'envahissement des nerfs par le bacille.

*b. Lèpre anesthésique.* — Ils sont plus accusés dans la forme anesthésique.

Deux choses, en effet, caractérisent essentiellement cette variété :

1° L'absence d'éléments néoplasiques, de là, le nom de lèpre aphymatode ;

2° Le développement de névrites hyperplasiques s'accusant par le gonflement moniliforme des troncs nerveux, des anesthésies, des amyotrophies, de l'ataxie vaso-motrice et sécrétoire.

Il est donc, en clinique, deux grandes variétés de lèpre : la lèpre tégumentaire tuberculeuse et la lèpre aphymatode anesthésique.

Ajoutons que la lèpre tuberculeuse est plus contagieuse, plus marquée, plus frappante que l'anesthésique (masque léonin, atteinte initiale du lobule de l'oreille, formes mutilantes).

De même que nous avons fait une étude clinique rapide de la lèpre, de même essayons d'en fixer le diagnostic. Ce n'est point tentative aisée, car le champ de la lèpre est de délimitation très difficile, et, pour quelques auteurs, immense.

C'est ainsi que Zambaco admet des formes frustes et dégénérées de la lèpre et ces formes ne seraient autres que la maladie de Morvan, la syringomyélie, la sclérodermie, la sclérodactylie, la maladie de Raynaud, la morphée, l'aïnhum, l'atrophie d'Aran-Duchenne... Les cagots de Bretagne seraient des lépreux déchus.

Je ne puis discuter ici l'opinion de Zambaco. Je dois dire cependant que certains syringomyéliques sont des lépreux: Pitres, Besnier, Dühring l'ont scientifiquement établi.

Mais, à l'exemple des membres du Congrès de Berlin, il paraît plus sage d'observer une éclectique réserve, dans l'attente de précisions diagnostiques plus fermes. Le diagnostic de lèpre ne doit être, en effet, posé comme le veulent Kalindéro et Marinesco qu'après constatation du bacille de Hansen chez le sujet suspect.

Pour étayer le diagnostic, on s'adressera d'abord à l'étude clinique. Celle-ci nous permettra de séparer objectivement la lèpre mutilante de la maladie de Morvan (panaris analgésique).

Voici ce que l'on trouvera dans la lèpre :

1° La mutilation ou les mutilations atteignent indifféremment les doigts et les orteils.

2° L'anesthésie est d'abord rubanée; elle devient ensuite segmentaire, mais respecte en partie la face et le tronc.

3° L'hémiplégie faciale est fréquente, elle est d'origine périphérique.

4° Les nerfs cubitaux sont fusiformes ou noueux.

5° La scoliose fait constamment défaut.

6° La trépidation épileptoïde est très rare, et lorsqu'elle existe, elle n'est qu'à l'état d'ébauche.

Voici ce qu'on observera dans la maladie de Morvan :

1° Les mutilations ou la mutilation sont très souvent cantonnées aux membres supérieurs, parfois même à une seule main.

2° L'anesthésie est vestimentaire.

3° L'hémiplégie faciale est rare et elle est d'origine centrale.

4° Les nerfs cubitaux sont normaux ou peu amplifiés.

5° La scoliose est très fréquente.

6° La trépidation épileptoïde est très commune.

Vous retrouverez ensuite dans la lèpre un ou plusieurs des stigmates suivants qu'on a pu qualifier de permanents :

1° L'anesthésie en îlots au niveau des taches, ou symétriquement répartie aux membres.

2° Le gonflement à l'état moniliforme du lobule de l'oreille, des nerfs accessibles à la palpation et surtout des cubitaux.

3° La chute des sourcils.

4° Des cicatrices superficielles laissées par les tubercules au niveau des coudes et des genoux.

5° La rhinite et les épistaxis, signes initiaux et révélateurs de la lèpre.

6° Les troubles oculaires.

7° Les altérations des organes génitaux (orchite et infantilisme génital).

Voilà ce que peut donner l'étude clinique.

Si cette étude est impuissante à résoudre le problème diagnostique, la recherche du bacille de Hansen s'impose.

Ce bacille se décèle facilement dans les tubercules et les taches érythémato-pigmentaires, dans le pus de vésicatoires appliqués sur la peau (Kalindéro), dans le mucus nasal (Jeanselme), dans les nerfs pris sur le vivant par biopsie (Pitres).

B. Nous connaissons la lèpre : nous l'avons vue se manifester diversement en clinique, nous avons essayé de la dépister et de la diagnostiquer.

Nous pouvons maintenant nous demander d'où elle vient, quelle est sa cause intime, quelles en sont les conditions étiologiques favorisantes ou prédisposantes.

## II

Nous abordons ainsi l'**étiologie** de la lèpre.

*Le bacille.* — Nos connaissances sur l'agent microbien générateur de la lèpre sont courtes : nous pouvons les résumer d'un mot.

Le premier en 1871, Hansen signale un bacille qu'il considère comme spécifique. Neisser, en 1881, retrouve le même bacille.

Aujourd'hui le bacille de Hansen est unanimement reconnu comme le *bacille* lépreux spécifique.

C'est un bacille délié, à extrémités arrondies; il est semblable au bacille de Koch; il se colore par le Gram, le Ziehl, le Kühne. Sur ce bacille nous savons bien peu de choses.

Nous ignorons son habitat hors de l'organisme humain. On l'a vainement cherché dans le sol léprogène ou considéré comme tel, dans la terre des cimetières lépreux, dans les aliments réputés léprogènes.

On n'a pas pu le cultiver, on n'a pas pu l'inoculer aux animaux.

*Sa spécificité néanmoins n'est mise en doute par personne.*

Si, en effet, on n'admet pas ce postulat, comment peut-on expliquer la présence constante ou l'absence du bacille dans l'organisme, suivant que celui-ci est ou n'est pas lépreux? Comment concevoir, sans hypothèses, la corrélation évidente qui existe entre les symptômes et la topographie des colonies bacillaires?

Je m'arrête là, le sujet n'étant pas connu, et j'arrive naturellement sur un terrain plus et mieux exploré, au chapitre essentiel de cette étiologie.

L'histoire nous enseigne que la lèpre suit l'homme dans toutes ses pérégrinations, sous toutes les latitudes, comme l'ombre suit le corps, elle l'accompagne partout où il porte ses pas. Elle nous montre qu'elle se déplace avec lui, que ses arrêts, ses atténuations, ses retours offensifs sont commandés par les grands faits politiques et économiques qui déplacent les centres de l'activité humaine. C'est ainsi, par exemple, que, à l'instar des grandes invasions humaines, elle suit le littoral des mers et le cours des grands fleuves. Mais disséminée sur toute l'étendue du globe, elle peut s'arrêter un moment et créer de nouveaux foyers.

*Quelles sont donc les déterminations étiologiques qui concourent à la création de ces foyers?*

On a invoqué des conditions *climatériques*, *ethnographiques*, *pathologiques*.

Les conditions *climatériques* n'ont aucune importance. La lèpre, en effet, vit sous toutes les latitudes.

Les conditions *ethnographiques* n'ont pas plus de valeur et de fondement.

La lèpre, en effet, ne respecte ni les blancs ni les nègres, et il n'est pas de race qui soit immunisée vis-à-vis d'elle.

Les conditions *pathologiques* sont plus fondées. Il est de science certaine que la scrofule, la tuberculose, la syphilis, l'infection paludéenne, favorisent l'infection lépreuse, en créant des solutions de continuité qui deviennent des portes d'entrée pour le bacille. Elles favorisent aussi, l'infection une fois réalisée, la mainmise sur l'organisme lépreux, en affaiblissant cet organisme, le débilitant, faisant de celui-ci un sol plus propice au développement de la maladie.

On a fait jouer un grand rôle *aux écarts de régime, à l'abus ou même au simple usage de certains mets.*

En Orient, on a incriminé le poisson mariné, le caviar : sans doute parmi les ichthyophages un grand nombre sont lépreux. Ne sont-ils pas lépreux parce que les fleuves servent de voie de communication? Ce n'est plus le poisson qu'il faudrait accuser, mais ce serait là simplement un mode de contagion.

Au Brésil, ce sont des fruits, ceux de l'Araucaria brasiliensis, qui sont réputés léprogènes.

Le rôle de toutes ces causes n'est pas absolument convaincant, et ni les climats, ni les races, ni les régimes ne nous paraissent des motifs étiologiques assez puissants pour créer des foyers de lèpre.

Au contraire, *les conditions sociales* jouent un rôle d'une très grande valeur. Sans nul doute la misère, la guerre, la disette, la condensation des gens sales, pauvres, faméliques, la vie intensive et massive dans la promiscuité et la famine, l'incurie hygiénique, sont des facteurs prédisposants ou favorisants de premier ordre. La preuve la meilleure en est donnée par la constatation de la fréquence de la lèpre chez les fellahs d'Egypte et les parias de l'Inde, êtres humains courbés dans la dégradation et l'ignorance par un inéluctable fatalisme.

Mais ce ne sont là encore que des causes prédisposantes. A elles seules, *elles sont impuissantes à faire naître la lèpre, si le bacille de Hansen n'est pas jeté sur ce terrain ainsi préparé.*

Or, ce bacille arrive, et s'installe dans l'organisme de deux façons :

Ou *par contagion*,
Ou *par hérédité*.

J'étudierai successivement ces deux facteurs.

D'abord la CONTAGION.

C'est une croyance ancienne, transmise d'âge en âge et de peuple à peuple, que le contact d'un lépreux donne la lèpre. Guy de Chauliac au XIIIe siècle et Ambroise Paré au XVe, acceptent pour eux et leurs contemporains cette donnée qu'ils tiennent des anciens.

Devant les mesures draconiennes, révolutionnaires et barbares, que le monde civilisé du moyen âge dut prendre pour arrêter la marche de la lèpre, celle-ci atténua sa rapidité d'extension et son intensité, la lèpre recula les frontières de son domaine. Ces frontières devinrent si indécises, que la notion de contagion s'obscurcit, et sauf pour quelques médecins qualifiés de pessimistes, elle disparut, pour le plus grand malheur de la défense et de la préservation prophylactiques.

La découverte du bacille de Hansen, l'essor colossal donné aux idées étiologiques par les découvertes pasteuriennes, le jour nouveau jeté sur l'hygiène par la notion du microbe, tout cela amena les esprits à reprendre l'étude interrompue et fit éclore, en 1885, les discussions de l'Académie de médecine où prirent part Vidal, Brocq, Leloir, Besnier, entre autres, et tout récemment le grand Congrès de Berlin.

Or, tous ces travaux contemporains corroborent l'idée ancienne et établissent le bien fondé de la tradition de l'Ecole recueillie par Guy de Chauliac et Paré : *la lèpre est contagieuse.*

Cette contagiosité de la lèpre, donnée capitale de toute cette étude, s'appuie sur des preuves multiples. Ces preuves sont tirées :

*a*, de la marche des épidémies de lèpre ; *b*, des données statistiques ; *c*, des épidémies insulaires récentes ; *d*, des petites épidémies locales ; *e*, des cas isolés de contagion.

*a. Marche des épidémies de lèpre.* — Faire l'histoire de cette marche, c'est presque faire, en même temps, l'histoire de la lèpre.

Nous ne pouvons douter qu'aux temps primitifs, la lèpre ait élu domicile sur les bords du Nil et sur ceux du Gange.

De ces centres, elle rayonne, s'étend, se propage, se diffuse.

Je ne dirai rien des controverses suscitées sur la question de savoir si c'était là réellement de la lèpre.

Est-ce bien de la lèpre que parle Moïse, quand il prescrit de raser les maisons envahies par le fléau, et de traquer comme des bêtes nuisibles les porteurs de stigmates ? Le grand législateur hébreu n'a-t-il pas confondu la syphilis, la lèpre, la tuberculose ? La question ne saurait être résolue et les tentatives d'élucidation faites par Münch et Tenneson ne peuvent emporter la conviction.

Est-ce bien de la lèpre qu'il s'agit dans les écrits hippocratiques ? C'est plus vraisemblablement de dermatoses multiples, mais que la critique la plus serrée n'a pu encore fixer, sans doute parce qu'elle était trop rétrospective. Mais c'est pourtant bien la lèpre, la vraie lèpre, que rapportent les légions de Pompée, à leur retour de Syrie et d'Egypte. Celse, Arétée, Paul d'Egine, nous en donnent une description claire sous le nom d'éléphantiasis, description qui ne peut laisser place au doute.

L'empereur Constantin lui-même fut atteint de la maladie.

Pendant que Rome fait la conquête du monde, ses soldats, ses cohortes, ses légions et ses colons sont suivis partout par le fléau. La Lombardie, l'Espagne, la Gaule, la Grande-Bretagne, la Germanie, l'Islande, la Suède, la Norwège... vont subir la domination romaine et la contagion de la lèpre.

Nous arrivons ainsi au moyen âge.

La lèpre est la plus terrible calamité de toute la chrétienté occidentale. L'Europe est peuplée de lépreux. C'est bien la lèpre, telle que nous la retrouvons de nos jours. L'art nous en a conservé de précieuses reproductions, entre autres la célèbre peinture de Holbein qui nous montre Sainte Elisabeth de Hongrie secourant les lépreux.

Les croisades, au XIe et au XIIIe siècle, lui servent d'aliment nouveau.

L'Occident famélique, avec ses hordes épuisées, mal vêtues et mal nourries, infestées de lèpre, va raviver son mal en Orient, resté le foyer intense de la maladie.

En 1229, la France, seule, renferme 2000 léproseries, et l'Europe 19000.

Au XVIe siècle, la lèpre franchit l'Océan et atteint l'Amérique.

Au XVIIe siècle, elle est considérée comme éteinte.

Au XVIIIe et au XIXe siècle, elle disparaît de la mémoire des peuples d'Occident.

Et pourtant elle n'a pas disparu, en réalité. Les cinq parties du monde contiennent des lépreux : sur tout le globe la lèpre a des foyers et à ces foyers l'incendie va s'allumer pour se propager et s'étendre.

En 1891, c'est l'incendie qui éclate à la Nouvelle-Calédonie et dont Pelletier a rapporté l'histoire.

En 1894, 1895, c'est Memel, sur la Baltique, qui voit sa population s'infecter et gagner rapidement la maladie.

Quelques chiffres montrent bien que nous avons encore dans notre seule Europe de vrais lépreux.

En Norvège, pays où les lépreux sont isolés, on en compte actuellement 321 ; en Islande 158 ; dans la Russie d'Europe 800, dans la Roumanie 200, à Memel (Allemagne) la toute récente épidémie a frappé 34 individus et déterminé la mort de 14.

En France, la Bretagne possède des lépreux, le Midi a des coureurs de grand'route et nombreux chemineaux, qui sont lépreux ; Paris possède dans ses hôpitaux de 160 à 200 lépreux.

Et ce n'est pas seulement en Europe qu'on rencontre des lépreux.

Constantinople en a 600, l'Egypte 3000, l'Afrique du sud plus de 4000, les Indes anglaises 100000, le Japon plusieurs milliers, les îles de l'Océanie sont décimées par le fléau, dans l'Amérique du Sud la maladie est endémique... les Antilles, la Guyane, le Brésil, la Colombie ont des multitudes de lépreux.

C'est donc bien que, partie des deux centres fluviaux, des deux foyers primitifs berceau de l'humanité, le Nil et le Gange, la lèpre s'est répandue et a conquis le monde. Combattue au moyen âge avec la dernière rigueur, elle a abandonné une partie bien faible de sa conquête. Mais elle subsiste. Ce rayonnement, cette transmission d'homme à homme, voilà

bien de très forts arguments en faveur de la contagiosité de la maladie.

*b.* Non moins solides sont les preuves tirées de l'*étude des statistiques*. Deux exemples suffiront pour le prouver.

Une statistique faite en Norvège, en 1885, nous apprend que le pays possède à ce moment 3 000 lépreux. Or par un décret du 5 juin 1885, l'isolement rigoureux de tous les lépreux est exigé. Et une nouvelle statistique faite cinq ans après, en 1890, nous montre une diminution colossale des cas de lèpre : on n'en constate plus alors que 800 seulement.

La seconde statistique est tout aussi suggestive. Je l'emprunte à Verteuil. A la Trinidad, en 1805, on comptait 3 lépreux pour 30000 habitants;

En 1813, 73 lépreux pour 32000 habitants;

En 1884, 450 lépreux pour 170000 habitants.

*c.* Epidémies insulaires récentes. Je prends un exemple entre cent.

En 1840, des coolies chinois, dont un lépreux, arrivent aux îles Hawaï.

Huit ans après, plusieurs voisins et amis de l'unique lépreux de 1840 sont atteints de la lèpre.

Ceux-ci importent la maladie avec eux, l'essaiment, vont constituer dans l'île de nouveaux foyers, et ceux-ci contaminent les îles voisines.

Or, sait-on quel était, vingt ans plus tard, le nombre de lépreux?

Il était évalué à 2 000 lépreux sur 14000 habitants, et de plus, ce sont les indigènes qui sont surtout atteints. Ce n'est donc pas l'hérédité, mais bien la contagion qu'il faut incriminer.

Veut-on un autre exemple aussi probant?

Je le prends celui-ci (car je pourrais citer aussi les épidémies de l'île de France, de la Nouvelle-Calédonie, de l'île des Pins, tous endroits où la lèpre se développe avec une intensité effrayante sous les yeux d'une administration comme toujours indifférente) — je le prends au cœur même de notre continent.

Sous nos yeux à Œsel, dans la Baltique, se développe une épidémie insulaire. Il y a sept ans on y trouvait 25 lépreux, en 1894 on en trouve 65.

De ces exemples dont voici le schéma, une île, vierge de toute atteinte lépreuse, subissant l'importation d'un lépreux et devenant de ce fait par propagation un foyer d'extension du fléau, il me semble donc résulter la preuve que nous cherchons : *la lèpre est contagieuse.*

*d.* Il est encore d'autres arguments non moins formels, ceux que nous offrent les *épidémies partielles.*

Les léprologues citent ici des épidémies de famille, de village, de département, de province. Les plus célèbres, les plus typiques, sont celles du Cap-Breton, de la Louisiane, d'Alicante et Valence en Espagne, des Alpes-Maritimes (Moriez 1888).

Voici encore le schéma : je l'emprunte à l'épidémie du Cap-Breton.

Une personne arrive dans un pays. Elle est lépreuse. Ses quatre fils et sa fille succombent à la maladie. Les petits-fils sont lépreux. Les amis intimes meurent de la lèpre. Ces amis répandent le mal et tous leurs proches réalisent ainsi la lèpre.

Et ce qui prouve bien que c'est la *contagion* qui la répand, c'est ceci : *les enfants issus de lépreux*, qui, dès après la naissance, sont soustraits au contact et importés en pays non lépreux, ne deviennent pas lépreux. Au contraire, les étrangers qui n'ont pas des lépreux dans leurs ascendants, mais qui restent au contact d'individus entachés de lèpre, deviennent *ladres*.

*e.* Une dernière preuve en faveur de la nature contagieuse, je la tire des *cas isolés de contagion.*

Ils sont fort nombreux. Le mode de contagion est variable. Je serai bref.

*α.* Après un séjour prolongé dans un pays à lèpre, des individus sains, nés dans des pays où la lèpre est inconnue, contractent la maladie.

C'est ce qui se produit pour les soldats, les missionnaires, les marins, les négociants, les sœurs de charité, les médecins, qui, nés en Europe, de parents européens, vont contracter la lèpre dans le Sud-Amérique, dans l'Inde, l'Océanie, le Tonkin et la Nouvelle-Calédonie.

Voilà un premier mode. En voici un second.

β. Un lépreux est éloigné de son pays, il est transporté dans un endroit indemne. Là, le lépreux contagionne un homme sain, né dans le pays, et dont par conséquent les ascendants furent toujours sains et vierges de lèpre. C'est là ce qui s'est passé dans les cas d'Atkinson, de Vidal et Veyrières, de Umtrey-Benson.

De ce faisceau d'arguments, d'ordre rationnel, d'ordre critique, en quelque sorte, arguments puisés dans l'histoire de la diffusion de la lèpre, dans l'étude des statistiques, des épidémies insulaires, des petites épidémies locales, des cas de contagion isolée, il résulte très vraisemblablement que *la lèpre est transmissible et qu'elle l'est par contagion.*

A ces preuves rationnelles, je dois en ajouter d'autres, celles-ci étant de *véritables faits d'expérience.*

*α.* Vous pratiquez la vaccination contre la variole de bras à bras... cinq, huit, dix ans après vous voyez éclater la lèpre. C'est que votre vaccinifère humain était lépreux; c'est que sa peau, son sang, sa lymphe, ses humeurs, ses croûtes vaccinales étaient farcis de bacilles de Hansen et vous avez inoculé accidentellement le bacille... faisant bien ainsi de la véritable expérimentation.

Cette expérience s'est malheureusement réalisée, à Glascow et peut-être aussi aux îles Hawaï. C'est, en effet, en 1885, que la vaccine est importée aux îles Hawaï, et c'est à partir de 1885 que la lèpre exerce ses ravages.

*β.* Une autre expérience du même ordre, celle-ci voulue et consentie, mérite d'être rappelée.

Un léprologue connu, Arning, et un condamné à mort, Keanu, en sont les héros. Keanu consent par écrit à subir l'inoculation de la lèpre à condition qu'il aura la vie sauve.

Arning enlève des tubercules cutanés à un jeune lépreux, et les insère sous la peau du bras de Keanu. L'insertion est suivie de succès, c'est-à-dire qu'elle se traduit, au bout d'un temps plus ou moins long, par des douleurs rhumatoïdes, du gonflement des articulations du membre supérieur, du gonflement moniliforme des nerfs médian et cubital, et plus tard par de nombreux tubercules sur tout le tégument.

Voilà bien une imposante série de preuves. Voilà bien des arguments, d'ordre rationnel, d'ordre scientifique et expérimental nombreux, qui paraissent devoir entraîner la conviction et faire admettre par tous que la lèpre est contagieuse.

Eh bien! non, tout le monde n'est pas convaincu. Hardy, Constantin Paul, Dujardin-Beaumetz sont réfractaires à la notion de contagion, et même parmi ces dissidents de marque, Zambaco nie la contagion et le rôle pathogénique du bacille de Hansen.

Et voici les objections qu'ils nous font, à nous contagionnistes.

1° Ils nous disent : La lèpre n'est pas contagieuse parce qu'elle n'a pas pu être inoculée aux animaux.

C'est vrai, les animaux ne prennent pas la lèpre. Mais ce n'est pas une preuve que l'objection des anti-contagionnistes soit fondée. Car nul n'ignore qu'il est des maladies exclusivement humaines.

Est-ce que la syphilis, essentiellement contagieuse et transmissible, a jamais pu être inoculée aux animaux?

2° Ils nous disent ensuite : La lèpre, vous ne pouvez pas l'inoculer à l'homme.

Cette objection ne tient pas devant les cas de contagion vaccinale et devant l'expérience d'Arning sur son condamné à mort. Or ce fait positif ruine à lui seul, parce que positif, les faits négatifs.

3° Ils nous disent encore : Un lépreux cohabite longtemps avec un conjoint sain sans lui donner la lèpre.

Or Vidal, Leloir ont trouvé des cas de contagion entre conjoints. Ces cas sont rares. Mais ne sont-ils pas rares aussi chez les tuberculeux? Et cependant la contagion maritale tuberculeuse n'est pas niée.

4° Ils nous disent enfin : Venez à Saint-Louis en plein Paris, il y a là des lépreux, or ces lépreux ne sont pas dangereux.

Oui, sans dontе, ils courent moins le risque de transmettre la lèpre parce qu'à Saint-Louis ils reçoivent des soins de propreté et sont obligés de se conformer à une rigoureuse hygiène. Mais nous savons que, dehors, batteurs de route et chemineaux de grands chemins, ils peuvent contagionner.

N'oublions pas que Reissner, en 1894, à l'hôpital où étaient réunis 22 lépreux, a vu 9 personnes devenir lépreuses, or elles étaient voisines de lit des 22 lépreux.

Les objections des anti-contagionnistes ne sont pas fondées. Nous les avons aisément réfutées et nous devons, en définitive, *proclamer la contagion de la lèpre*.

Immédiatement se pose une interrogation étiologique nouvelle :

*Quelles sont les voies de transmission du bacille de Hansen ?*

Ces voies de transmission sont médiates ou immédiates.

*Médiates*, quand la transmission se fait par les linges, les vêtements, les chaussures, les objets de pansement (Hansen, Bergmann), par les habitations non désinfectées, les pipes contagionnées par les lépreux (Alvarès, îles Hawaï), le sol souillé de crachats ou de croûtes léprogènes, les pieds et les membres inférieurs étant alors le siège initial des accidents (Arning).

*Immédiates*, quand le bacille est transféré de l'organisme lépreux sur le monde extérieur ambiant. Tout le tégument du lépreux ouvert, cruenté, est une source de contagion, constamment en activité virulente.

Dans le nez, dans le mucus nasal se rencontrent des multitudes de bacilles (Jeanselme) ; de même dans les crachats ou les expectorations (Pflüger, Schœfer). Sticker incrimine par-dessus tout l'appendice nasal. Il prétend que la transmission de la lèpre se fait de nez à nez. Il dénomme même celle-ci une *maladie du nez*. C'est évidemment une appellation nosologique incorrecte. C'est de plus une opinion trop exclusive et trop étroite : le nez et ses anfractuosités ne sont pas l'unique foyer lépreux. Ce n'est pas toujours le foyer primitif et Lassar admet que c'est le doigt qui porte dans les fosses nasales le bacille recueilli par les ongles sur les surfaces des plaies lépreuses.

Enfin on peut dire, reprenant le mot célèbre de Bouchard, que le lépreux lui-même est un vrai réceptacle et un laboratoire de bacilles de Hansen.

Cornil, Leloir, Babès ne les ont-ils pas trouvés dans les canaux vecteurs et les glandes génitales de l'homme et de la femme ?

Hansen, Babès n'ont-ils pas démontré que le bacille se trouve dans les glandes mammaires, que le lait est baccillifère, que les humeurs, le sang, le mucus, la salive le contiennent?

On conviendra enfin que les follicules piloso-sébacés, l'exfoliation épidermique contenant le bacille, le simple contact avec le tégument extérieur, même non altéré en apparence, *peut être une source de contagion*.

En résumé, la lèpre vient du lépreux et non d'ailleurs; là où il n'y a pas de lépreux, on ne prend pas la lèpre, et nous savons comment le lépreux transmet le bacille dont il est porteur, soit médiatement, soit immédiatement.

Il pourrait même le transmettre à la faveur de la fonction de reproduction.

Il nous reste ainsi à étudier l'hérédité de la lèpre.

Hérédité. — A l'heure actuelle, je le répète, les contagionnistes l'emportent, mais la plupart d'entre eux ne sont pas exclusifs. Sans doute, disent-ils, le plus grand rôle dans la transmission de la lèpre appartient à la contagion, mais l'hérédité y prend aussi une part.

Tout cela, du reste, n'est-il pas contenu dans ces mots de Guy de Chauliac : « *Attouchements de ladres et tache de génération sont engendreurs de ladrerie*; » ou d'Ambroise Paré : « *Un ladre engendre un ladre.* »

Ce sage éclectisme n'a pas été respecté. Deux opinions diamétralement opposées se sont fait jour.

Tandis que pour Danielsen et Boëck l'hérédité seule peut expliquer la lèpre, pour Hansen l'hérédité n'existe pas en matière de ladrerie.

Ne nous étonnons pas de ces opinions trop radicales. N'a-t-on pas fait de même pour la syphilis et la tuberculose? N'a-t-on pas nié l'hérédo-syphilis et l'hérédo-tuberculose, comme on a nié leur contagiosité?

Voyons les faits, interprétons-les, et d'eux seuls, tentons de tirer une opinion.

Hansen nous dit : Il n'y a pas d'hérédité dans la transmission de la lèpre et je le prouve.

160 lépreux quitttent la Norvège et s'établissent dans l'Amérique du Nord. Ils se marient. Ils ont une nombreuse descendance... et parmi tous leurs petits-fils, neveux et arrières-neveux, Hansen ne découvre pas un seul lépreux, et il conclut, légitimement, semble-t-il, que l'hérédité n'est rien.

De plus, dit encore Hansen, par l'isolement, en Norvège, le chiffre des lépreux est descendu de 3000 à 800. Or, l'isolement n'implique pas la suppression du mariage. Ce n'est donc pas, seconde preuve, par l'hérédité que se transmet la lèpre.

Ces deux arguments de Hansen sont irréfutables à l'heure actuelle.

Reconnaissons toutefois qu'un moment il en fut ainsi pour la bacillose. Le problème, au demeurant, est aujourd'hui mieux posé et voici comment.

Comme pour le bacillosé, nous nous demandons si l'enfant issu d'un lépreux naît lépreux, ou naît seulement avec le terrain.

De même que nous cherchons à savoir si l'enfant du bacillaire vient au monde tuberculisé ou porteur d'un terrain tuberculisable, de même nous nous demandons si l'enfant du lépreux naît léprosé ou porteur d'un terrain favorisant l'éclosion de la lèpre.

1° Eh bien! oui, l'enfant du lépreux naît avec un terrain particulier. Cet enfant pourra être dégénéré, athrepsique, de résistance affaiblie, de coefficient vital amoindri.

La prédisposition est moins particularisée moins caractérisée que pour la bacillose, encore qu'elle puisse avoir même cause pathogénique, à savoir, l'action des produits toxinigènes des bacilles, bacille de Hansen pour la lèpre, bacille de Koch pour la tuberculose.

2° La graine est-elle transmise en nature? L'enfant du lépreux naît-il lépreux?

Deux cas se peuvent produire.

Ou bien le bacille est transmis par le spermatozoïde à l'ovule ou réciproquement, et, dans ce cas, il ne paraît pas que la conjugaison karyokinétique puisse se faire. *Cette hérédité lépreuse en nature est donc plus que douteuse*, ou bien il faut que la contamination soit secondaire à la *fécondation*, soit *utéro-placentaire*.

Or, il n'y a pas de bacilles de Hansen dans le placenta, ce qui ruine cette conception.

Cependant, l'hérédo-contagion est parfaitement concevable, par analogie avec celle de la syphilis et de la tuberculose. Tous ces faits doivent être repris, et nul doute qu'à la lumière des recherches scientifiques nouvelles, le mystère héréditaire ne s'éclaire.

Au total, l'hérédité et la contagion de la lèpre sont loin d'être opposables. Sont-elles opposables et exclusives l'une de l'autre dans la tuberculose? Ne semble-t-il pas, au contraire, qu'elles se prouvent l'une par l'autre et qu'en fin de compte, elles représentent des modes divers d'un seul et même phénomène?

Mais la notion de la contagion reste entière, et aussi longtemps qu'on ne saura pas immuniser l'organisme contre le bacille de Hansen, ou exalter son phagocytisme, ce qu'il importe le plus de vulgariser, c'est *la notion droite de la transmissibilité* de la lèpre. C'est elle qu'il faut expliquer et faire comprendre aux individus et aux gouvernements, c'est elle qui forme la base essentielle de la prophylaxie privée ou publique, sociale, régionale ou individuelle de la lèpre.

Certes, on peut observer dans l'évolution de la maladie de longues trêves. On n'observe pas de guérison complète. Sans doute, l'administration d'huile de Chaulmogra, la destruction énergique de tous les tubercules au galvanocautère permettent d'obtenir des alternatives de sensibles améliorations, mais elles ne conduisent pas à la guérison, et les essais de thérapeutique curative, notamment avec le sérum de Carasquilla, ont totalement échoué.

La seule arme pour lutter avec avantage contre la lèpre est donc bien la *prophylaxie*.

Je suis donc conduit à l'étude de la prophylaxie de la lèpre, but ultime et conclusion dernière de ce travail.

### III

Cette prophylaxie ne saurait évidemment se traduire en une formule unique, applicable à tous les pays, à toutes les races, à tous les individus; et si l'isolement est le moyen par excellence de la réaliser, il faut que cet isolement cadre avec nos mœurs, nos habitudes, qu'il ne heurte pas les conditions de la vie individuelle, qu'il ne détruise pas l'harmonie familiale, qu'il soit sous le contrôle de l'État.

Aussi devrai-je passer en revue :

*La prophylaxie individuelle* (le lépreux en lui-même), *la prophylaxie familiale* (le lépreux avec la famille et la société), *la prophylaxie sociale* (devoirs de l'État envers le lépreux et envers ceux qu'il doit protéger contre la lèpre).

Prophylaxie individuelle. — Elle est dominée par certains caractères de la maladie.

Cliniquement, par exemple, la forme tuberculeuse est la plus dangereuse, c'est donc cette forme qui exigera les plus minutieuses garanties.

La durée d'incubation de la lèpre est parfois fort longue; elle peut osciller entre quinze, vingt, trente ans. Nous sommes certainement désarmés en ce moment. La maladie existe, elle ne se traduit par rien de sensible, d'accessible à notre prophylaxie.

Le pouvoir contagieux de la lèpre est variable, variable suivant la phase de la maladie, sa forme, les individus, et variable aussi suivant les pays et les époques.

Ceci dit, le lépreux nous apparaît, à nous hygiénistes, comme un laboratoire de bacilles. Il mérite d'abord un double traitement : un traitement actuel et un traitement hygiénique. Le traitement actuel immédiat consistera dans le nettoyage rigoureux et le pansement minutieux des plaies, des éruptions, des tubercules, dans la désinfection par les bains antiseptiques du revêtement cutané, dans les grands lavages antiseptiques des cavités, plus spécialement des cavités naso-pharyngiennes.

Le traitement médiat, hygiénique, visera la désinfection des linges et des vêtements, la destruction par le crachoir, l'ébullition ou les corrosifs antiseptiques, des matières expectorées, la destruction des pièces de pansement.

Devons-nous aller plus loin? Ne devons-nous pas isoler le lépreux?

Certes, si le malade est riche, il réalise de lui-même l'isolement, mais s'il est pauvre, devons-nous l'enfermer, l'hospitaliser?

*Hôpitaux pour lépreux.* — Les avis sont partagés. Tandis que Hansen, Arving demandent l'hospitalisation, Thibierge, Hallopeau la repoussent.

Golschmidt, Hansen veulent qu'on crée des léproseries, des hôpitaux spéciaux.

D'autres léprologues croient que les hôpitaux particuliers ne sont point nécessaires. Ils pensent que l'isolement, dans nos hôpitaux actuels, pratiqué, par exemple, sur le modèle de l'isolement des maladies infectieuses, épidémiques, contagieuses, serait amplement suffisant.

La question n'est donc pas résolue. Toutefois l'internement en une demeure strictement réservée aux lépreux est une mesure vexatoire et excessive. Partout, en effet, où l'asepsie, l'hygiène, l'isolement intelligent, qui n'est pas la séquestration, ont été pratiqués, on a obtenu d'excellents résultats.

L'initiative privée a pu réaliser de merveilleuses choses. Grâce à elle, des léproseries se sont édifiées par la charité

privée à Astrakan, en Livonie, à Riga, en Courlande, par exemple. Or, ces léproseries sont si bien installées, si confortablement modernes que les lépreux s'y rendent d'eux-mêmes. Ils y sont libres, le régime y est très doux, la vie journalière se passe en distractions, en travaux agréables; c'est la vie du rentier intelligent, et Danielsen nous fait de ces hôpitaux pour lépreux un tableau enchanteur.

Combien nous sommes loin, avec nos léprosies de Riga et d'Astrakan, des sombres et terribles prisons de ladres, objets de terreur et d'horreur que le moyen âge édifia par milliers sur tout l'Occident! Et reconnaissons-le pourtant, si le moyen âge eut une prophylaxie barbare et une rudesse opératoire trop violente, il ne pouvait trouver mieux.

Je ne puis retracer la vie du lépreux au moyen âge, et insister sur les péripéties intolérables qui accompagnaient l'isolement du ladre : ce sont choses trop connues. Je rappelle seulement en quelques mots cette hygiène brutale qu'on a cependant qualifiée de *chef-d'œuvre de prophylaxie*.

Le ladre est mort à la vie : il n'est plus homme. Il faut donc le chasser du monde des humains. Aussi l'interne-t-on de vive force. Dès l'an 460, des huttes, des cabanes sordides s'édifient, où le ladre est emprisonné ; à partir du VIII^e siècle, les maladreries se multiplient : le manque d'air et d'espace, la condensation d'un grand nombre de malades, la dureté des pratiques, la cohabitation avec des syphilitiques sont les moindres ennuis de la ladrerie.

Et pour bien montrer que le ladre sort de la vie et du siècle, on l'enferme, avec grande pompe liturgique, dans la maladrerie ; des cérémonies spéciales sont données pour l'entrée du lépreux; celui-ci, revêtu d'un costume spécial, jure sur les saints Evangiles, devant les prêtres, Dieu et l'honneur, qu'il fait vœu de chasteté, vœu d'obéissance, vœu de pauvreté.

Et il est si bien rayé du nombre des vivants qu'il ne doit plus jamais essayer d'en revoir aucun. S'il sort de sa léproserie, il doit au loin signaler sa présence, il agitera ses tartarelles, ses clochettes, sa cliquette ; il se distinguera par son costume, il se mettra dans les chemins au-dessus du vent, il ne pourra boire qu'à sa fontaine avec son écuelle, jamais il ne couchera hors de sa ladrerie, et, s'il meurt, on l'enterrera dans sa maisonnette, en terre de maladrerie! « Bénis Dieu et meurs! » telle est la seule consolation qu'adresse le moyen âge au lépreux, insensible au reproche contenu de notre A. Paré, qui recommande d'enlever les ladres *doucement et amiablement, ayant mémoire qu'ils sont semblables à nous*.

Prophylaxie familiale. — Le lépreux doit-il contracter mariage?

Théoriquement, il ne le doit pas, parce que nous savons que la lèpre se transmet héréditairement; mais pratiquement, si l'enfant, issu d'une union de ladres, est isolé et soustrait, dès sa naissance, aux chances de contagion, le mariage peut être possible.

Les léprologues du Nord n'admettent le mariage en aucun cas. Ceux d'ici l'acceptent : il semble bien, en effet, qu'à notre époque de libre examen et de large tolérance, on doive proclamer avec Besnier : « A aucun titre, l'action légale ne peut intervenir dans la constitution du mariage; en pays lépreux ou non, les lépreux sont libres. »

On doit surveiller la vaccination : Ausché et Carrière, sur un lépreux vacciné contre la variole, en plusieurs points du corps, ont pu facilement déceler la présence de nombreux bacilles de Hansen dans les vésico-pustules.

Prophylaxie sociale. — L'État a un double rôle.

Il doit protéger le lépreux qui est un malade. Il doit se protéger contre le lépreux qui lui apporte un fléau redoutable.

L'État protégera le lépreux en créant des hôpitaux, en construisant des léproseries, en suscitant des recherches scientifiques, qui lui permettent de mettre à la disposition du lépreux, plus d'hygiène, plus de propreté, et plus d'instruction. Il donnera au lépreux et rendra même obligatoire, tous les moyens réalisables d'auto-désinfection et d'hétéro-désinfection.

Il assurera la protection des enfants lépreux.

Il éclairera sans relâche les lépreux sur les mesures de préservation efficace et sur les soins de propreté.

La cité moderne ne saurait mettre le ladre au ban de la société, et le plaçant hors la loi, le placer hors du monde vivant.

Mais l'État se doit à lui-même, dans les collectivités qui le constituent, de se défendre contre les importations autochtones, endogènes, et contre les importations étrangères, exogènes.

Pour les premières, la prophylaxie individuelle et familiale suffisent.

Contre les importations étrangères, l'État s'adressera à la *police sanitaire*.

La police sanitaire pourrait comprendre :

*a*. L'*impossibilité de pénétration*. Un état reste fermé complètement à tout lépreux.

*b*. La *déclaration obligatoire à l'entrée*. Tout lépreux doit, à l'arrivée dans un pays, signaler la maladie dont il est porteur.

*c*. La *surveillance et l'isolement des suspects*. Tout individu venant d'un pays à lèpre serait mis en observation rigoureuse.

Ces mesures soulèvent pratiquement d'insurmontables difficultés. Sans nul doute, chez nos marins et nos soldats qui reviennent des colonies, l'inspection sanitaire au moment du rapatriement, est facilement réalisable, mais peut-on agir ainsi vis-à-vis des voyageurs de toute provenance?

Peut-on avoir la prétention, quels que soient le nombre et l'étroitesse des mailles protectrices du filet sanitaire, d'avoir pris au passage tous les lépreux, ou ceux qui sont en incubation de la maladie et qui ne la réaliseront objectivement que vingt ou trente ans après l'examen?

Cette visite sanitaire obligatoire, excellente en soi, est donc parfois impraticable. C'est donc bien que, de formule prophylactique fixe et immuable, il ne saurait encore être question.

Aussi bien, y a-t-il un moteur qui règle et dirige la *prophylaxie générale*. Ce moteur qui la domine et domine la sécurité des Etats c'est le *péril*.

Quand le péril est pressant, le danger imminent, les réglementations protectionnistes sont à l'unisson.

Ainsi aux îles de Javai, un habitant sur 15 était atteint. Des lois draconiennes furent promulguées. Les médecins s'emparent du suspect. Si, après minutieux examen, il n'est pas reconnu lépreux, il est relâché ; mais soumis à une surveillance constante ; si la Faculté reconnaît qu'il est ladre, il est impitoyablement enfermé et privé de ses droits civils et politiques.

Au contraire, en Norvège, où la violence du fléau s'atténue, la rigueur première des mesures prophylactiques est amoindrie : l'isolement est maintenant facultatif et volontaire.

Il en est de même, et pour des raisons semblables, en Danemark et en Islande ; à Mémel, toute la population est examinée. Les lépreux sont éloignés des individus sains. S'ils sont dangereux, parce que porteurs de plaies ou de tubercules, ils sont isolés dans leur famille dans des villas particulières, hospitalisés, internés et soignés aux frais de l'Etat, s'ils sont pauvres.

A la Guyane française où le danger est aussi pressant, on a pris des mesures identiques à celles de Mémel.

Aux États-Unis, la quarantaine est très sévère et la libre pratique n'est donnée aux passagers qu'après examen médical et avis motivé.

Au Congrès de Berlin, des propositions nombreuses furent faites pour régler la prophylaxie de la lèpre. Besnier, Hallopeau, Theibierge, Hansen, Arning, Jeanselme, Golschmidt entre autres léprologues apportèrent sur la question des opinions très approfondies.

Les congressistes ont donné les formules générales qui précèdent et que je n'ai pu qu'esquisser, et ils ont aussi, en une formule concise, réuni, synthétisé l'ensemble des mesures à prendre.

L'accord a été unanime sur les décisions suivantes :

1° La lèpre ne peut être prévenue que par l'isolement des malades.

Qu'elle soit endémique, qu'elle forme des foyers, que ceux-ci prennent une plus grande extension, peu importe, l'*isolement reste le meilleur moyen*.

2° Il faut préserver les populations indemnes. La déclaration sera obligatoire. Le lépreux immigrant ne pourra franchir les ports. Tout suspect subira une visite sanitaire.

S'il est lépreux on le signalera aux autorités sanitaires, celles-ci le surveilleront, faciliteront la désinfection, et, au besoin, l'hospitaliseront.

3° Il faut laisser dans chaque pays aux autorités sanitaires le soin d'établir, avec l'agrément du Parlement ou du gouvernement, des règlements particuliers qui doivent s'adapter aux rapports sociaux propres à chaque peuple.

Telles sont les indications individuelles, familiales et sociales qui ressortissent de l'étude de la prophylaxie de la lèpre.

L'initiative privée peut beaucoup ; mais c'est surtout de l'initiative administrative et gouvernementale que doivent partir les efforts.

La lèpre ronge toutes nos colonies. Elle nous menace en France même. Il faut donc aviser. Mais avant de légiférer, comme le veut très justement Jeanselme, il faut avoir des notions précises sur les mœurs, les coutumes et les croyances, et même les préjugés de nos peuples d'outre mer.

Toute mesure violemment imposée, contraire aux aptitudes et au génie d'une race, n'est pas viable. Il faut donc renoncer à une réglementation symétrique et uniforme... Partout cependant les réformes nécessaires peuvent être réalisées avec une légitime fermeté, à condition que le législateur et l'hygiéniste ne failliront jamais aux principes de la liberté de l'homme et de la charité humaine.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement du choléra infantile.

Le docteur Touvenaint résume ainsi, dans la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, les indications de ce traitement :

Le choléra infantile est une variété de diarrhée infectieuse extrêmement grave, observée surtout pendant les chaleurs de l'été, chez les jeunes enfants qui sont mal nourris ou tout au moins qui sont privés totalement ou partiellement du sein (Comby). Il apparaît soit insidieusement, au cours d'une diarrhée jusque-là bénigne, soit brusquement, chez un enfant jusque-là bien portant.

En présence d'un cas de diarrhée cholériforme, il faut au plus tôt intervenir énergiquement et se rappeler que les indications thérapeutiques sont les suivantes :

1° Cesser l'alimentation et instituer la diète hydrique ; 2° évacuer de suite le contenu du tube digestif ; 3° combattre la diarrhée ; 4° prévenir le collapsus.

A. *Diète hydrique.* — Supprimer complètement le lait et donner uniquement à l'enfant de l'eau de Vals pure, de l'eau albumineuse (un blanc d'œuf dans 500 grammes d'eau bouillie), de l'eau glacée additionnée d'un peu de champagne, de café ou de cognac.

B. *Évacuer le contenu du tube digestif et combattre la diarrhée.* Administrer tout d'abord du calomel (10 à 30 centigrammes suivant l'âge), puis la potion suivante par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure :

| | |
|---|---|
| Sous-nitrate de bismuth . . . . . | 1 à 3 grammes. |
| Élixir parégorique. . . . . . | v à x gouttes. |
| Julep gommeux . . . . . . | 60 grammes. |

ou bien :

| | |
|---|---|
| Acide lactique. . . . . . . . . | 2 grammes. |
| Sirop de gomme. . . . . . . . | 20 — |
| Eau distillée. . . . . . . . . | 80 — |

Si les boissons sont rejetées avec les vomissements, il faut alors recourir aux lavements, par exemple :

| | |
|---|---|
| Laudanum de Sydenham. . . . | I à II gouttes. |
| Eau amidonnée. . . . . . . . | 50 grammes. |

Comby conseille encore les lavements d'ipéca (5 grammes en décoction dans 100 grammes d'eau), ou les lavements au nitrate d'argent (5 centigrammes pour 100 grammes d'eau).

Quand les vomissements et la diarrhée persistent, on pratiquera le lavage de l'estomac. Pour cela, on introduira dans l'estomac une sonde de Nélaton n° 12 ou 14, à l'extrémité de laquelle on adaptera un entonnoir en verre. Le lavage de l'estomac sera fait soit avec de l'eau bouillie, soit avec de l'eau de Vichy. En même temps, on fera de grands lavages de l'intestin avec les mêmes liquides.

C. *Prévenir le collapsus.* — On fera des frictions énergiques sur tout le corps avec de l'alcool, puis avec des flanelles chaudes. On administrera concurremment au petit malade la potion suivante, dont on donnera une cuillerée à café d'heure en heure :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque. . | 1 à 3 grammes. |
| Eau de chaux . . . . . } *ââ* | 30 — |
| Sirop de coings . . . . } | |
| Eau distillée . . . . . . | 50 — |

Si, malgré tout, l'algidité persiste, on donnera des bains sinapisés chauds (38 degrés) ou des bains de vin chaud (J. Simon) ; on pratiquera des injections sous-cutanées

d'éther ou d'huile camphrée. On insistera sur le champagne, le café et le thé au rhum.

Si les urines sont rares, on n'hésitera pas à faire des injections sous-cutanées de sérum artificiel, en utilisant, par exemple, la formule d'Hayem :

| | | |
|---|---|---|
| Chlorure de sodium. . . . . | 5 | grammes. |
| Sulfate de soude . . . . . | 10 | — |
| Eau stérilisée. . . . . . . . | 1000 | — |

On portera cette solution à la température de 38 à 40 degrés, et on injectera de 100 à 200 grammes sous la peau du ventre.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### Le médecin n'est pas tenu de faire la déclaration de naissance lorsque le père de l'enfant est présent.

Le tribunal civil de première instance, séant à Mayenne, a rendu, en matière de police correctionnelle, le jugement suivant :

Entre : M. le procureur de la République, poursuivant par citation directe, aux fins d'une assignation donnée à sa requête, d'une part,

Et : 1° T... sage-femme; 2° D... (Jean), soixante-dix ans, prévenus d'omission de déclaration de naissance, présents en personne à la barre du tribunal d'autre part.

A l'appel de la cause, renvoyée à l'audience de ce jour, par jugement de ce tribunal, M. le président a prononcé le jugement en ces termes :

Le Tribunal,

Attendu que le ministère public a ajourné devant ce tribunal la dame T... et Jean D..., comme coupables d'avoir, à Mayenne, en 1898, omis de déclarer dans les trois jours la naissance de la jeune M..., née le 28 mai 1898, alors qu'ils auraient assisté à l'accouchement de la mère, en contravention des dispositions contenues en l'article 56 du Code civil, et sous la sanction de l'article 346 du Code pénal;

Attendu qu'il a été plaidé pour les prévenus, qu'ils ne sauraient avoir encouru la pénalité édictée par ce dernier texte, la déclaration que recommande éventuellement l'article 56 du Code civil, aux sages-femmes et autres personnes qui ont assisté à l'accouchement, ne leur étant rigoureusement imposée qu'à défaut du père;

Attendu qu'en fait, il résulte de l'audience et n'a pas été méconnu par la partie publique, que la femme M... est accouchée au domicile conjugal, le samedi 28 mai 1898, vers trois heures de l'après-midi; que le mari, momentanément absent, est rentré chez lui dans la soirée de ce jour, que, dès le lendemain, dimanche, 29 mai, il a conduit l'enfant au baptême; que ce même jour, il lui a été rappelé, notamment par la sage-femme poursuivie, qu'il avait à déclarer cette naissance à la mairie dans les trois jours, et qu'il a promis de remplir cette formalité le lundi, 30 mai;

Attendu, dès lors, qu'il ne peut être rationnellement ni équitablement soutenu que la circonstance à laquelle l'article 56 précité subordonne l'obligation de la sage-femme de tous autres assistants, c'est-à-dire le défaut du père, existe réellement dans l'espèce dont il s'agit;

Attendu, en effet, que le père ne fait défaut aux yeux de la loi, qu'autant que, soit par absence, soit par maladie, soit par tout autre empêchement, il n'est pas en mesure de faire, dans le délai de droit, la déclaration prescrite;

Attendu qu'il n'en est plus ainsi lorsque, non présent, il est vrai, à l'heure précise de l'accouchement, il est cependant revenu dès le jour même près de sa femme, a pu, le lendemain, organiser ou diriger la cérémonie du baptême, et surtout a pris vis-à-vis de ceux que la loi substitue éventuellement à son obligation, l'engagement d'effectuer lui-même la déclaration à laquelle il est appelé en première ligne;

Attendu que cet engagement, s'il pouvait être interprété que la simple absence momentanée du père au moment de l'accouchement suffit à transmettre son obligation à la sage-femme et aux autres assistants, interdirait tout au moins au tribunal de considérer dans l'espèce les prévenus comme ayant agi sciemment, c'est-à-dire, avec connaissance de la négligence qui leur est imputée;

Attendu que le délit poursuivi se trouverait alors couvert par une circonstance indéniable de bonne foi, en vertu de l'article 64 du Code pénal, commun à tout délit, le rendrait non punissable;

Attendu donc, qu'à tous égards, il n'y a moyen d'entrer en condamnation contre les prévenus;

Attendu, surabondamment, en ce qui concerne spécialement D..., lequel n'a point participé à la délivrance de la mère, et n'a aucun lien de parenté ou d'alliance avec elle ou l'enfant, qu'il n'est même pas établi qu'il ait assisté à l'accouchement, et qu'au contraire, il paraît constant qu'il était absent de la chambre et même de l'étage à l'heure précise où il a eu lieu;

Par ces motifs,

Le tribunal ouï M. le procureur de la République, en ses conclusions, les prévenus en leur moyen de défense, tant par eux-mêmes que par l'organe de leurs avocats :

Dit et juge l'article 346 du Code pénal sans application possible aux prévenus;

Les renvoie, en conséquence, acquittés, sans dépens, des fins de la poursuite.

## THÈSES

### SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

M. Sadakoff. Contribution à l'étude de la luxation de l'extrémité interne de la clavicule et de son traitement par la suture métallique. — M. Roques. Contribution à l'étude des kystes congénitaux médians de l'espace thyro-hyoïdien (kystes dermoïdes et mucoïdes). — M. Rayrolles. De la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques (un cas de pneumothorax). — M. Bécamel. Contribution à l'étude de la grenouillette sublinguale vulgaire ou kyste salivaire du plancher buccal. — M. Rouanet. Contribution à l'étude clinique de la pseudo-méningite chez l'enfant (parallèle entre elle et certains cas de méningites diverses). — M. Choussat. Des tumeurs solides du tissu connectif rétro-péritonéal. — M. Bourlier. Du plan incliné en chirurgie abdominale. Ses avantages diagnostiques. Ses indications. — M. Colonna d'Istria. De l'enchondrome kystique de la paroi thoracique. — M. Gélésaroff. Contribution à l'étude des rétrécissements du larynx consécutifs aux plaies par instruments tranchants. — Mlle Ogus. Action des rayons X sur la tuberculose expérimentale. — M. Salducci. De l'ostéomyélite chronique d'emblée due au staphylocoque blanc à l'état de pureté. — M. Bouissou. De l'entérocolite muco-membraneuse d'origine utérine. — M. Lévi Valensi. Du phénosalyl. Son emploi dans la bronchite chronique simple et la laryngite tuberculeuse. — M. Corniglion. Contribution à l'étude de l'hygiène du tuberculeux. De la possibilité des trois cures : thermale, d'air, de lait à Berthemont-les-Bains (Alpes-Maritimes).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 14 septembre 1898, M. le médecin de première classe Gorron a été nommé pour cinq ans à l'emploi de professeur de pathologie interne et de

thérapeutique à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux, en remplacement de M. le médecin de première classe Planté, rattaché au port de Toulon.

— M. le docteur Brédiane, nommé médecin principal de la réserve de l'armée de mer, est affecté, en cette qualité, au port de Brest.

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 24 octobre 1898, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu :

1° Pour le clinicat chirurgical : à la nomination d'un chef de clinique titulaire.

2° Pour le clinicat obstétrical : à la nomination de deux chefs de clinique titulaires.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 16 octobre 1898. — Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, au bureau du personnel.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aubrun (de Paris), Filandeau (de Moncoutant), Jasiewicz (de Paris).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

---

**Neurosine Prunier** — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



HOTEL-DIEU DE LYON. — M. le professeur PONCET.

## De l'actinomycose ano-rectale (1).

L'actinomycose ano-rectale serait, d'après les observations publiées, particulièrement rare, et, dans notre récent *Traité clinique de l'actinomycose humaine* (Paris, 1898), nous n'en avons, L. Bérard et moi, relaté que sept cas, empruntés à la thèse de Grill (2).

Aucun fait de ce genre n'a été mentionné en France, quoique depuis quelques années on ait été maintes fois témoin des lésions qu'engendre le champignon rayonné. J'ai actuellement en cours de traitement, depuis trois mois, dans mon service de l'Hôtel-Dieu, un malade qui est un bel exemple d'actinomycose ano-rectale, et c'est son observation, avec quelques considérations complémentaires, qui font l'objet de cette note, rédigée en commun par mes internes, MM. X. Delore et Péhu.

Je suis heureux de pouvoir présenter en même temps à l'Académie de très belles photographies en couleurs de cette variété de manifestations actinomycosiques. Je les dois à la grande obligeance et à l'habileté bien connue de MM. Lumière (de Lyon). Ces photographies stéréoscopiques sont d'une réalité saisissante; elles sont, avec celle d'un énorme nævus angiomateux de la face, présentée par mon collègue Lannois au dernier Congrès de l'Association française, la première application de la photographie des couleurs à la pathologie, et, comme elles peuvent être reproduites facilement, elles ouvrent une voie nouvelle à l'iconographie médicale.

OBSERVATION. — D. J..., cinquante-huit ans, né à Lupersac (Creuse), demeurant à Saint-Chamond (Loire). Entré le 23 mai 1898 au n° 10 de la salle Saint-Philippe.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants à relater. Léger degré d'alcoolisme.

La maladie actuelle remonterait, suivant lui, à une vingtaine d'années environ. Il eut à ce moment de la gêne pour aller à la selle, avec des douleurs, et il remarqua qu'il était porteur d'une « grosseur » située autour de l'anus : il ne peut cependant en préciser le siège. Au bout de quelques mois, cette tumeur s'ulcéra et donna issue à un liquide purulent. Il n'y prêta d'ailleurs aucune attention, et il ne relate aucun trouble notable dans la défécation jusqu'à il y a une dizaine d'années.

A cette époque, les douleurs, la gêne dans l'expulsion des matières fécales réapparurent, et il s'aperçut en outre qu'il était porteur de végétations péri-anales multiples. Ces végétations augmentèrent progressivement d'étendue, mais d'une façon lente et sans beaucoup de réaction locale.

Il y a huit mois, il commença à éprouver des douleurs dans la miction avec urines sanguinolentes. Il eut aussi de l'arrêt dans les mictions. Il entra alors à l'hospice de Saint-Chamond, d'où il n'est sorti que depuis quelques jours. On lui a fait là de nombreuses séances de lithotritie.

*État actuel.* — Faciès normal. État général assez satisfaisant.

Au niveau de la région péri-anale, le malade est porteur de chaque côté, avec une prédominance notable du côté droit, de végétations volumineuses, cependant peu bourgeonnantes. A droite, ces tumeurs sont étendues en un bourrelet de 1 centimètre et demi de largeur, le long de la rainure interfessière. A gauche, il existe, à 2 centimètres environ de cette rainure, une surface déprimée, d'aspect cicatriciel, avec un léger bourgeonnement.

L'aspect de ces bourgeons est peu caractéristique. A un premier examen, ils ne produisent ni le type de l'inflammation vraie, ni celui d'un néoplasme. Il n'y a pas de fluctuation sous-jacente.

Il existe un léger écoulement, plutôt un suintement, d'un liquide d'un jaune verdâtre assez accusé.

Le sphincter anal est fortement contracturé, et on ne peut qu'à grand'peine introduire l'index explorateur : celui-ci est violemment serré par la coarctation de l'orifice. L'examen du conduit montre, cependant, que toute la fosse ischio-rectale est indurée, depuis l'ischion droit jusqu'à celui du côté opposé. On ne note aucune ulcération de la muqueuse rectale. La vessie et la prostate sont indurées.

Les ganglions inguinaux sont tuméfiés à gauche, au niveau de la partie interne de l'arcade crurale, sans hypertrophie très notable cependant.

Le malade soufre de temps à autre en urinant.

Rien d'anormal du côté des autres organes.

Pour mieux connaître les détails relatifs au séjour du malade à l'hospice de Saint-Chamond, nous nous sommes adressé à notre ancien collègue, le docteur Laurençon, qui, avec beaucoup d'obligeance, nous a communiqué les renseignements suivants :

Le malade est entré à l'hospice de Saint-Chamond avec

(1) Communication à l'Académie de médecine.

(2) GRILL. *Actinomycose de l'estomac et de l'intestin*, Th. de Tubingen, 1895.

une rétention d'urine à peu près complète. En effet, le canal de l'urèthre était obstrué par des calculs de la région prostatique. Les urines étaient purulentes. L'état général paraissait grave.

M. Laurençon tente alors une intervention et constate que le calcul s'était creusé une loge dans la région prostatique. Au centre d'une pierre, on rencontre une graine végétale, dans l'autre un piquant appartenant à la tige d'une graminée. Le malade, sur les instances du médecin, avoua alors qu'il s'était introduit, quatre mois auparavant, un épi de blé. Des séances nombreuses de lithotritie furent nécessaires pour retirer de la vessie une centaine de fragments de calculs.

25 mai. Sous anesthésie, M. le professeur Poncet pratique le toucher rectal, qui lui montre un rétrécissement marqué de l'orifice anal et une induration de la gaine péri-rectale.

L'exploration de la vessie, faite avec le cathéter métallique de Thompson, ne dénote aucun calcul vésical.

26 mai. L'examen du pus, pratiqué par M. le docteur Dor, chef du laboratoire de la clinique, démontre la présence de l'actinomyces avec son mycélium central et ses masses caractéristiques. Recherche négative du champignon dans l'urine retirée de la vessie.

On porte alors le diagnostic d'actinomycose ano-rectale avec localisation secondaire dans le tissu cellulaire prévésical, et on administre le traitement classique : 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

12 juillet. La médication iodurée, continuée pendant plus d'un mois, ayant amené peu de résultats, M. le professeur Poncet tente une intervention.

Ablation au bistouri et au thermo-cautère de toutes les masses fongueuses péri-anales. Rectotomie linéaire. On fait encore le cathétérisme vésical, qui ne révèle la présence d'aucun calcul.

*Examen histologique des végétations enlevées.* — Les coupes ont été incluses à la gomme et colorées au picro-carmin, réactif de choix dans les lésions actinomycosiques.

Le nombre des papilles est notablement augmenté : elles forment, en effet, des reliefs nettement constatables ; nulle part il n'existe de globes cornés. Le contour papillaire est d'ailleurs très conservé. Les noyaux cellulaires fixent avec intensité le réactif. On retrouve par plans la couche cornée, en d'autres points elle a disparu.

Le derme est épaissi, de nombreux faisceaux de tissu conjonctif le sillonnent en tous sens. Ils ont l'aspect adulte. De place en place, on retrouve des îlots inflammatoires péri-artériels et interstitiels, constitués par des amas denses de cellules rondes, très embryonnaires. Il y a là des traces manifestes d'une inflammation du type subaigu. En outre, les vaisseaux sont très dilatés, leur lumière est remplie par des globules rouges en grande abondance.

Dans les coupes que nous avons pratiquées, nous n'avons pu retrouver de grains jaunes. En un point de la préparation, nous avons pu, avec le rasoir, énucléer un bloc de la dimension d'une tête d'épingle, coupé dans le derme.

Au moyen de la dissociation, nous avons vu que cette masse était constituée par les débris de cellules épithéliales, dont quelques-uns ont conservé leur colorabilité, et par une masse analogue à du caséum, prenant par le picro-carmin une teinte jaune rosé et formée probablement par du pus concrété.

En un point de la préparation existe une sorte de fistule tapissée de chaque côté par un revêtement épithélial et par un épaississement de tissu conjonctif : c'est sans doute une des voies d'issue de la matière purulente prenant naissance dans les parties profondes (Briau).

En somme, il s'agit là d'une inflammation à prédominance sur le tissu conjonctif, produite par suite de l'action sur ce tissu du parasite spécifique de l'actinomycose.

26 juillet. Le malade a été amélioré par l'intervention chirurgicale : les défécations sont plus faciles. Cependant, les lésions se réparent avec lenteur, et le bourgeonnement est peu actif au niveau de la plaie.

« Actuellement, 13 septembre, les plaies de la région anale sont en bonne voie de cicatrisation ; toute la surface est bourgeonnante, sans décollements ni fistules. Il y a incontinence absolue des matières fécales ; et cette infirmité est d'autant plus sensible au malade que, depuis son entrée à l'hôpital, et quoi qu'on ait pu faire, il a une diarrhée assez prononcée, qui ne s'accompagne toutefois ni d'épreintes, ni d'émission de sang, de glaires ou de fausses membranes. Pas d'actinomyces perceptibles actuellement dans les selles.

Du côté de la vessie, les phénomènes ne se sont pas amendés ; les urines sont troubles, avec un dépôt abondant muco-purulent. Pas de calcul vésical à l'exploration ; mais tout le long de l'urèthre prostatique, l'explorateur rencontre des concrétions phosphatiques et chemine péniblement. En somme, il semble que l'infiltration des tissus profonds du petit bassin et de l'étage périnéal supérieur n'ait pas rétrocédé. Peut-être s'agit-il d'infections secondaires, car dans les urines, comme dans les selles, on n'a pas retrouvé, ces dernières semaines, de grain actinomycosique » (L. Bérard).

L'actinomycose ano-rectale est une rareté clinique, et l'étude la plus importante qui ait paru sur ce sujet a été faite, avons-nous dit, par Grill (1), en Allemagne. Cet auteur, examinant les localisations du champignon sur les différentes portions du tractus gastro-intestinal, constate que, sur 106 cas d'actinomycose abdominale, 7 fois le parasite avait infecté le rectum, soit qu'il s'agit d'une inoculation directe, soit que l'atteinte de la portion terminale du gros intestin ait été secondaire à l'envahissement d'un segment quelconque de cet intestin, et particulièrement du cæcum, le plus intéressé dans les manifestations abdominales de l'agent pathogène.

Le *mode étiologique* n'est cependant pas toujours identique. Dans la très grande majorité des cas, en effet, l'intestin, sur une portion quelconque de son trajet, est envahi à la suite de la pénétration du parasite par les voies supérieures. L'actinomyces introduit par voie buccale et séjournant pendant un temps variable dans l'estomac, puis projeté ensuite dans l'intestin, ne subit aucune modification de la part des sucs digestifs. On sait maintenant, en effet, combien minimes sont les propriétés défensives du suc gastrique sur les parasites. Les travaux déjà anciens de Miller, ceux de Wurtz et Bouys nous ont éclairés de façon complète sur ce point. En outre, comme le font remarquer MM. Poncet et Bérard (2), « les massues de l'oospora, qui résistent très bien aux acides forts, comme les solutions alcalines concentrées, forment une coque protectrice au mycélium plus délicat du centre du grain. »

Ainsi protégé contre l'action chimique des sécrétions digestives, le parasite peut arriver au rectum, le plus souvent d'ailleurs en produisant, au préalable, des lésions sur son trajet. La localisation, dans ce type d'infection *descendaute*, est donc le plus souvent secondaire.

Les cas d'actinomycose ano-rectale *primitive* sont plus rares : ils se produisent par pénétration directe du champi-

(1) Grill. Loc. cit.

(2) Poncet et Bérard. *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, Paris 1898.

gnon dans le conduit rectal. Étiologiquement, on peut, dans les antécédents du malade, retrouver la cause de l'affection, si celui-ci raconte, par exemple, qu'il a été au contact direct de litières de paille, qui est l'habitat normal de l'actinomyces. Il y a là un type d'infection *ascendante*.

Dans le cas que nous rapportons, la cause productrice, semble-t-il, doit être classée dans cette dernière catégorie. D'après les renseignements fournis par le médecin traitant, le malade, depuis quatre mois, avait coutume d'introduire des fragments de blé dans sa vessie. Mais depuis une vingtaine d'années environ, d'autre part, il présentait une difficulté de plus en plus grande dans la défécation, et « des bourgeons » avaient apparu au niveau de la région anale, après toutefois que s'était déclaré et avait évolué le phlegmon profond de la loge péri-rectale. L'envahissement de la vessie était survenu ensuite, consécutivement à l'infiltration du tissu conjonctif péri-vésical, par le micro-organisme pathogène.

En raison de la date d'apparition des accidents, de leur évolution signalées par le malade, nous devons admettre une infection directe de la voie ano-rectale, mais peut-être ne s'agit-il que d'une infection par continuité à point de départ vésico-prostatique? N'a-t-on pas rencontré « une graine végétale, au centre d'un calcul, et, dans un autre, un piquant, appartenant à la tige d'une graminée » (Dr Laurençon)?

Le malade affirme, il est vrai, que c'est seulement quatre mois auparavant qu'il s'est introduit dans l'urèthre un épi de blé qui a pénétré dans la vessie, mais on sait quelle créance il faut accorder à de tels récits, surtout quand il s'agit d'une question de date et de manœuvres de ce genre. Aussi ne repoussons-nous pas du tout l'hypothèse d'une infection primitive du bas-fond de la vessie et, secondairement, des fosses ischio-rectales, de l'anus et du rectum. Cette opinion est d'autant plus vraisemblable que nous avons montré, avec L. Bérard, d'après un grand nombre d'observations, que l'actinomyces avait besoin pour se greffer, pour germer, d'être véhiculé par un corps étranger : fragment d'épi, de paille, de bois, etc., maintenant ainsi sa pénétration dans les tissus.

*Cliniquement*, l'actinomycose ano-rectale a des caractères bien tranchés.

Le plus souvent, d'après Grill, la forme *rectale* débute par une phase de diarrhée, avec un ténesme accentué. Au bout d'un temps variable, le tissu cellulaire qui abonde dans le creux ischio-rectal est intéressé ; des collections se forment dans son intérieur, qui s'évacuent au dehors, après avoir créé à la surface cutanée des excroissances multiples : celles-ci affectent les caractères de l'actinomycose cutanée, c'est-à-dire, comme l'a bien établi le professeur Poncet, avec un « aspect ne rappelant franchement ni l'inflammation, ni la tumeur ». Par des fistules venant déboucher au milieu de ces bourgeons, s'écoule du pus en plus ou moins grande abondance, renfermant les grains jaunes pathognomoniques de l'affection, et dont la présence suffit à établir le diagnostic de façon indiscutable. Rapidement aussi, d'ailleurs, s'établit une coarctation du conduit. Les signes de rétrécissement marquent parfois le début de la maladie.

Néanmoins, malgré ce trouble de la canalisation, il est intéressant de noter que les lésions atteignent principalement le tissu cellulaire péri-rectal. La muqueuse est, en effet, ordinairement saine, et c'est à travers elle, sans la léser, au moins d'une façon notable, que le parasite gagne les parties conjonctives voisines. Ainsi agit-il encore au niveau de la bouche, du cæcum, etc., dans la majorité des cas. Donc on retrouve là cette même localisation conjonctive du parasite. En cette partie du tractus gastro-intestinal, l'actinomycose est plutôt ischio-rectale que vraiment rectale. Après avoir infecté la gaine cellulaire et l'espace pelvi-rectal inférieur, le champignon gagne la peau, où il produit des fistulations multiples et des épaississements sous forme de fongosités, dont nous avons signalé la présence au pourtour de l'orifice anal et dans la rainure fessière.

Quant à l'actinomycose *vésicale*, elle a une individualité clinique beaucoup moins bien tranchée. MM. Poncet et Bérard, dans leur livre, rappellent que Ammentrop, Bostrom, Billroth ont rapporté chacun un cas d'envahissement de la vessie par continuité. La nature actinomycosique de la maladie ne put être établie que par la présence du parasite dans l'urine. Cette constatation fait défaut dans notre cas. Néanmoins, le malade accusant des douleurs vésicales, de la difficulté dans les mictions, ayant été soigné pendant longtemps pour des calculs vésicaux, nous avons pu établir la genèse de cette classe particulière d'accidents présentés par lui : et nous leur avons assigné une origine surtout péri-vésicale, en invoquant le phlegmon, l'induration produite autour du réservoir urinaire, pour expliquer logiquement les douleurs, la dysurie, la lithiase. Là encore, le diagnostic est extra-canaliculaire.

Il est le plus souvent possible d'établir avec certitude le *diagnostic* de cette maladie. On pouvait cependant, à un examen rapide, la confondre avec une tuberculose ano-rectale, avec certaines néoplasies à allure lente, avec la syphilis, avec certaines formes de fistules, etc. Cependant l'aspect très particulier des lésions, leur type qui ne les rapproche ni des tumeurs, ni de l'inflammation, mais se place plutôt comme un intermédiaire entre chacune de ces maladies, la teinte des excroissances qui varie du violet au rouge jaunâtre, avec ponctuation de points jaunes, — la lenteur ordinaire de l'affection, enfin l'existence dans le pus de grains jaunes caractéristiques suffit pour éviter toute erreur.

Le *pronostic* de cette localisation de l'actinomyces est, on le déduit aisément, peu favorable dans la majorité des cas. Les décollements multiples qu'entraîne le cheminement du parasite dans le tissu cellulaire péri-rectal, l'ouverture de la cavité péritonéale, la coexistence d'autres manifestations de cette variété spéciale d'infection dans les portions plus ou moins éloignées du tractus gastro-intestinal, sont des facteurs d'une gravité grande chez un malade. En outre, les métastases, en pareil cas, sont possibles, en particulier celles du foie, comme des faits en ont été produits par M. Aribaud (Th. de Lyon, 1897) dans sa thèse inspirée par M. Poncet. La diarrhée, le ténesme sont aussi pour le malade des causes d'une dénutrition et d'une cachexie de plus en plus accentuées et fort alarmantes. D'ailleurs, même si une thérapeutique active était possible, on devrait toujours compter avec les récidives, puisque la latence du parasite, puis sa reviviscence inattendue, sont bien démontrées aujourd'hui. Néanmoins, l'évolution de la maladie est lente et permet une survie longue. Dans notre cas, l'affection, d'après les renseignements fournis par le sujet, remonterait à une vingtaine d'années environ.

Le *traitement* consistera d'abord dans l'administration à l'intérieur d'une dose progressivement croissante d'iodure de potassium. Si celui-ci est inefficace, on doit recourir à

l'incision et au drainage des parties atteintes. Il est d'ailleurs difficile, parfois, de poursuivre les lésions, puisque le tissu cellulaire est envahi sur une grande profondeur. Cependant là, comme dans les différentes formes d'actinomycose abdominale, l'ablation des masses, l'incision des collections purulentes s'impose au premier chef. L'opération peut être pratiquée soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère. Si, comme dans le cas qui nous occupe, des signes de sténose du conduit existent en même temps, la rectotomie linéaire pourra être utilement pratiquée. Les interventions larges sont d'autant plus justifiées que la réparation se fait avec facilité dans ces tissus, en apparence si profondément atteints. Mais il convient d'être averti, par avance, que ces opérations ne sont la plupart du temps que palliatives, et il y a lieu d'attendre d'elles seulement un succès relatif, non le plus souvent une guérison complète.

## MÉDECINE PRATIQUE

### Traitement externe de l'eczéma.

Par le docteur LEREDDE.

a. *Asepsie des surfaces eczématiques.* — A quelque variété d'eczéma que l'on ait affaire, il convient au préalable de mettre les surfaces en état de propreté, de les débarrasser des croûtes impétigineuses et de les empêcher de se reproduire.

A cette indication répondent plusieurs moyens.

Lorsque les croûtes sont abondantes, épaisses, on peut s'en débarrasser par des cataplasmes de fécule de la dimension exacte des régions eczématisées, qu'on laisse plusieurs heures en place. Après les avoir enlevés, on détache les croûtes au moyen de coton hydrophile et on lotionne à l'eau bouillie.

Les pulvérisations, pour lesquelles on emploiera simplement l'eau bouillie, permettent également de faire tomber les croûtes impétigineuses et constituent le traitement de choix dans les eczémas croûteux des régions pilaires. Lorsqu'il s'agit d'eczémas torpides, on peut se servir d'eau boriquée à 3 p. 100 ou de sublimé à 10 000, mais les antiseptiques n'ont pas d'avantage, car il suffit de débarrasser mécaniquement la surface des produits d'infection secondaire.

Dans les eczémas généralisés, l'indication des bains peut résulter de l'existence d'infections suppuratives diffuses de la peau; ainsi en est-il dans l'eczéma lié au prurigo de Hébra; mais, à part cette indication, l'emploi des bains, qui sont pourtant prescrits d'une manière banale, est formellement contre-indiqué; répétés, ils ont de nombreux inconvénients (Besnier, Brocq). Le bain d'amidon est le seul qui puisse être autorisé comme bain de propreté, dans les eczémas chroniques, c'est-à-dire tous les huit jours.

Dans l'eczéma aigu, infecté, le bain doit être remplacé par les pansements permanents à l'eau bouillie. Les décoctions de camomille, de fleurs de sureau, peuvent être exceptionnellement irritantes et l'eau boriquée l'est habituellement.

b. *Pansements simples des surfaces eczémateuses.* — Sous le nom de pansements simples, nous comprendrons l'ensemble des moyens qui ne diminuent pas sensiblement le suintement eczématique.

Nous les classerons de la manière suivante : pansements humides, corps gras, caoutchouc.

Aux pansements humides indiqués plus haut et qui conviennent au début des eczémas aigus, on peut rapidement substituer des pansements plus actifs. L'eau boriquée est encore irritante, mais combinée au borate de soude (Darier) ou au bicarbonate de soude (Brocq), elle offre en pansements humides permanents de précieux avantages.

Les corps gras sont aujourd'hui moins en honneur qu'autrefois ; mais de tous, le plus utile est l'axonge fraîche, dans tous les eczémas aigus, si peu irritables soient-ils. On la renouvellera tous les jours. La vaseline exagère dans quelques cas les réactions inflammatoires de la peau. Parfois le liniment oléocalcaire stérilisé rendra des services, dans les eczémas hyperesthésiques (Besnier).

L'emploi du caoutchouc vulcanisé (Colson, E. Besnier, Tenneson) a réalisé un progrès important dans la thérapeutique de l'eczéma : on applique une feuille mince de la dimension exacte de la surface eczématique sur les lésions aseptisées au préalable. Trois fois par jour on l'enlève, on la lave à l'eau boriquée avec soin et on lotionne la peau à l'eau bouillie. Avec ces soins de propreté, qui sont indispensables, on obtient un décapage parfait des surfaces malades et un suitement intense. M. Tenneson continue l'emploi de caoutchouc jusqu'à ce que le suintement s'arrête. Nous avons modifié cette méthode, en la combinant à l'emploi du nitrate d'argent (voir Trait. réducteurs).

L'emploi du caoutchouc est indiqué dans l'eczéma aigu (sauf les contre-indications formulées au début de cet article), et au début du traitement de la plupart des eczémas chroniques, *non séborrhéiques*. S'il se produit de l'irritation, la moindre suppuration, on enlève le caoutchouc et on revient immédiatement aux pansements humides.

c. *Traitements réducteurs.* — On peut, dans certains cas, agir énergiquement sur l'eczéma aigu, lorsqu'il est d'origine externe, ou lorsqu'il n'y a aucune contre-indication viscérale.

L'acide picrique en solution aqueuse à 1/200 dont on imbibe des compresses qu'on recouvre de taffetas gommé et qu'on renouvelle tous les jours, est de tous les procédés celui qui diminue le plus rapidement l'œdème et l'hyperémie cutanée. Dans quelques cas très rares, il peut être irritant, aussi faut-il en surveiller les effets.

Les pommades à l'oxyde de zinc conviennent à la période de régression de l'eczéma aigu, et dans les eczémas chroniques. On l'emploiera sous forme de pommade à 20 p. 100 ou d'onguent ou de pâte.

Mais ce traitement un peu banal convient surtout à l'hôpital et aux malades chez lesquels on ne peut suivre l'effet d'une intervention plus active. Chez les autres on peut, en observant la sensibilité des lésions et en procédant graduellement, employer des pommades et des glycérolés, dans lesquels on incorporera :

De l'acide salicylique . . 1-3 p. 100 (Lassar.)
De la résorcine . . . . . 1-2 —
De l'huile de cade ou
huile de bouleau . . . 1-3-5 grammes.

De l'acide phénique, 1 p. 100 (dans les eczémas où les lésions sont peu irritables et où le prurit est excessif).

Dans les eczémas chroniques, invétérés, lichénifiés, on peut procéder d'une manière beaucoup plus énergique et employer :

L'huile de cade à la dose de. 10 p. 100
L'oxyde jaune de mercure et
le calomel. . . . . . . . 1 p. 50 à 1 p. 20
L'acide pyrogallique . . . . 1-3 p. 100

Toutes ces substances peuvent être employées sous forme d'emplâtres, dans les eczémas limités et chroniques; signalons l'emplâtre à l'oxyde de zinc, l'emplâtre rouge de Vidal (minium, cinabre), l'emplâtre au calomel, l'emplâtre à l'huile de morue dans les eczémas liés au prurigo de Hebra. Dans l'eczéma chronique associé au prurigo, on emploie depuis Unna et Pick des colles, soit sur les parties eczéma-

tisées seules, soit, si l'on veut calmer le prurit, sur la surface entière du corps.

Parmi les procédés de réduction de l'eczéma, il faut mettre en première ligne le nitrate d'argent en solution aqueuse à 1 p. 100. Parmi les moyens actifs, aucun n'est moins irritant, et en le maniant énergiquement, on peut venir à bout des eczémas les plus rebelles.

On peut, comme nous l'avons indiqué, combiner le traitement par le caoutchouc et le nitrate d'argent, de la manière suivante : on applique le caoutchouc suivant la technique indiquée plus haut. Puis, chaque jour, on fait sur la surface décapée, un attouchement au nitrate d'argent à 1 p. 40, et s'il ne se produit aucune réaction inflammatoire, ce qui est la règle, on élève la dose peu à peu jusqu'à 1/20. Après chaque attouchement, on laisse sécher la surface, puis on applique de nouveau le caoutchouc.

Ce traitement convient même à des eczémas étendus et subaigus.

*Traitement de l'eczéma séborrhéique.* — Lorsque l'eczéma séborrhéique n'est accompagné d'aucun suintement, lorsqu'il se présente sous forme de placards limités, on doit employer les méthodes analogues à celles qui réussissent dans les psoriasis : le glycérolé cadique fort, l'acide pyrogallique à 5 p. 100, l'acide salicylique à 5-10 p. 100, l'emplâtre de Vigo.

Les pommades soufrées, très en honneur depuis les recherches de Unna, ont parfois l'inconvénient, à doses élevées de soufre, d'être plus irritantes que les précédentes.

Traitement de quelques variétés régionales. — *Cuir chevelu.* — Ici l'asepsie préalable a encore plus d'importance que partout ailleurs (pulvérisations); chez l'homme les cheveux seront coupés.

Dès que la surface sera en état de propreté, bonnet de caoutchouc la nuit chez l'homme, la femme ou l'enfant.

Lorsque le suintement aura disparu, et dans les formes chroniques, pommades salicylées, à l'huile de cade, à l'acide pyrogallique, frictions à l'extrait de panama chez la femme.

*Eczéma des paupières.* — Dans l'eczéma commun isolé ou associé à un eczéma de la face, M. Besnier recommande de commencer le traitement par des applications anodines : cataplasmes de fécule tièdes, pulvérisations d'eau bouillie. Les formes internes, dit-il, sont du ressort de l'ophtalmologiste; dans les formes prolongées, séborrhéiques, l'emploi des pommades finit par s'imposer, mais est toujours délicat.

*Eczéma conjonctivo-palpébral.* — A la période d'irritation, compresses d'eau boriquée faible ou cataplasmes de fécule. Puis, lorsque l'irritation conjonctivale décroît, irrigations conjonctivales et compresses tièdes matin et soir avec la solution :

| | |
|---|---|
| Cyanure de mercure . . | 5 centigrammes. |
| Eau bouillie. . . . . . | 500 grammes (Besnier.) |

*Eczéma de la base des cils.* — Les croûtes seront enlevées, on fera des lotions avec la solution de cyanure de mercure à 1 p. 1000; s'il y a des érosions, on les touchera au nitrate d'argent. Lorsqu'on aura obtenu une amélioration marquée, on appliquera des pommades à l'oxyde de zinc le matin, et le soir à l'oxyde jaune 1 p. 200 (Besnier). Souvent l'épilation s'impose.

*Lèvres.* — Chez l'homme, dans toutes les formes d'eczéma des lèvres un peu ancien, et dans tous les cas où il existe un état d'infection locale, qui ne disparaît pas rapidement par les pulvérisations et les lotions antiseptiques, l'épilation est nécessaire.

On applique alors, et d'emblée chez les femmes (après asepsie de la surface), une bandelette de caoutchouc attachée derrière la tête par des cordons qui passent au-dessus des oreilles. Il sera utile, dans les cas rebelles, de combiner au caoutchouc des badigeonnages au nitrate d'argent, suivant la technique que nous avons indiquée. Enfin, dans les cas graves, il faut avoir recours à la scarification.

Mais il est essentiel de toujours rechercher la cause, et de faire étudier en particulier l'état des fosses nasales par un spécialiste.

Dans l'eczéma de la partie rouge des lèvres, M. Besnier recommande les astringents légers, ratanhia et borax, le savon mou de potasse, l'huile de cade ou de bouleau. Chez les sujets qui s'y prêtent, les scarifications sont le procédé de choix. La nuit on applique une bandelette de caoutchouc.

*Barbe.* — La barbe sera coupée aux ciseaux ; le traitement local de l'eczéma sera alors celui de l'eczéma en général, suivant la variété à laquelle on aura affaire, aiguë, chronique.

Dans les formes subaiguës et chroniques, on fera plusieurs fois par jour des lotions avec la solution :

| | |
|---|---|
| Alcool à 90 degrés . . . | 100 grammes. |
| Cyanure d'hydrargyre. . . | 5 centigrammes. |

A la période chronique, l'épilation est nécessaire, et si on ne vient pas à bout de l'eczématisation par l'huile de cade, l'oxyde jaune de mercure, le nitrate d'argent, il faudra scarifier.

*Mains.* — Nous avons indiqué que la condition nécessaire de la guérison dans les eczémas d'origine externe est la suppression de toutes les actions irritantes, et en particulier du *savonnage quotidien*. Si le malade peut se servir de gants en continuant sa profession, on peut arriver à le guérir; si c'est impossible, on n'arrivera, en général, qu'à des résultats incomplets. Les pommades les plus épaisses sont les meilleures, car elles sont les plus protectrices.

Lorsque l'altération unguéale a pour cause directe une eczématisation des doigts et des régions péri-unguéales, il faudra faire disparaître celle-ci. (Le caoutchouc et le nitrate d'argent sont les meilleurs prodédés.) L'eczématisation disparue, les lésions des ongles s'améliorent souvent. Lorsqu'elles sont isolées, on peut essayer de les modifier par la méthode qu'a recommandée Sabouraud, qui applique chaque jour sur l'ongle un morceau de coton trempé dans la solution :

| | |
|---|---|
| Iode . . . . . . . . . . . | 1 gramme. |
| Iodure de potassium. . . . . . | 2 — |
| Eau . . . . . . . . . . . | 1 litre. |

et recouvert d'un doigtier de caoutchouc.

*Eczéma de la verge.* — Chez l'enfant à prépuce exubérant, la circoncision s'impose. Chez le vieillard, lorsque l'eczéma est dû au séjour de l'urine entre le prépuce et le gland, on séparera ceux-ci par du coton hydrophile et on poudrera au bismuth. Les attouchements de nitrate d'argent à 1/50 agiront sur l'eczématisation. Les soins hygiéniques seront les mêmes chez les diabétiques. L'eczéma chronique du gland sera traité par l'huile de bouleau en badigeonnages. Les pommades sont d'une application difficile ; dans les cas rebelles, on fera des pansements locaux permanents (Besnier).

*Eczéma du scrotum.* — Dans les périodes suraiguës, pulvérisations, soir et matin, cataplasmes de fécule tièdes la nuit, pansements humides le jour.

A la période de suintement, lorsque l'œdème diminue, le malade doit porter un suspensoir en caoutchouc, nettoyé à *fond*, ainsi que la peau, trois fois par jour. Plus tard, pansement au cyanure de mercure à 1 p. 10 000, enfin badigeonnage au nitrate d'argent (Besnier).

*Eczéma de la vulve.* — On ne peut guérir un eczéma vulvaire sans avoir déterminé et guéri sa cause. Après chaque miction, les parties génitales seront lavées à l'eau boriquée. On

fera plusieurs fois par jour des lotions au sublimé à 1 p. 10 000 ou 1 p. 5 000. Au besoin, pansements humides permanents, badigeonnage au nitrate d'argent.

*Eczéma de l'anus.* — Comme l'eczéma vulvaire, celui de l'anus ne guérit que par la suppression de la cause. Il faudra avant tout régler les garde-robes. Avant la défécation, la région malade sera graissée avec la pommade :

| | | |
|---|---|---|
| Lanoline | } àâ | 50 grammes. |
| Vaseline | | |
| Résorcine | | 50 centigr. |

Après la garde-robe, le malade prendra pour le rendre de suite un lavement boriqué tiède (Besnier).

Si l'eczéma est aigu, on prescrira des bains de siège amidonnés, à la période de suintement, du caoutchouc.

Dans les cas rebelles, M. Besnier recommande les pommades chrysophaniques à 5 p. 100, à condition d'en surveiller l'emploi, et le nitrate d'argent. Les hémorroïdes seront traitées; dans les cas rebelles avec prurit et lichénification, l'anus sera dilaté.

*Eczéma variqueux des jambes.* — Toutes les fois que le malade pourra garder le repos, la jambe élevée, la guérison de l'eczéma variqueux se fera assez rapidement en l'absence d'ulcération et de lymphangite; si le malade marche, on ne peut répondre ni de la durée, ni des complications.

A la période aiguë, cataplasmes de fécule, applications de caoutchouc.

A la période chronique, M. Besnier recommande les emplâtres à l'oxyde de zinc, à l'huile de morue ou au diachylon, et la compression de la jambe par un bas lacé. Une bande de caoutchouc, partant du pied et allant jusqu'au genou, rendra les mêmes services que le bas.

*Pieds.* — Lorsque l'eczéma se présente sous sa forme vulgaire sans hyperkératose, le caoutchouc au besoin combiné avec le nitrate d'argent permet d'arriver à la guérison. S'il existe de l'hyperkératose, il est nécessaire au préalable de « décaper » la peau. M. Brocq recommande de ramollir les croûtes avec des cataplasmes de fécule, puis de frictionner au savon noir ou avec un savon salicylé, enfin d'appliquer des pommades au glycérolé d'amidon salicylé (5 10 p. 100). Au besoin, on peut faire des applications de savon noir qu'on laisse en place plusieurs heures.

Une fois l'eczéma décapé, on le traite comme l'eczéma vulgaire.

Souvent l'eczéma plantaire est lié à l'hyperhydrose. Contre celle-ci, en dehors des périodes d'eczématisation, on prescrira des lavages avec des solutions de sublimé alcoolisées :

| | |
|---|---|
| Sublimé | 1 gramme. |
| Alcool à 90 degrés | 200 — |
| Eau | 800 — |

au permanganate de potasse à 1 p. 5 000. Les pieds seront poudrés avec de la craie préparée additionnée de salicylate de bismuth ou de sous-nitrate :

| | |
|---|---|
| Craie préparée | 200 grammes. |
| Sous-nitrate de bismuth | 10 — |

(*Gazette hebdom.*)

---

## HOPITAL GREC "S" CHARALAMBOS DE SMYRNE

Docteur Psaltoff, chirurgien.

### Péritonite tuberculeuse miliaire. Occlusion intestinale. Laparotomie. Guérison.

Dans une des dernières séances de la Société de chirurgie de Paris, M. Lejars a commuuiqué deux cas très intéressants et très instructifs de péritonite tuberculeuse miliaire, où dans l'un la maladie se manifesta par des signes d'une fausse occlusion intestinale et, dans l'autre, par ceux de l'appendicite.

Ces deux cas furent traités et guéris par la laparotomie. M. Poirier et M. Routier citent des cas semblables.

Un cas pareil se présentait dans mon service à l'hôpital, qui m'a singulièrement surpris et que je m'empresse de publier.

Dans la nuit du 15 juin, deux de mes honorables confrères m'avaient envoyé, à l'hôpital, un jeune homme de dix-huit ans qui, au dire de son père, n'avait jamais été malade et qui appartenait à une famille saine et robuste. Il avait été saisi soudainement, il y avait à peine quarante-huit heures, d'une forte douleur à la fosse iliaque droite avec vomissements. Son état général était très mauvais; les extrémités froides; le pouls très fréquent et filiforme n'était perçu qu'avec beaucoup de difficulté. Langue sèche, fièvre, 39°5. Le ventre peu ballonné et presque insensible à la pression. Dans la fosse iliaque on ne trouvait aucun empâtement.

Comme les vomissements continuaient, que, depuis quarante-huit heures, il n'y avait pas eu de selles, et que l'état général empirait, nous conclûmes au diagnostic d'occlusion intestinale, et nous procédâmes, de bon matin, à la laparotomie, en présence de nos collègues de l'hôpital, M. Dascalacki et M. Pappaconstantinidi.

Le ventre à peine ouvert, nous constatâmes que le péritoine, la masse intestinale et l'épiploon étaient couverts en abondance de granulations tuberculeuses. Le ventre ne contenait point de liquide. Nous nous bornâmes à un simple lavage de la cavité abdominale, avec une solution d'acide borique 3 p. 100, et nous refermâmes le ventre.

Pendant tout le temps de l'opération on injecta au malade du sérum artificiel en abondance (1 200 grammes).

Le soir la température avait baissé à 38°5. Les vomissements avaient cessé, le pouls devenait un peu meilleur et, dans la nuit, il y eut une évacuation.

Le lendemain, l'amélioration devenait plus sensible. Température 36°8. Pulsations 120, pas de vomissements.

Les jours suivants, l'état du malade progressait sensiblement. Le pouls devenait normal; les fonctions digestives furent complètement rétablies. Le dixième jour il put se lever et, quelque temps après, il quitta l'hôpital guéri.

Voilà donc un cas singulier et rare de péritonite tuberculeuse miliaire, simulant l'occlusion intestinale, qui vient à l'appui des observations présentées à la Société de chirurgie.

---

## ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

### Concours de 1898.

*Liste par ordre de mérite des candidats admis à ladite École.*

1. MM. Metzger, Godeau, Poutet, Bridier, Barailhé, Grenier, Genet, Pourpre, Rehm, Delmas.

11. Baurrier, Béraud, Ebstein, Beau, Jouve, Bumat, Louis, Izaac, Garcin, Capdevielle.

21. Julien-Laferrière, Joubert, Colineau, Potet, Boualet, Haméon, Chrétien, Egmann, Duvau, Henriot.

31. Stumpf, Deleuze, Pinchon, Limasset, Alexandre, Macaire, Millet, Lecomte, Dautheville, Perrin.

41. Flach, Vigne, Castéret, Épaulard, Rebierre, Guénot, Mathis, Barthélemy, Rit, Trautmann.

51. Baur, Couturier, de Saint Vincent de Parois, Raoul, Cristiani, Trifaud, Jude, De Kermabon, Azémar, Orticoni.

61. Sicre, Mandoul, Bordereau, Van Merris, Allaux, Charbonneau, Delestan, Jousselin, Rouyer, Stitelet.

71. Queyrot, Vallat, Mourrut, Noirot, Couillaud-Maisonneuve.

Les quarante premiers candidats reçus devront se présenter à l'École le lundi 24 octobre 1898, à huit heures précises du matin, et les autres le même jour, à deux heures précises du soir.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 septembre 1898, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Ferry, médecin-major de deuxième classe, au 5e régiment de cuirassiers; 25 ans de services, 5 campagnes; — Troussaint, médecin-major de première classe au 106e d'infanterie; 25 ans de services, 4 campagnes.

— Par décret, en date du 17 septembre 1898, M. le docteur Espieux a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— MM. les médecins de deuxième classe Hamon, du port de Rochefort, embarqué sur la « Melpomène », Souls et Carbonnel (de Rochefort), embarqués sur la « Vienne » et la « Dévastation »; Traonouëz (de Lorient), en service à Ouessant; Camus (de Brest), médecin-major de la défense mobile de Tunisie; André, provenant du Sénégal; Dargein, provenant du Tonkin, et Rolland (de Lorient), embarqué sur le « Borda », sont affectés, sur leur demande :

MM. Hamon et Camus, à Lorient; Souls, Carbonnel et André, à Toulon; Traonouëz, à Brest; Dargein et Rolland, à Rochefort.

— Par arrêté du préfet de police, sont nommés au dispensaire de salubrité :

1° M. Frasey, médecin-adjoint, en remplacement de M. Lemoine, nommé médecin en chef-adjoint du dispensaire; — 2° M. Le Noir, médecin-adjoint, en remplacement de M. Servaux, médecin au dispensaire, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dieuzaide (de Lectoure).

**Des principales complications septiques des otites moyennes suppurées et de leur traitement,** par le docteur A. Mignon, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Grand in-8°, avec 101 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 108. — JEUDI 22 SEPTEMBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 22 SEPTEMBRE 1898. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Chauvel, chargé du rapport sur les mémoires adressés pour le prix Herpin, a analysé ces mémoires avec sa conscience habituelle; la question posée était la suivante : « Traitement abortif de la blennorragie. » Il résulte de l'examen attentif de ces travaux qu'il n'existe pas encore de traitement abortif de la blennorragie. En attendant l'antitoxine qui doit agir directement sur le gonocoque, il faut donc s'en tenir au traitement classique de la blennorragie, en le mettant en œuvre le plus près possible du début de l'infection.

MM. Marcus et Boisson avaient adressé à l'Académie l'observation d'un soldat qui s'était tiré une balle de revolver dans le cou. On ne sentait rien à l'examen le plus attentif. La radiographie et la radioscopie ont permis à MM. Marcus et Boisson de déterminer exactement le siège du projectile et de l'enlever. En analysant cette observation, M. Chauvel fait remarquer que ce n'est là qu'un nouvel exemple de l'utilité de la radiographie en pareil cas. Les faits de ce genre sont assez nombreux aujourd'hui pour que notre conviction soit bien établie à ce sujet.

M. Moncorvo, membre correspondant de Rio-de-Janeiro, a adressé une note sur l'influence de l'hérédo-syphilis sur le tabes congénital spasmodique. Le travail de M. Moncorvo, écrit en très bon français, contient des observations fort bien prises et paraissant concluantes.

Enfin, la parole a été donnée à M. Garnault pour la lecture d'une note sur le traitement de la mastoïdite aiguë; cette note est surtout une critique de la méthode de Schwartze.

## DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE
### DANS LE PROLAPSUS UTÉRIN

Par M. le docteur L. LONGUET,
Ancien interne des hôpitaux.

I

C'est pour le prolapsus et pour l'inversion de la matrice que furent pratiquées les premières ablations totales de l'organe utérin. Il y a de cela bien longtemps; les plus anciennes opérations se perdent dans la nuit des temps. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'hystérectomie pour prolapsus est bien antérieure à l'hystérectomie pour cancer; celle-ci n'ayant vu le jour qu'au commencement de notre siècle. Depuis sa naissance, l'hystérectomie pour prolapsus traversa deux périodes bien distinctes : l'une ancienne qui s'étend jusqu'à l'avènement de l'antisepsie, l'autre récente qui va depuis l'antisepsie jusqu'à l'heure présente.

**Première période.** — *L'hystérectomie vaginale pour prolapsus dans l'antiquité.* — En cette phase nébuleuse, l'idée d'enlever la matrice prolabée germa plus d'une fois dans l'esprit des anciens. Soranus d'Ephèse (1) parle d'un cas d'ablation de l'utérus suivie de survie. Au XVe siècle Gatenaria (2) dit avoir vu une extirpation de ce genre pour prolapsus, se terminer également par la guérison. Au XVIe siècle, Bérenger de Carpi (3) vit extirper par son père, puis extirpa lui-même (1507), enfin fit extirper par son neveu Domitianus (1520), une matrice en prolapsus avec gangrène; ce fut un succès dans les trois cas. Au XVIIe siècle, Bauhin (4) aurait relaté aussi des exemples analogues. Au XVIIIe siècle, l'idée d'enlever l'utérus sorti hors de la vulve est encore exprimée par Coakley (5) de Bimimgham, en 1757, dans une lettre à Smellie. Enfin pour clore cette liste de faits bizarres autant qu'inutilisables pour la chirurgie actuelle, nous rappellerons que Velpeau parle d'une servante de Venise qui s'arracha elle-même l'utérus.

Voici maintenant des observations bien prises et dignes d'intérêt. Langenbeck (6), le premier selon toute vraisemblance, fit l'hystérectomie, au commencement de ce siècle, pour un prolapsus probablement compliqué de cancer. Dans

(1) SORANUS. *Traité de chirurgie*, au IIe siècle : « Si la partie précipitée, par le progrès du temps et le manque de soins, tombe en putréfaction, ou si, par le contact continuel de l'urine ou des dépôts de saleté, elle vient à s'ulcérer, on doit l'enlever sans aucune crainte de danger. On raconte qu'un utérus ainsi putréfié a pu être enlevé en totalité, et que la malade a néanmoins survécu. » (Cité par PICHEVIN, *De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin*, Paris 1897.)

(2) GATENARIA. In Malgaigne, *Œuvres complètes d'A. Paré*, 1840 : « J'ai vu, dit Gatenaria, une femme qui avait la matrice pendante entre les cuisses et putréfiée; on en pratiqua la résection et elle vécut encore plusieurs années après et ne mourut enfin que l'année de la peste de Paris. »

(3) BÉRENGER DE CARPI. In Malgaigne, loc. cit.

(4) BAUHIN. Cité par Pichevin, in *Hystérectomie vaginale*, Paris 1897.

(5) COAKLEY. Cité par Quénu, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1893.

(6) LANGENBECK. Cité par Pichevin.

cette extirpation, il laissa, de propos délibéré, une partie du fond de l'utérus, réalisant ainsi un procédé de décortication sous-péritonéale. Les ovaires et les ligaments ronds furent enlevés en même temps. Pour se rendre maître de l'hémorragie qui fut considérable, l'opérateur dut placer quatre ligatures. Deux autres hystérectomies appartiennent aussi à Langenbeck (1), mais il s'agissait probablement de cancer sans prolapsus. Les opérations de Gebhardt (2), en 1836, de Gurgenshen (3), 1838, de Edwards (4), 1864, de Choppin (5), 1867, de Patterson (6), 1876, de Corradi (7), 1876, de Hahn (8), 1877, de Kehrer (9), 1877, de Von Teuffel (10), 1877, portent à 11 les cas d'hystérectomie parprolapsus pratiqués, depuis Langenbeck jusqu'en 1880. Il est à remarquer que les chirurgiens de cette époque n'ont pas craint de faire l'opération même pour des prolapsus non compliqués d'ulcération, de sphacèle, ni d'autre accident.

**Deuxième période.** — *L'hystérectomie vaginale pour prolapsus depuis* 1880. — Martin et Kaltenbach [1880 (11)], n'ayant sans doute pas connaissance des cas que nous venons de citer, se considèrent comme les premiers chirurgiens ayant fait l'hystérectomie pour prolapsus irréductible. Müller (12), 1883 (3 cas), Baumgarten-Kehrer (13), 1889, Fritstch (14), 1889, Bœckel (15), 1887, Winiwarther (16), 1888, Léopold et Munchmeyer (17), 1889, (3 cas), Braun (18), 1891, Kiel (19), qui en relate trois cas, Odebrecht, 1892, Ohlshausen-Czempius suivirent en Allemagne Martin et Kaltenbach dans la voie de l'hystérectomie pour utérus prolabé.

En Italie, Negretto [1891 (20)]; en Amérique, Stewarts [1883 (21)], Brenneke [1889 (22)], Coë [1890 (23)], Krug [1890 (24)], Baldy [1893 (25)], Mac Corsch (1892), Beverlee, Mac Monagle, Clarke-Frisch en Angleterre, Goodlee 1886, avaient tous admis et pratiqué l'extirpation totale, alors qu'il n'en était pas encore question en France.

C'est Richelot (26), qui chez nous fit la première hystérectomie pour prolapsus le 25 juillet 1886. Il se servit de pince à demeure pour l'hémostase; l'opération n'eut aucune gravité, mais le résultat éloigné fut marqué par une récidive de la cystocèle, qui nécessita une intervention complémentaire.

(1) Langenbeck. In Malapert, Th. de Paris, 1893, p. 12.
(2) Gebhardt. Cité par Quénu.
(3) Gurgenshen. Cité par Quénu.
(4) Edwards. *Brit. Med. Journ.*, 1864.
(5) Choppin. Cité par Asch, *Amer. Journ.*, 1876.
(6) Patterson. *Glascow Med. Journ.*, 1876.
(7) Corradi. *Lo Sperimentale*, 1876.
(8) Hahn. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1887.
(9) Kehrer. *Beitr. z. Klin. und experim. Geb. gynækol.*, 1879.
(10) Von Teuffel. Cité par Asch.
(11) Martin et Kaltenbach. *Traité clinique des maladies des femmes.*
(12) Muller. Congr. des natur. allemands, Heidelberg 1883.
(13) Baumgarten et Kehrer. Congr. des natur. allemands, Heidelberg 1889.
(14) Fritsch. Cas rapporté par Robert Atsch, *Arch. f. Gyn.*, 1889.
(15) Bœckel. *Gaz. des hôpit.*, 1887.
(16) Winiwarther. *Wien. Klin. Wochens.*, 1888.
(17) Leopold et Munchmeyer. *Centralbl. f. Gyn.*, 1889.
(18) Braun. *Centralbl. f. Gyn.*, 1891.
(19) Kiel. Dissert. inaug. d'Iéna, 1893.
(20) Negretto. *Ann. d. obst. e gyn.*, Milano 1891.
(21) Stewartz. *Med. Rec. New-York*, 1883.
(22) Brenneke. Cité par Secheyron, Paris 1889.
(23) Cœ. *Amer. Journ. of obstet.*, 1893.
(24) Krug. *New-York obstet. Soc.*, 1890.
(25) Baldy. *Journ. Amer. of obstet.*, 1893.
(26) Goodlee. *Brit. Med. Journ.*, 1886.

Le deuxième cas appartient à Terrillon [1889 (1)]; le troisième à Gouilloud [1891 (2)], les cinq suivants à Quénu (3). Enfin les observations de Segond (4), les deux faits de Lejars (5), constituèrent les onze premiers cas sur lesquels M. Quénu put faire le premier travail important qui marque date. Ce travail fut communiqué à la Société de chirurgie, le 20 décembre 1893.

La communication de M. Quénu, fait éclater une longue discussion à la Société de chirurgie. Les nouveaux cas rapportés élèvent en quelques semaines à 58 le nombre des hystérectomies pour prolapsus pratiquées en France. Les orateurs, d'accord pour reconnaître qu'il ne s'agit que d'un traitement d'exception; d'accord aussi pour la nécessité d'associer à l'extirpation de l'utérus, un traitement de réfection du périnée, prennent place en trois camps. Les uns en majorité considèrent l'hystérectomie comme *légitime* pour certains cas spéciaux. Ce sont MM. Segond, Richelot, Reclus, Reynier, Pozzi, Chaput, Monod. D'autres restent dans l'incertitude comme M. Championnière. D'autres enfin après l'avoir pratiquée y renoncent, comme MM. Routier, Le Dentu, Bouilly, Marchant.

Presque en même temps paraît un mémoire de Hartmann et Dubouchet (6), réunissant 55 cas de la pratique étrangère et la même année encore Woff (7) étudie la question d'après les faits de Léopold (de Dresde). Ce qui portait le nombre des cas à 120.

En 1895 ce nombre s'élève à 137, par des publications en France des cas de Heydenreich, Gross, Vantrin, cités dans la thèse de Lanique (8), et à l'étranger de quelques faits rassemblés par Rauhut (9), auxquels nous ajouterons ceux plus récents de Montgomery (10), Crossen (11), et ceux de Jacobs dans la statistique duquel figurent, en 1896, dix hystérectomies pour prolapsus.

Cet historique prend fin pour l'instant avec les communications du Congrès de chirurgie de 1896; rien d'intéressant n'ayant été dit depuis. La question mise à l'ordre du jour de ce congrès est le traitement des prolapsus génitaux. A la séance du 23 octobre 1896, M. Bouilly rapporteur accorde une place honorable à l'hystérectomie dans son important travail. A la même séance MM. Péan, Richelot, Schwartz, Delbet parlent accessoirement de l'hystérectomie dans leur communication, mais ces orateurs n'ajoutent en somme rien de saillant à ce qui avait été dit à la discussion de 1894 à la Société de chirurgie. Cette dernière conserve donc jusqu'ici une place prépondérante dans cette histoire.

## II

**Indications et contre-indications.** — Vagues et indécises à l'origine de la méthode, les indications se précisent aujour-

(1) Richelot. Th. de Madec, 1886.
(2) Terrillon. *Leçons de clinique chirurgicale*, 1889.
(3) Gouilloud. *Lyon méd.*, 1891.
(4) Quénu. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1893.
(5) Segond. Leçon clin. du 29 nov. 1893.
(6) Hartmann et Dubouchet. *Ann. de gyn. et d'obstét.*, 1894.
(7) Woff. Soc. des méd. russes, Moscou 9 déc. 1894.
(8) Lanique. *Hystérectomie vaginale pour prolapsus*, Th. de Nancy, 1895.
(9) Rauhnt. Dissert. inaug. de Halle, 1895.
(10) Martganey. Hystérectomie vaginale pour prolapsus, *Med. News*, 28 mars 1896.
(11) Crossen. Hystérectomie vaginale pour prolapsus, *Western. Med. Gaz.*, nov. 1897.

d'hui en même temps qu'elles s'élargissent. Qu'il soit bien entendu tout d'abord que l'hystérectomie vaginale pour prolapsus, *à elle seule*, est insuffisante à assurer la guérison. Comment pourrait-il en être autrement ? Elle ne répond qu'à l'une des indications du complexus morbide, elle supprime la chute de l'utérus, mais contre l'effondrement de tous les tissus pelviens, contre la cystocèle, contre le déroulement de la paroi vaginale postérieure, elle demeure sans effet. D'où cette première conclusion que l'hystérectomie pour prolapsus réclame comme auxiliaire une série de petites opérations combinées, du groupe des colpopérinéorraphies qui, elles, visent les autres éléments du syndrome. Cette vérité est parfaitement établie à l'heure présente, et Quénu, Richelot, Pozzi, Bouilly n'ont pas craint d'insister sur ce fait capital qui explique maintes récidives à la suite des interventions incomplètes. En sorte que dans la série opératoire, l'hystérectomie, opération principale au point de vue gravité, n'arrive cependant que comme *acte complémentaire*, au point de vue curatif, car la réfection du périnée et du vagin conserve sa haute valeur d'*acte fondamental*. Parcourez les observations où l'acte fondamental n'a pas été réalisé. et vous relèverez bientôt la récidive. Ainsi dans les cas de Richelot, de Müller, de Baumgarten, de Pierre Delbet, de Hartmann et de tant d'autres, il a fallu en venir ultérieurement à une colpopérinéorraphie secondaire.

L'hystérectomie ne convient qu'à un *nombre restreint de prolapsus*. Tel est le deuxième axiome qu'il convient d'énoncer avant de pénétrer dans le détail des indications. C'est l'*opération d'exception*, et la généraliser à tous les prolapsus, ce serait signer sa condamnation. Lorsque les promoteurs de la méthode, comme Quénu, Pozzi, sont venus établir sa « légitimité », ils ont bien pris soin de spécifier que la suppression totale n'est applicable qu'à un petit nombre de cas ; la très grande majorité des prolapsus n'est justifiable que des opérations simples. La preuve en est que Quénu, en l'espace de six ans, n'a eu que sept fois l'occasion de faire l'ablation totale. De même Richelot n'en rapporte que six faits personnels.

Ces préambules bien établis, les indications de ces cas exceptionnels peuvent actuellement être groupées dans l'ordre qui suit : sont justifiables de l'hystérectomie :

I. — Les prolapsus compliqués de fibrome, de cancer, de métrite gangreneuse et de salpingite grave. En pareille occurrence, il n'est pas permis d'hésiter, puisque la maladie concomitante à elle seule réclame l'extirpation.

II. — Les prolapsus graves ; « chez les femmes qui ont dépassé la ménopause, ou qui s'en rapprochent tellement que toute grossesse devienne absolument improbable » (Quénu). Passé la ménopause, qu'on ne vienne pas objecter que l'utérus est indispensable. Mais il y a plus, non seulement, « c'est un meuble inutile », comme le dit Richelot (1), mais c'est un réservoir septique et dangereux. Quant à l'ovaire, s'il est vrai qu'il soit nécessaire pour maintenir l'équilibre de tout l'organisme par la sécrétion dont il est le siège, rien de plus simple que de le laisser en place lorsque aucune lésion ne justifie son ablation.

III. — Pour Pozzi l'hystérectomie vaginale peut être nécessaire « pour permettre la reconstitution du périnée dans le prolapsus génital complet ». Ainsi formulée, cette indication est d'ordre technique ; elle a pour but de faciliter l'acte fondamental ; elle rendrait possible une large résection du vagin, résection impraticable dans les limites voulues tant que l'utérus est en place.

(1) Richelot. *De l'hystérectomie vaginale contre le cancer*, Paris 1894, p. 305.

IV. — Une autre indication peut se tirer du *volume* des parties prolabées, et de leur incoercibilité. Pour Pozzi, l'hystérectomie est indiquée, si les parties à réduire, c'est-à-dire l'utérus et les parois vaginales, ont acquis un tel volume que, comme dans les anciennes hernies, elles ont *perdu droit de domicile*. Ou encore, pour parler en termes plus précis, « lorsqu'on trouvera par la palpation et le cathétérisme, l'utérus allongé ou hypertrophié de telle sorte que la réduction portera un obstacle évident au succès de la reconstitution du périnée. En pareil cas, le vagin éversé a aussi pris des dimensions exagérées, si bien que les mêmes raisons existent pour en supprimer un segment. L'hystérectomie doit donc bien être alors, dans toute l'acception étymologique du mot, une *colpo-hystérectomie*. » Cependant les gros utérus ne sont pas seuls justifiables de l'exérèse car, à l'inverse des *gros* utérus dont parle Pozzi, il nous faut faire une place aux petits utérus atrophiés.

V. — Bouilly ajoute comme indication le cas « où l'utérus *petit*, atrophié, est complètement sorti hors de la vulve, entouré de tous côtés par un prolapsus vaginal total. Il faut alors admettre une telle distension des ligaments utérins qu'on ne peut rien espérer de leur action ultérieure. En outre, l'hystérectomie vaginale permet une large résection vaginale, qui ne serait pas possible sans l'ablation préalable de l'utérus ».

VI. — L'hystérectomie peut devenir indiquée lorsque, le prolapsus étant très considérable, les autres moyens de traitement ont échoué. D'après Léopold [de Dresde (1)], qui insiste sur cette éventualité, l'hystérectomie serait l'ultime ressource. En vérité y a-t-il intérêt à toujours attendre l'échec des traitements plus simples? Faut-il regarder l'hystérectomie comme un pis-aller? C'est trop douter de sa valeur.

VII. — A côté de l'incoercibilité par augmentation de volume, mise en relief par Pozzi, M. Segond et Léopold trouvent aussi une indication de l'hystérectomie dans l'*irréductibilité*. Que faire de mieux d'un utérus, qui ne rentre ni de gré ni de force, sinon le supprimer ?

VIII. — Avec ce qui suit, nous entrons dans l'incertitude : l'*atrophie sénile* de la muqueuse vaginale est une indication de l'hystérectomie (Léopold). Or, en face de conditions aussi défavorables, il est à craindre que les résultats soient bien peu brillants. Certains de ces cas déjouent toute thérapeutique, et aboutissent presque fatalement à la récidive du prolapsus vaginal.

Qu'on renverse les propositions qui précèdent et l'on entre dans le chapitre des *contre-indications*. Par exemple le jeune âge, et l'éloignement de la ménopause sont des contre-indications. Chez les femmes jeunes, l'hystérectomie en tant qu'opération complémentaire, a son homologue dans l'hystéropexie.

Du côté de l'état général, une raison de s'abstenir de l'hystérectomie découle de la débilité sénile, de la déchéance vitale résultant d'une lésion organique du cœur, des poumons, des reins, ou de toute autre cause (Pozzi). Et en effet il ne faut pas oublier qu'il s'agit souvent de femmes âgées, artério-scléreuses, emphysémateuses, chez lesquelles il s'agit de pratiquer une opération d'une durée toujours notable, puisqu'on s'accorde généralement à exécuter toute

(1) Leopold. In Woff, Soc. des méd. russes, Moscou 9 déc. 1894.

la série opératoire dans la même séance. Aussi ne saurions-nous trop insister sur la nécessité de bien calculer au préalable le degré de résistance du sujet et le poids exact de ses tares viscérales. Mais il ne faut pas exagérer. M. Quénu (1) a fait cette remarque que, chez les femmes âgées, artério-scléreuses, l'hystérectomie vaginale peut rester une opération bénigne, sans retentissement sur l'état général.

Une contre-indication locale, bien établie par Quénu, existe chaque fois que « l'état du périnée et du vagin laisse des doutes sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement ». Il est à penser que, si l'acte principal de réfection du périnée et du vagin s'annonce comme devant échouer fatalement, l'hystérectomie ne devient qu'un trauma superflu et non justifié.

Enfin, dans cette discussion thérapeutique, considérez aussi les conditions sociales, le besoin de se livrer à une vie active, à des travaux pénibles pour les femmes de la campagne. Tout cela est à peser, et mérite d'entrer dans la détermination opératoire, M. Quénu a insisté sur ce point. (*A suivre.*)

(1) Quénu. In Th. de Peraté, 1897, p. 55.

## DES CARACTÈRES CLINIQUES

### DE L'ALIÉNÉ INOFFENSIF ET DE L'ALIÉNÉ DANGEREUX

Par le docteur E. Marandon de Montyel,

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

I

L'open-door, c'est-à-dire l'asile aux portes ouvertes, fait tout doucement son chemin et recrute des partisans parmi nous. Quand, après avoir consciencieusement et impartialement expérimenté durant cinq ans dans mon service, à mes risques et périls et grâce à une bienveillante tolérance de l'administration, la méthode de liberté, j'ai entrepris, il y a quatre ans, de publier les excellents résultats que j'en avais retirés et de tâcher d'en obtenir l'application en France, j'étais loin de prévoir que le système nouveau, si opposé au nôtre basé au contraire sur l'isolement, serait accueilli avec une telle faveur dans certains milieux. Je m'attendais à une vive résistance et elle n'a pas manqué de se produire ardente au sein de la Société médico-psychologique qui, quand elle m'a vu soutenu par M. Toulouse, M. Pactet, M. Collin, s'est empressée de clore la discussion, de peur que d'autres jeunes ne vinssent donner l'assaut aux vieilles institutions qu'elle vénère et applique. Mais, par contre, nous avons trouvé dans le docteur Dubois et le docteur Brousse, conseillers municipaux de Paris, des défenseurs convaincus, et grâce à leurs efforts, le conseil général de la Seine paraît acquis aux idées que nous préconisons. Il a commencé, en effet, par envoyer, en Écosse, une mission chargée d'étudier sur place les asiles ouverts, mission qui est revenue de son voyage convaincue et enthousiasmée; puis, elle vient ces jours derniers, dans sa session de juin, de décider, sur le rapport de M. Thuillier, acquis également à la réforme, que le nouvel établissement actuellement en cours de construction à la Maison-Blanche et destiné d'abord aux deux sexes, serait unisexué et ne recevrait que des femmes, afin de permettre une très large application de la thérapeutique de liberté, tout danger de mélange des sexes étant par là écarté.

Ainsi, dans la Seine, le Conseil général est entré déjà dans la période d'application, et il faut espérer, Paris donnant d'ordinaire le ton à la province, que les autres départements ne tarderont pas à suivre son exemple. Quoi qu'il en soit, les aliénistes ici sont appelés à appliquer à bref délai la nouvelle thérapeutique des aliénés, et nous n'avons jamais dissimulé qu'elle accroîtrait dans de grandes proportions la responsabilité médicale, car il faudra désormais distinguer les inoffensifs des dangereux, les malades susceptibles de jouir d'une grande liberté, sans inconvénient pour l'ordre et surtout la sécurité publics, de ceux qui doivent être tenus isolés. Jusqu'ici on est parti de ce principe faux, ainsi que nous le démontrerons tout à l'heure, que tout aliéné, par le fait seul de sa maladie, était susceptible de devenir dangereux, et alors on a bouclé indistinctement tout le monde. L'expérience réalisée à l'étranger et en France même dans mon service depuis neuf ans a prouvé surabondamment que 30 à 40 p. 100 au plus des hôtes de nos asiles devaient être tenus enfermés, et que 60 à 70 p. 100 d'entre eux pouvaient être libres au plus grand profit de leur guérison.

On a essayé d'égarer l'opinion publique et de l'effrayer en racontant que nous demandions les portes ouvertes pour *tous* les aliénés et que nous émettions la prétention de les rendre *tous inoffensifs*. Et alors une campagne a été organisée dans la presse scientifique pour démontrer qu'il y avait... des fous dangereux! A l'heure actuelle encore, M. Ritti recueille, pour les insérer dans les *Annales médico-psychologiques*, tous les faits divers des journaux relatifs aux méfaits commis par les aliénés en liberté. C'est enfantin; nous avons seulement soutenu et nous soutenons toujours que, s'il y a des aliénés dangereux, il y en a en plus grand nombre encore qui ne le seront jamais et qu'il est tout à la fois irrationnel et inhumain de leur appliquer à tous le même mode d'hospitalisation. Qu'on ait des asiles fermés pour les premiers, soit, mais qu'on ait, en même temps, l'open-door, c'est-à-dire des asiles ouverts, pour les seconds. Ainsi surgit cette grave question : comment distinguer le malade qui restera inoffensif et pourra bénéficier de l'open-door, de celui qui est susceptible d'être dangereux et devra être isolé? C'est le problème difficile du pronostic de la criminalité dans la folie auquel la récente décision du Conseil général de la Seine donne une grande actualité. Le moment est donc opportun de l'examiner et de s'efforcer de le résoudre.

Les adversaires de l'open-door partent, avons-nous dit, de ce principe erroné, que tout aliéné, du fait seul de sa maladie, est susceptible d'être un jour ou l'autre un danger et ils en concluent que c'est s'exposer aux pires catastrophes que d'appliquer la nouvelle méthode. Pour ma part, je l'applique depuis *neuf ans et je suis encore à attendre mon premier accident*; à l'étranger, il a été établi que ceux-ci sont plus rares dans les asiles ouverts que dans les asiles fermés. La question de fait est donc jugée. Il importe toutefois de démontrer la fausseté du principe invoqué, et aussi de dégager les signes cliniques qui guideront l'aliéniste et lui permettront de pronostiquer la criminalité possible chez un malade. Déjà, en 1891, nous avons traité ce sujet à la Société médico-psychologique, lors de la discussion sur les aliénés dangereux soulevée par M. Falret, mais il nous a paru utile de reprendre en la complétant notre communication de cette époque, aujourd'hui que la question est d'un intérêt pratique immédiat.

Non, mille fois non, il n'est pas exact que tout aliéné est susceptible d'être dangereux. L'expérience de tous les jours proteste contre une telle assertion. La distinction des malades en inoffensifs et dangereux est la base même de l'organisation intérieure des asiles; elle répond donc à un fait d'observation journalière. Si la théorie était vraie, si le crime n'était pas exclusif d'une certaine catégorie de délirants, un tel groupement ne serait pas justifié. Et puis, qui n'a connu de ces malades aussi inoffensifs qu'exaltés, qui respectent la personne humaine, au milieu de leurs égarements les plus grands, de leurs emportements les plus violents? Il n'est pas jusqu'à certains épileptiques, réputés les plus terribles de tous les aliénés, qui ne tranchent sur leurs camarades par leur douceur. Lunier, lui-même, a été forcé de le reconnaître, lui qui, plus que tout autre, affirmait que tout fou est à redouter. Enfin, ils sont légion, les malades qui ont vécu toute une vie de folie, qui, pendant vingt et trente ans, ont parcouru tous les degrés de l'aberration la plus complète et souvent la plus terrible, et meurent innocents de toute violence, même de toute tentative de violence. Il est donc des aliénés, et en très grand nombre, qui jamais ne sont criminels, qui jamais ne présentent aucune tendance à l'être.

Cela est si évident que les aliénistes qui acceptent que tous les aliénés, sans exception, sont susceptibles d'être, à un moment donné, entraînés au meurtre, au vol ou à l'incendie, s'efforcent, immédiatement après avoir émis ce principe intransigeant, de distinguer, par une étrange contradiction, les fous dangereux des fous inoffensifs. Ainsi pour M. Falret, la possibilité du crime à un instant de l'évolution de toute vésanie est certaine, ce qui ne l'empêche pas de se livrer à une très remarquable étude clinique, négation même de cette assertion, de laquelle il conclut avec une rare sagacité aux conditions nécessaires pour le passage à l'acte. Le grand clinicien Morel, après avoir accepté cette même possibilité du crime dans tous les cas, s'empresse d'écrire : « La clinique nous fournit des données certaines pour distinguer les fous dangereux de ceux qui ne le sont pas. » M. Christian, lui aussi, croit que tous les malades ont, pour se servir d'une expression chère à Renaudin, la virtualité criminelle, et tout de suite, après avoir émis cette opinion, il n'hésite pas à demander que l'aliéné ayant commis un crime, fût-il guéri, on a bien lu, fût-il guéri, reste isolé comme s'il était un être d'exception. Mais celui qui résuma avec le plus de force et d'illogisme toutes ces contractions, ce fut Lunier, dans une formule qui mérite d'être rappelée : « Je considère, en *principe*, tous les aliénés comme dangereux, mais je m'empresse d'ajouter, *qu'en fait*, il y a d'assez nombreuses exceptions. »

Nous dirons donc que le crime n'est pas partie constitutive de la folie, qu'il est indépendant d'elle, quelque chose de surajouté à elle dans certains cas. Quels sont ces cas, et comment les prévoir, tel est le problème que l'aliéniste aura désormais à résoudre pour chaque malade avec la nouvelle méthode d'hospitalisation par l'open-door, que le Conseil général de la Seine, sous la vigoureuse impulsion du docteur Dubois et du docteur Brousse, paraît décidé à appliquer dans ses asiles. Déclarons tout de suite que, s'il y a des aliénés dangereux et des aliénés criminels, il n'y a pas de maladies mentales criminelles et de maladies mentales inoffensives. Sans doute, le crime est plus fréquent dans certaines formes mentales que dans d'autres, et tout à l'heure nous montrerons que dans les variétés dégénératives, il est très rare, mais, là encore, il peut par exception se produire. La vérité clinique est par conséquent qu'on rencontre toutes les vésanies avec toutes leurs évolutions chez les aliénés les plus dangereux et chez les aliénés les plus inoffensifs. Dès lors, il apparaît clairement que c'est le malade, *son état d'âme*, comme on dit aujourd'hui, qui constitue la criminalité dans la folie, non la maladie mentale dont il est atteint, puisqu'à côté d'un aliéné criminel, un autre, frappé du même mal, ne le sera pas. Or, quels sont les moyens que nous possédons actuellement pour connaître cet état d'âme de l'aliéné qui engendre le crime. Ils sont très aléatoires, comme on va voir.

Jusqu'ici le pronostic des dangers dans la folie se tire des actes déjà commis, du caractère antérieur, du milieu, de la forme mentale, et de son évolution. De ces éléments d'appréciation, un seul a une valeur positive, celui des actes antérieurs. Un malade, en effet, qui a déjà tué ou tenté de tuer avant son entrée à l'asile, ou depuis qu'il y est, a fourni largement la preuve de son tempérament criminel, et, sous aucun prétexte, avant guérison complète et durable, il ne doit bénéficier de l'open-door. Aussi nous a-t-il été impossible l'an dernier de prendre la défense de notre collègue de province que condamna un tribunal pour avoir envoyé au travail le long d'une route publique, dans un champ non clôturé, un aliéné meurtrier qu'il dénonçait dans un rapport officiel, quelques jours auparavant, comme ayant toujours les mêmes hallucinations et les mêmes conceptions délirantes de persécution et qui assomma un passant. Cet aliéniste invoqua à sa décharge l'open-door, la nouvelle hospitalisation par la méthode de liberté. C'est avec de telles exagérations qu'on perd les meilleures causes. S'il est une catégorie d'aliénés qui figure en tête des 30 à 40 p. 100 de ceux auxquels le système n'est pas applicable, n'est-ce pas précisément celle des malades qui ont déjà tué et montré par là toutes leurs tendances criminelles, alors surtout qu'ils sont toujours aussi aliénés?

Quant à la forme mentale et à son évolution, elle n'apportera aucune certitude, puisque nous avons reconnu un peu plus haut que, dans toutes les vésanies et à toutes leurs phases, on trouvait, côte à côte atteints du même mal et à la même période, des malades inoffensifs et dangereux. D'un autre côté, si l'influence du milieu n'est pas contestable dans la vie libre, cet élément ne saurait apporter non plus aucune lumière pour ce milieu spécial, commun à tous, qu'est l'asile. Reste le caractère antérieur sur lequel avec raison a insisté M. Falret. S'il est fait de révolte et de violence, il est un indice quasi-certain; les faits cliniques sont là pour le prouver et réfuter l'assertion de M. Christian que certains sujets peuvent devenir meilleurs sous l'influence de leur maladie mentale. La vérité est que la folie porte à leur apogée les dispositions criminelles antérieures en enlevant le contre-poids de la raison et de la volition; aussi les condamnés devenus aliénés sont-ils les pires des malades, comme l'a constaté Meyer, de Broadmor, comme je l'ai constaté moi-même à l'asile de Marseille qui reçoit les malades des pénitenciers de l'Algérie et de la Corse, comme de son côté l'a constaté M. Brunet sur les prisonniers aliénés de Gaillon, évacués à l'expiration de leur peine sur l'asile d'Évreux.

Je crois en conséquence qu'il convient de n'appliquer l'open-door qu'avec précaution aux malades n'ayant commis aucun acte criminel avant leur admission, mais qui ont fourni les preuves jadis d'un caractère agressif et vio-

lent. Le malheur est que les renseignements certains sur ce point manquent le plus souvent et d'un autre côté il n'est pas rare que la maladie mette à nu des dispositions mauvaises qui jusqu'alors étaient restées latentes ou encore réfrénées par la volition du sujet sain d'esprit.

Telles sont les seules ressources dont nous disposons; elles sont faibles et aujourd'hui qu'une méthode nouvelle d'hospitalisation s'inaugure basée précisément sur le pronostic de la criminalité et de la non-criminalité chez les aliénés, il me semble indispensable de chercher à les compléter. Or, la clinique mentale a donné, je crois, tout ce qu'elle pouvait donner, et nous venons de voir que ce tout se résumait d'un mot : incertitude. En tout cas, il est certain que de longtemps encore, sinon même de tout temps, rien ne sera ajouté aux magistrales données formulées par Lunier et M. Falret. Rester sur ce terrain de la clinique mentale qu'ils ont remué jusque dans ses moindres recoins et qu'ils ont épuisé, c'est nous condamner dès lors au *statu quo*. Il faut donc chercher ailleurs, mais où? Je réponds sans hésiter : dans le vaste domaine encore inexploré de l'anthropologie criminelle. (*A suivre.*)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 septembre 1898. — Présidence de M. CAVENTOU.

### RAPPORTS

**Radiographie et radioscopie.** — M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation adressée par MM. Marcus et Boisson, médecins militaires. Il s'agit d'un soldat qui, dans une crise d'hystérie, s'est tiré une balle de revolver de 7 millimètres dans la région sous-thyroïdienne. Par l'examen direct, par le toucher du côté du pharynx, il était impossible de rien sentir. Cependant, le blessé souffrait et avait un peu de dysphagie. A l'aide de la radiographie et de la radioscopie, MM. Marcus et Boisson ont pu déterminer exactement le siège de la balle et procéder à son ablation. Ils l'ont trouvée dans les fibres du muscle hyo-glosse. Les suites de l'opération ont été des plus favorables. Cet homme était atteint d'une hémiplégie hystérique qui a disparu après cette intervention.

**Prix Herpin.** — M. CHAUVEL lit le rapport sur les six mémoires adressés pour le prix Herpin.

Les conclusions de ce rapport seront discutées en comité secret.

### LECTURES

**Critique de la méthode de Schwartze dans le traitement de la mastoïdite aiguë.** — M. GARNAULT a réopéré une jeune fille, opérée déjà près d'un an auparavant, par la méthode de Schwartze. La plaie extérieure n'était pas cicatrisée, il s'en écoulait constamment un pus fétide, la malade se plaignait de violentes douleurs locales, de continuels maux de tête et devait porter constamment un pansement. Après la nouvelle opération, qui consista en un évidement du conduit osseux après décollement du conduit membraneux, la cicatrisation extérieure fut complète au bout de huit jours, la plaie intérieure du conduit se cicatrisa en six semaines, l'audition pour la grosse montre est passée de 7 centimètres à 3 mètres.

M. Garnault conseille le procédé qu'il a employé aussi bien dans les cas aigus que dans les cas chroniques; en effet, si sa malade eût été opérée ainsi d'emblée, il n'aurait pas eu à la réopérer; on évite ainsi toute trace extérieure d'opération, on pénètre beaucoup plus facilement et plus sûrement jusqu'à l'antre, le drainage des cavités suppurantes est plus complet et plus sûr, la guérison plus rapide. On peut toujours, comme cela a été fait dans le cas rapporté, respecter la caisse et les organes de la transmission, mais ce n'est peut-être pas un avantage, si l'on considère les excellents résultats pour l'audition, que donne la mobilisation de l'étrier, après l'extraction des gros osselets, dans les cas chroniques.

**De l'hérédo-syphilis dans l'étiologie du tabes spasmodique congénital.** — M. CADET DE GASSICOURT lit un travail de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) sur les liens qui unissent l'hérédo-syphilis au tabes spasmodique congénital. L'auteur cite les observations de trois enfants chez lesquels le type de Little ne laissait rien à désirer; dans les trois cas le père avait contracté la syphilis avant son mariage, et l'hérédité spécifique se traduisait par des stigmates indéniables.

D'un autre côté, aucune autre affection virulente n'avait été observée chez leurs ascendants ni chez eux. Il faut pourtant noter l'hystérie de la mère dans un cas, l'épilepsie maternelle dans un autre fait, enfin la coïncidence de la rigidité spasmodique congénitale chez le frère de l'un des petits malades. Ils sont tous nés à terme, et une seule fois l'accouchement fut laborieux.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 septembre 1898, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

*Au grade de médecin principal de première classe de réserve.* — MM. Duchemin et Bresson.

*Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale.* — M. Florance.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — M. Durget.

*Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve.* — MM. Nicolas et Coup.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve.* — MM. les docteurs Maire, Simonin, Sourisse, Bonnard, Théret, Thomas, Roché, Verdelet, Laroche, Soulier, Poitout, Modrin, Loiselet, Kéranguyader, Hurtrel, Faivre d'Arcier, Villanova, Teissier, Verny, Veillon, Vézinat, Bonin, Jolly, Bachimont, Audureau, Thébaud, Séguin, Vigan, Bestion, Gignoux, Daday, Richard, Girma, Carpanetti, Vialard-Goudou, Cavalié, Clément, Chalchat, Combe, Sibut, Veillon, Faure, Demange, Pichot, Verronneau, Baillière, Brachet, Souleyré.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les docteurs Tavernier, Berthoud, Wassilieff.

*Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de réserve.* — MM. les pharmaciens de première classe Guyonneau, Beau, Lefranc, Bouvier, Mesple, Baudot, Jandin, Maitre, Augrand, Boissel, Martel, Bonzoms.

— Par décision ministérielle, en date du 17 septembre 1898, les médecins principaux de deuxième classe dont les noms suivent ont été inscrits, à la suite du tableau d'avancement de 1897, pour le grade de médecin principal de première classe :

M. Millet, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Verdun; M. Bachelet, de l'hôpital militaire de Nancy.

— MM. les docteurs Palasne de Champeaux et Espieux, nommés médecins principaux dans la réserve de l'armée de mer, seront affectés, en cette qualité, le premier au port de Lorient, le second au port de Toulon.

— M. le médecin de deuxième classe Charuel, du port de

Brest, passera à Paris les mois de novembre et décembre 1898, pour suivre les cours de bactériologie.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 août 1898, rendu sur la proposition du conseiller d'État, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, l'arrêté ministériel du 14 juin 1898, aux termes duquel M. le docteur Marchegay est nommé inspecteur des Enfants assistés de la Seine, en remplacement de M. le docteur Thirault, est rapporté.

M. le docteur Thirault est maintenu dans les fonctions d'inspecteur des Enfants assistés de la Seine.

— L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu le jeudi 27 octobre 1898. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie où ils résident. Les registres d'inscription seront clos le jeudi 20 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

A. *Régime du* 31 *juillet* 1893. — 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. — L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. Les épreuves consisteront en une épreuve d'anatomie (névrologie, splanchnologie) et une composition d'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de physiologie et une composition de chirurgie.

B. *Régime du* 20 *juin* 1878. — 1° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie, anatomie des régions) et une composition d'histologie et de physiologie.

2° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la deuxième partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur une composition de médecine et une composition de chirurgie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Crocq (de Bruxelles), et Vauvray, médecin en chef de la marine en retraie.

---

**De la médication sulfurée,** par le docteur Ferras, ancien interne des hôpitaux de Paris, préface d'Albert Robin, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-18 jésus de 248 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

**Amélie-les Bains.** Le climat et les eaux sulfureuses, par le docteur G. Merris. In-16. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 109. — SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1898. 71e ANNÉE SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1898. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

| | | | |
|---|---|---|---|
| FRANCE | 3 mois : 8 fr. 50. | — 6 mois : 16 fr. | — 1 an : 30 fr. |
| UNION POSTALE. | 3 mois : 10 fr. | » — 6 mois : 18 fr. | — 1 an : 35 fr. |

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## TRAITEMENT CHIRURGICAL DU GOITRE

(CANCER ET GOITRE EXOPHTALMIQUE EXCEPTÉS)

Rapport devant être lu au Congrès français de chirurgie par le professeur J.-L. REVERDIN (de Genève).

Après avoir rappelé les progrès considérables qu'a faits le traitement chirurgical du goitre, M. Reverdin établit une classification et divise les goitres en diffus et circonscrits ou enkystés; les premiers comprennent les goitres folliculaires, vasculaires et fibreux; les seconds, les adénomes, les kystes et bon nombre de tumeurs mixtes. En outre, il y a des anomalies de situation dont il faut tenir compte : goitres plongeants, rétrosternaux, rétroclaviculaires, endothoraciques, rétrotrachéaux, rétropharyngiens, goitres accessoires vrais ou faux. Enfin certaines complications inhérentes à la situation de la tumeur, ou surajoutées, déformations, ramollissement de la trachée, inflammation le plus souvent aiguë, quelquefois chronique, devront être étudiées au point de vue des indications spéciales qu'elles entraînent.

I

**Indications et contre-indications.** — « Le goitre n'est pas seulement une maladie disgracieuse, mais dans un bon nombre de cas dangereuse soit par elle-même, soit par les lésions qu'elle détermine du côté des organes de la respiration et de la circulation; mais il faut distinguer entre les goitres ceux qui par leur volume et leur nature sont justiciables d'une opération chirurgicale et ceux dont un traitement non chirurgical pourra débarrasser le porteur. Ces derniers sont en général diffus, se développent souvent dans l'enfance ou l'adolescence, donnent lieu à une augmentation de volume de toute la glande, sont assez souvent vasculaires; ils cèdent soit au traitement médical iodé ou iodoformé, soit au traitement thyroïdien et ne donnent lieu à aucune indication opératoire. Dans les pays goitrigènes on distingue facilement ces formes avec un peu d'habitude. Cependant on peut parfois s'y tromper et c'est une règle généralement adoptée de tenter, même si l'on n'en espère pas la guérison, le traitement médical avant d'en venir à une opération. Je crois même avoir remarqué, Sulzer a fait une observation analogue, que pour les adénomes ou les kystes qui ne cèdent pas au traitement en question, il a cependant l'avantage, peut-être en décongestionnant l'enveloppe glandulaire, de rendre plus apparente la tumeur et d'en rendre l'énucléation plus facile.

Il faut du reste, pour que le traitement médical soit justifié, qu'il n'y ait pas d'accidents pressants; dans tous les autres cas on fera bien d'en tenter les effets.

Nous pouvons diviser les indications opératoires en indications d'*urgence*, de *nécessité* et de *complaisance* ou, comme on le dit aussi, *indications cosmétiques*.

Il y a indication d'urgence dans deux cas : troubles respiratoires menaçants et inflammation septique.

La dyspnée progressive exagérée par le moindre effort, les accès de suffocation nocturnes, quelquefois nocturnes et diurnes, ce qui est encore plus grave, sont une menace de mort subite et il n'y a ni hésitation ni temporisation possibles; les causes de ces accidents pouvant du reste être dues à la compression de la trachée ou des nerfs, à la situation de la tumeur, rétrosternale, endothoracique, circulaire, etc. L'inflammation spontanée ou provoquée de son côté indique l'intervention urgente soit pour combattre la septicité, soit par le fait de phénomènes de compression trachéale dus au gonflement de la tumeur.

Les indications de nécessité sont beaucoup plus variées; ce sont en premier lieu tous les troubles fonctionnels plus ou moins graves qui accompagnent le goitre et en sont la conséquence et qui n'ont point cédé au traitement médical suffisamment éprouvé : les troubles dyspnéiques plus ou moins accusés mais non encore dangereux pour la vie, les troubles de la phonation dus à la compression nerveuse, les troubles de la déglutition dus soit à l'accroissement rapide de la tumeur, soit à sa situation (goitres rétropharyngiens, de la base de la langue), les troubles de la circulation, soit lésions cardiaques, soit simples troubles fonctionnels, dans quelques cas, phénomènes analogues à ceux du goitre exophtalmique; Roux ajoute à cette liste les douleurs et le nervosisme attribuable à la présence du goitre.

Une autre catégorie d'indications de nécessité sont tirées de la nature de la tumeur, de l'échec du traitement médical et de l'accroissement du néoplasme. Les goitres diffus qui n'ont pas cédé au traitement médical poursuivi avec persévérance et les goitres enkystés qui n'y cèdent pas en général, qui d'autre part ont une tendance à s'accroître, ne tarderont probablement pas beaucoup à amener des phé-

nomènes de compression plus ou moins sérieux et il est préférable de les prévenir que de les attendre. A plus forte raison l'indication se pose-t-elle si la croissance est rapide.

Dans quelques cas, le goitre, surtout le goitre kystique, est susceptible d'acquérir un volume exceptionnel (Mayor, Pérani, Kocher, Brun's), pendant jusqu'à l'ombilic, pesant 10 livres (Brun's); autrefois ce volume colossal constituait une contre-indication pour Lücke, la perte de sang étant par trop dangereuse; nous sommes mieux armés aujourd'hui et le succès de Brun's montre combien les choses ont changé. Enfin les chirurgiens qui pratiquent dans les pays à goitre savent que le goitre est, comme l'a dit Kauffmann, un excellent terrain de développement des tumeurs malignes; pour ma part j'ai vu un bon nombre de ces tumeurs et une seule d'entre elles s'était développée dans une thyroïde en apparence normale; il y a donc de ce fait un avantage prophylactique à débarrasser de leur tumeur encore bénigne les porteurs de goitres simples.

Peut-on opérer le goitre par pure raison de coquetterie, pour supprimer une saillie disgracieuse, alors qu'aucun trouble fonctionnel ne s'est produit et que d'autre part le traitement médical s'est montré inefficace? Il n'y a pas longtemps que l'on n'aurait pas hésité un instant à répondre par la négative et cette manière de résoudre la question était parfaitement justifiée, les opérations dirigées contre le goitre étant alors entourées de dangers que l'on ne devait affronter que pour des raisons sérieuses. Il n'en est plus du tout ainsi aujourd'hui; nous verrons que la mortalité générale de l'énucléation intraglandulaire est, d'après mes documents, de 0,78 p. 100, et c'est l'opération le plus souvent indiquée dans les cas qui relèvent de l'indication cosmétique; la statistique générale qui donne cette proportion de mortalité renferme, qu'on le remarque bien, toutes les opérations d'énucléation, c'est-à-dire les cas faciles, mais aussi les cas moyens et les cas graves; je suis absolument convaincu que si l'on pouvait mettre à part la première catégorie, c'est-à-dire les cas faciles, on arriverait à une mortalité nulle ou absolument insignifiante. Nous enlevons bien les doigts surnuméraires, nous opérons bien des becs-de-lièvre simples qui n'occasionnent aucun trouble fonctionnel, pourquoi ne pas opérer les goitres petits ou moyens, simplement disgracieux, quelquefois tourmentant moralement leur porteur par la perspective de leur accroissement ou des accidents dont ils les menacent (Wölfler)?

*Contre-indications.* — Il n'y a pas très longtemps encore on considérait l'âge avancé du malade ou le volume excessif de la tumeur comme des contre-indications, il n'en est plus de même aujourd'hui. On ne compte plus les opérations pratiquées au delà de l'âge de cinquante ans que l'on ne devait pas dépasser d'après Boret, et d'un autre côté des succès ont été obtenus chez les nouveau-nés. Je dirai de même en ce qui concerne le volume de la tumeur; l'on connaît plus d'un exemple de tumeurs pesant 10 livres et extirpées avec succès.

La grossesse avancée est-elle une contre-indication et vaut-il mieux, comme Wölfler le disait, trachéotomiser et remettre l'opération à plus tard? question difficile et impossible à résoudre d'une façon générale. Il en est de même d'une anémie très prononcée et de complications pulmonaires ou bronchiques. Nous pouvons nous trouver en présence de cas des plus embarrassants de cette catégorie; en voici un exemple : je suis appelé auprès d'un malade atteint de suffocation due à un goitre endothoracique d'ancienne date, dont on sent uniquement le pôle supérieur déborder le sternum dans les secousses de toux, il y a complication de bronchite généralisée, un peu d'albuminurie, de la fièvre et du muguet; l'habitation du malade ne se prête nullement aux conditions d'asepsie nécessaires pour une opération grave et il paraît intransportable; pendant que nous essayons de le remonter et d'agir sur sa tumeur par les pastilles thyroïdiennes, il meurt brusquement dans la nuit.

Une condition qui pouvait faire hésiter devant une opération d'autre part urgente, c'est la perspective de ne pouvoir, une fois l'opération commencée, éviter la thyroïdectomie totale.

Nous sommes aujourd'hui en possession de procédés qui permettent de tourner des contre-indications de cet ordre. »

M. Reverdin aborde ensuite la description détaillée des méthodes et procédés opératoires depuis les injections interstitielles jusqu'aux thyroïdectomies totales, et réunissant tous les chiffres que lui ont fournis les statistiques qui lui ont été communiquées ou publiées, il arrive au chiffre de 6,103 opérations ayant donné 176 morts soit 2,88 p. 100.

Cette méthode est intéressante à comparer à différentes périodes et l'on arrive à constater que la mortalité qui en 1851 était de 31,4 p. 100 tombe successivement à 20 p. 100 en 1876, à 14,6 p. 100 en 1882, pour n'atteindre actuellement que 3 p. 100. Mais, il est évident que les différentes opérations ne sont pas comparables entre elles au point de vue de la gravité. L'extirpation totale est la plus dangereuse, elle donne 18,97 p. 100 de mortalité. La résection donne 6,66 p. 100, l'extirpation partielle 3,46, les méthodes combinées 2,99, enfin l'énucléation intraglandulaire n'atteint que 0,78 p. 100.

Cette statistique portant sur des milliers de cas donne une conclusion indiscutable. C'est que l'opération de Socin (énucléation) est infiniment supérieure à l'extirpation partielle.

Quelles sont les causes de la mort?

Ce sont les accidents du côté des organes de la respiration qui entraînent le plus grand nombre de morts. En réunissant les bronchites, pneumonies, bronchopneumonies, la suffocation et l'asphyxie et les accidents mortels consécutifs aux lésions des récurrents, nous obtenons le chiffre de 45 morts sur le total de 118.

Les causes de ces complications mortelles sont multiples; les déformations de la trachée sont le plus souvent l'origine directe des accidents de suffocation, de la mort subite, de l'asphyxie, et l'origine indirecte de nombre de pneumonies consécutives à la trachéotomie. C'est une raison pour ne pas attendre pour opérer les goitreux qu'ils en soient arrivés à la période dangereuse de leur affection, à celle des crises de suffocations dues aux compressions trachéales ou nerveuses. Un bon nombre de ces morts ne sont donc pas imputables au chirurgien, contraint d'opérer dans des conditions déplorables. Une seconde catégorie de décès sont ceux qui sont dus à la syncope, aux lésions cardiaques, au shock, au collapsus; nous avons en les réunissant la somme de 12 cas; une syncope est attribuée au chloroforme; la plupart des autres décès se sont produits dans des cas difficiles et graves, uniquement dans des extirpations totales (18 cas) ou partielles (4 cas).

Les hémorragies primitives, retardées ou secondaires ont donné 19 décès dont 5 pour l'extirpation totale, 6 pour les partielles, 0 pour l'énucléation, 2 pour les résections, 2 pour

les méthodes combinées, 1 pour l'évidement, 2 pour l'énucléation massive, 0 pour l'exothyropexie et 1 pour les ligatures artérielles. Pour le dire en passant, l'objection faite contre l'énucléation intraglandulaire tirée de l'abondance de l'hémorragie ne se trouve pas justifiée par ces chiffres, aucun décès ne lui étant imputable, tandis que nous avons 6 morts par hémorragie à la suite de l'extirpation partielle.

Les complications septiques ont fourni 13 décès dont 8 pour l'extirpation partielle et 0 pour l'énucléation de Socin, résultat encore à remarquer.

Enfin la tétanie a emporté 2 malades à la suite de l'extirpation totale; 1 à la suite de l'extirpation partielle; après la même opération dans 1 cas la mort a été consécutive au myxœdème combiné à la tétanie; ces deux complications n'ont amené la mort d'aucun opéré par les autres méthodes.

Les renseignements que nous trouvons dans la littérature relativement aux causes de mort ne sont malheureusement que rarement divisés suivant les méthodes opératoires suivies.

Je dois ajouter aux causes signalées dans ma statistique quelques accidents qui ne s'y trouvent pas mentionnés. Les uns sont des accidents attribuables au chirurgien, tels que l'entrée de l'air dans les veines (5 cas avant 1885, Rotter), les intoxications par l'iodoforme (Rotter), par le sublimé (Roux), les accidents par les anesthésiques [1 cas de bronchite attribuée à l'éther (Kocher), une mort par le chloroforme (Brun's)]; les autres sont indépendants de l'opérateur [pneumonies grippales (Kocher), delirium (Roux), affection rénale (Kocher), rupture de kyste dans la trachée (Juillard)].

On doit encore remarquer que la répartition des causes de mort a changé sous deux rapports; pour les deux périodes, dont l'une s'arrête à 1876 et l'autre à 1884, les accidents septiques et les hémorragies prédominaient dans la première, tandis que plus tard ce sont plutôt les accidents indépendants du chirurgien.

## II

**Accidents et complications des opérations de goitre.** — En dehors des cas de mort, nous avons à examiner les complications qui peuvent survenir à la suite des opérations de goitre sans entraîner de terminaison fatale, et si possible faire la part relative des dangers de chaque méthode sous ce rapport.

Ces complications peuvent être divisées en trois catégories : *accidents dus aux lésions des organes voisins pendant l'opération*, *accidents dus à l'infection*, *accidents dus à la suppression de l'organe glandulaire thyroïdien*.

Lésions des vaisseaux. — *Veines*. — Les lésions des veines de la région thyroïdienne sont dangereuses parce qu'elles exposent à l'entrée de l'air; je connais au moins 9 cas de ce genre, terminés par la mort, publiés; le plus souvent, ce sont les veines thyroïdiennes qui avaient été blessées, mais l'accident est survenu une fois à la suite de la lésion de la jugulaire antérieure. Le précepte de pincer ou de lier en deux points chaque veine avant de la couper doit être absolument respecté. L'énucléation, dans laquelle nous ne risquons pas, comme dans l'extirpation, la déchirure des veines inférieures et mal surtout, présente une supériorité sous ce rapport.

Je ne vois plus signalées maintenant les blessures des gros troncs veineux, jugulaire interne, tronc brachio-céphalique, autrefois observées.

*Artères*. — Nous devons distinguer ici l'hémorragie primitive et retardée des hémorragies secondaires proprement dites.

Ces dernières, anciennement fréquentes, ont à peu près disparu avec l'antisepsie et l'asepsie; c'est, je le crois, à l'infection que l'on peut attribuer une hémorragie secondaire mortelle (Jenny) à la suite de l'énucléation, la température monta à 40 degrés, ou celle que Jaboulay observa après une exothyropexie compliquée de gangrène. Les hémorragies retardées sont dues soit aux efforts du malade (vomissements, toux), soit au glissement des ligatures observé surtout pour la thyroïdienne supérieure; soigner le plus possible l'hémostase, telle est la conséquence à tirer.

Quant à l'hémorragie primitive, la technique perfectionnée permet de mener à bien, sans accidents de ce genre, la plupart des opérations de goitre; l'on n'observe plus, dans les opérations de goitres simples, les lésions accidentelles des gros troncs et la ligature de la carotide primitive ne devient parfois nécessaire que dans les tumeurs malignes.

Les méthodes opératoires dans lesquelles les artères principales sont liées préalablement à l'attaque de la tumeur permettent d'opérer pour ainsi dire à blanc; c'est le cas de l'extirpation partielle suivant la technique de Kocher, de la résection, des ligatures artérielles. Il n'en est pas de même avec les procédés de Wolff, de Hahn, de Zœge von Manteuffel, que je crois dangereux sous ce rapport; la compression de Wolff est évidemment insuffisante, c'est l'opinion générale; la forcipressure temporaire de Hahn ne nous donne pas de garanties suffisantes pour les suites de l'opération, et je ne me fierais pas à la simple suture sans ligatures après une résection faite suivant le procédé de Zœge von Manteuffel.

Billroth avait déjà remarqué la fragilité des artères dans le goitre, et cette particularité, constatée par d'autres, a été dernièrement vérifiée anatomiquement par Jorey; il faut donc procéder avec ménagements dans la dénudation et le pincement des thyroïdiennes.

Une des principales objections que l'on fait à la généralisation de l'énucléation, c'est l'hémorragie à laquelle elle donne lieu; Kocher et ses élèves ont particulièrement insisté sur ce point. Il est parfaitement exact que, dans le temps de l'énucléation proprement dite, la capsule glandulaire saigne quelquefois abondamment, qu'il y a sous ce rapport une progression graduelle, depuis les kystes, qui occasionnent en général une hémorragie peu abondante, parfois absolument insignifiante, jusqu'à certains adénomes, qui en fournissent une forte; il est encore vrai que quelquefois des opérateurs exercés se sont vus dans l'obligation d'abandonner l'énucléation commencée et de faire l'extirpation ou la résection; mais il ne faut pas exagérer l'importance ordinaire de la perte de sang ni la proportion des cas où l'énucléation entreprise n'a pu être menée à bien; sur 33 énucléations, j'ai eu une seule fois une hémorragie un peu forte, mais non alarmante. »

C'est à peu près la proportion des statistiques de Socin et de Brun's.

« Il sera bon néanmoins de tenir compte de ce danger et préférer l'extirpation dans les tumeurs très vasculaires, quand on peut leur reconnaître d'avance ce caractère, ou transformer l'énucléation entreprise en un autre procédé,

si l'on se trouve aux prises avec une hémorragie par trop forte.

Je me suis demandé si la façon de pratiquer l'énucléation a une influence sur la perte de sang; vaut-il mieux aller vite, comme le pensent Auguste Reverdin et J. Bœckel? Je ne le crois pas; je pense, au contraire, qu'en allant lentement on a plus de chances d'étirer les vaisseaux avant qu'ils se rompent; il est clair que, si l'on est surpris en chemin par une hémorragie très abondante, il est alors indiqué de terminer rapidement l'énucléation afin de pouvoir saisir les vaisseaux. Je pense aussi que, si l'on énuclée régulièrement et proprement les nodules, sans les pénétrer et sans déchirer la coque glandulaire, on a des chances de perdre moins de sang, et c'est pour cette raison que je ne crois pas l'énucléation massive de Poncet recommandable; nous trouvons, dans notre statistique, 2 cas d'énucléation massive terminés par la mort par shock hémorragique.

Nerfs. — Les lésions nerveuses le plus souvent indiquées à la suite des opérations de goitre sont celles des récurrents; il est, du reste, difficile de savoir exactement quelle est leur fréquence, vu la rareté de données exactes et complètes sur ce point; je ne puis malheureusement me baser sur les résultats de mon enquête, ne sachant pas exactement quelle est la proportion des opérés examinés et laryngoscopés. Les chirurgiens le plus au courant de cette question sont d'accord pour admettre que le récurrent peut être lésé en deux points et pendant deux des temps de l'opération : dans son tronc ou ses premières branches de bifurcation au moment de la ligature de la thyroïdienne inférieure et, plus loin, entre ce point et le cartilage cricoïde pendant la séparation des parties postérieures de la tumeur au voisinage de la trachée. Les lésions peuvent consister en section, ligature, pincement, contusion, tiraillement, imbibition par des liquides irritants et, plus tard, compression par le tissu cicatriciel. Enfin, ces lésions peuvent donner lieu à des paralysies localisées aux muscles des cordes ou étendues à l'épiglotte (section du tronc, Wölfler) amenant soit des troubles de la phonation seule, soit aussi plus étendus, ou à des phénomènes irritatifs, à des spasmes de la glotte, comme l'a fait voir Richelot (ligature).

Autrefois, lorsque l'on pratiquait l'extirpation totale, on a pu observer des cas de mort subite par ligatures des récurrents ou peut-être même d'un seul; actuellement, l'abandon de cette opération et des inondations antiseptiques nous met à l'abri de ces catastrophes. Mais les troubles de la phonation doivent être évités si possible.

Les chirurgiens se sont ingéniés à modifier l'intervention de façon à nous garantir contre toute lésion de ce nerf particulièrement sensible. Les uns ont pensé, comme Billroth, Bottini, Wölfler, obtenir ce résultat en liant la thyroïdienne inférieure tout près de la tumeur; Kocher, au contraire, veut qu'on aille la chercher sur le bord interne de la carotide et que, pour plus de sûreté, on n'y place qu'une seule ligature. Cependant, il semble que ce procédé ne l'ait pas entièrement satisfait, puisqu'il a modifié sa technique en laissant un fragment de la tumeur dans l'angle trachéal, le nerf pouvant encore être lésé dans ce point. Certains opérateurs préfèrent rechercher le récurrent, le préparer et le voir; d'autres évitent de le découvrir, crainte de le blesser. En tous cas, il faut absolument se garder, dans la région du nerf, de toutes les manœuvres aveugles, que je considère comme dangereuses; le procédé de Hahn, celui de Doyen, exposent à pincer le nerf avec l'artère, la compression de Zœge von Manteuffel me semble aussi hasardeuse et, à plus forte raison, la ligature élastique de Bose.

Sous le rapport des accidents qui m'occupent en ce moment, l'énucléation intraglandulaire présente des avantages marqués; faite avec douceur, régulièrement, elle doit théoriquement nous mettre absolument à l'abri; il n'en est pas tout à fait ainsi, parce que très probablement quelquefois les manœuvres, rapides par nécessité, peuvent tirailler le nerf à travers la capsule; cependant, si nous en croyons Bergeat et Bally, qui n'ont constaté le premier que 2 cas de parésie des cordes sur 179 énucléations, et l'autre 1 cas sur 58, et que nous rapprochions ces chiffres de celui que donne Kocher pour ses 900 opérations, en grande majorité des extirpations, soit 7 p. 100, l'avantage est pour l'énucléation.

La résection de Mikulicz, tout en ménageant le tronc du nerf, ne nous met pas à l'abri de toute lésion au voisinage de la trachée; l'énucléation massive de Poncet me rassure encore moins, puisque l'on est exposé à sortir par places de la capsule.

Quant à la ligature artérielle, plusieurs des procédés que j'ai indiqués nous éloignent du récurrent, et l'exothyropexie, faite précisément en évitant la région de la thyroïdienne inférieure, doit être et paraît effectivement avoir été innocente de tout méfait de ce côté.

Si les opérations de goitre exposent à léser le récurrent, il ne faut pas oublier que, d'un autre côté, elles peuvent faire disparaître des troubles de la phonation dus à la compression du nerf par le goitre; ce fait, contesté par Julliard autrefois, est maintenant parfaitement établi et admis par tous.

*Laryngé supérieur.* — Wölfler croit que ce nerf a dû être lésé plus souvent qu'on ne pense et que sa lésion, en amenant l'anesthésie de la muqueuse du larynx, peut favoriser la pneumonie par aspiration.

Je passe sur les lésions de l'*hypoglosse*, observées une seule fois, et sur celles du *vague*, à peine admissibles dans les goitres non malins. Quant à celles du *sympathique*, plus fréquentes, elles sont encore rares dans les opérations ordinaires de goitre simple. On a cependant observé, chez quelques opérés, la dilatation de la pupille ou le myosis, la saillie ou, au contraire, la rétraction du bulbe oculaire; ce dernier phénomène a été rencontré à la suite de la ligature atrophiante (Wölfler, Rydygier); il y a à prendre garde au sympathique lorsque l'on fait la ligature de la thyroïdienne inférieure sur le bord interne du scalène, le nerf est tout voisin.

Trachée, larynx, œsophage, plèvre. — Les lésions accidentelles de la trachée et du larynx, de l'œsophage ou de la plèvre, sont tout à fait exceptionnelles, et quand elles se produisent elles s'expliquent soit par la situation anormale de la tumeur (goitres rétrotrachéaux, rétro-œsophagiens ou pharyngiens, rétrosternaux), soit par des adhérences de la tumeur avec les organes voisins.

Un phénomène qui mérite à peine le nom de complication est la *dysphagie*, ou plutôt les douleurs de la déglutition qui s'observent à la suite des opérations de goitre, de l'extirpation surtout, douleurs qui durent en général pendant quarante-huit heures et que l'on a attribuées à diverses causes, en particulier aux lésions du récurrent; comme cette dysphagie m'a paru constante, je crois qu'elle s'explique plus

simplement, pour la généralité des cas, par le fait que les mouvements de déglutition retentissent directement sur le foyer opératoire.

D'autre part, les dysphagies, dues à la compression du pharynx ou de l'œsophage par une tumeur thyroïdienne, guérissent par l'opération du goitre.

Accidents septiques. — L'infection septique était autrefois un des grands dangers des opérations de goitre, les suppurations diffuses, en particulier la médiastinite, emportaient plus d'un opéré ; elles sont devenues une exception actuellement. Cependant, la réunion par première intention absolue n'est pas toujours obtenue, mais je crois, sans pouvoir, il est vrai, en fournir la preuve, qu'il faut bien plus en accuser quelque faute commise, quelque défaut d'asepsie, que d'en chercher la cause dans la présence, non démontrée sérieusement, de microbes dans le liquide des kystes ou même dans les goitres parenchymateux, comme on l'a supposé. Fort heureusement du reste, que l'asepsie, même incomplète, si elle ne supprime pas la suppuration, en atténue, ici comme ailleurs, les dangers. Ces dangers sont accrus dès que des parties de tissus se trouvent dans des conditions inférieures de vitalité, et il peut en résulter la nécrose de moignons ligaturés dans la résection par exemple (Trzebicky), l'élimination après fistules prolongées de fils de soie. Naturellement, les opérateurs qui tamponnent de parti pris ou drainent avec des mèches de gaze iodoformée, au lieu de chercher la réunion immédiate, perdent les bénéfices des opérations aseptiques ; de même, les goitres exposés sont bien en danger d'être infectés, et c'est un des points faibles de l'exothyropexie.

On observe encore assez souvent, même dans les meilleures conditions d'asepsie, des pneumonies à la suite des opérations de goitre, soit que la trachéotomie ait été nécessaire, soit qu'elle n'ait point été faite. Il est souvent difficile de déterminer la vraie cause de cette complication, refroidissement, action de l'éther, infection propagée. Je suis très septique en ce qui concerne l'éther que l'on accuse de produire la pneumonie ; je n'en ai jamais observé qui puisse lui être attribuée.

Même en l'absence de toute suppuration du foyer opératoire et de toute complication viscérale, on observe assez souvent chez les opérés une fièvre plus ou moins durable, de deux ou trois jours à dix et même plus, avec ascension du thermomètre quelquefois à 40 degrés, souvent à 38, 38°5; Poncet et ses élèves l'attribuent à la résorption des produits de sécrétion de la glande et pour caractériser le fait l'ont baptisée : *fièvre thyroïdienne*. D'autres pensent qu'il s'agit d'une fièvre aseptique analogue à celle des grandes fractures par exemple ; discuter ce point m'entraînerait trop loin, qu'il suffise de dire que ce mouvement fébrile n'a aucune importance pronostique, et qu'au point de vue diagnostique il se distingue des fièvres septiques par l'absence de troubles généraux chez le malade. Remarquons encore que la fréquence de la fièvre en question varie beaucoup suivant les opérateurs ; Socin, par exemple, aurait eu 33 cas sur 53 sans aucune fièvre. D'autres, au contraire, en font presque la règle.

Accidents respiratoires. — Nous avons vu que la principale des indications d'urgence fournies par le goitre réside précisément dans les troubles menaçants de la respiration. A l'époque où les interventions directes dans cette maladie étaient encore dans l'enfance, on se contentait de pratiquer, et en général à la dernière extrémité, la trachéotomie ; ses résultats étaient déplorables. L'opération était par elle-même entourée de dangers, l'incision du tissu thyroïdien donnant lieu à des hémorragies graves, les canules pénétrant difficilement dans la partie comprimée de la trachée ou même n'arrivant pas, par défaut de longueur, jusqu'à l'obstacle. König, Salzer, Poncet ont fait construire des canules spéciales pour ces cas. Aujourd'hui, mieux éclairés sur les interventions directes, les chirurgiens sont d'accord pour recourir d'emblée à l'une des opérations dirigées contre le goitre et réservent la trachéotomie pour quelques cas exceptionnels d'accidents tellement graves que le temps manque pour faire plus, ou bien pour les cas où les conditions nécessaires pour mener à bien une opération de goitre font défaut, manque d'aides, d'outillage, accidents brusques pendant la nuit.

C'est alors que les instruments spéciaux que je viens d'indiquer rendront des services et que quelquefois aussi l'exothyropexie sera à sa place. L'une ou l'autre de ces interventions suffira parfois pour amener la régression de la tumeur ou pourra être suivie au bout de quelque temps d'une opération directe (Wolff).

Il peut arriver aussi que les accidents de suffocation menaçants se produisent au cours d'une opération de goitre ou au moment où l'extirpation vient d'être terminée ; il semble, dans ces cas, que le goitre servait en quelque sorte d'attelle à la trachée et dès que celle-ci cesse d'être soutenue la suffocation se produit. Jadis à la première menace, sous l'empire des idées de Rose, on s'empressait de trachéotomiser. L'on s'aperçut assez vite que les résultats des extirpations compliquées de trachéotomie étaient déplorables ; Billroth perdait 2 trachéotomisés sur 3 et Kocher 3 sur 4. On s'efforça dès lors d'éviter d'ouvrir la trachée et actuellement cette conduite est la règle ; Brun's, Czerny, Kappeler, Krönlein, Kocher, Roux et Socin, pour ne citer que ceux-ci, n'en font presque pas usage. La trachéotomie complique l'opération et ses suites en favorisant les inflammations broncho-pulmonaires et en rendant l'application correcte des mesures d'antisepsie ou d'asepsie impossible ou pour le moins très imparfaite ; le tubage du larynx avec respiration artificielle (Doyen) n'aurait pas cet inconvénient : mais le procédé paraît nécessiter une adresse consommée.

Cependant, que faire lorsque l'opéré suffoque et que l'obstacle à la pénétration de l'air est manifestement dans une altération trachéale, soit déformation en fourreau de sabre, soit ramollissement? Il m'est impossible de discuter ici la nature exacte des lésions trachéales, mais je dois dire que ce que j'ai vu me fait admettre que, si Rose a exagéré la fréquence du ramollissement trachéal et n'en a peut-être pas reconnu la nature exacte, il est cependant impossible d'en nier l'existence ; quand on voit après une extirpation de goitre, à chaque mouvement d'inspiration, la paroi de la trachée en quelque sorte aspirée, on ne peut expliquer ce phénomène sans une modification de la consistance de cette paroi. Dans le cas de ramollissement de la trachée, Rotter, Kümmel et Bottini la fixent de chaque côté aux muscles par des points de suture ; ce moyen, s'il a réussi à Bottini et à Kümmel, n'a pas empêché deux opérés de Rotter de succomber. Dans un cas de trachée dure mais aplatie, Kocher a réussi à sauver son opéré en nouant au-devant du conduit deux fils passés dans ses parties latérales.

Dans tous les cas, il semble que, si les opérés ont survécu

aux premiers dangers, leur guérison au point de vue respiratoire s'affirme ensuite et la sténose trachéale, quelle que soit sa nature, disparaît dans la majorité des cas. Kopp nous donne les résultats de Roux : sur 200 opérations (y compris 9 tumeurs malignes, les goitres exophtalmiques, 4 strumites), 145 malades, y compris les cas graves et gravissimes, ont été débarrassés de leurs troubles d'une façon définitive, et pour les autres jamais la dyspnée n'acquiert la même intensité qu'avant l'opération; la trachéotomie n'a été faite qu'une fois et pour un carcinome.

La conclusion me paraît s'imposer : éviter la trachéotomie au cours des opérations de goitre, à moins d'urgence absolue.

Bottini et Wormser conseillent, dans les cas de trachée ramollie, de laisser un peu de tissu au-devant de la trachée; ce conseil serait excellent, si en même temps on nous disait comment on diagnostique d'avance le ramollissement. Il y a un moyen cependant de le suivre à tout hasard, c'est de ne pas faire d'extirpation, mais de lui substituer l'énucléation qui laisse toujours au-devant du conduit les parties saines de la glande ordinairement plus épaisses dans la profondeur qu'à la surface. Ce moyen a encore un avantage, c'est de nous mettre à l'abri des lésions nerveuses graves auxquelles sont dus, d'après Wölfler, certains accidents de suffocations mortelles, pour lesquelles la trachéotomie est sans effet. Il est bien entendu qu'il faut que l'énucléation soit praticable.

Tétanie et myxœdème. — La tétanie et le myxœdème paraissent dus tous deux à la perte des fonctions de la thyroïde; les expériences de von Eiselsberg et peut-être plus encore les résultats de la greffe thyroïdienne dans la tétanie spontanée (exécutée par Gottstein chez une femme), ont établi ce fait d'une façon indiscutable. La tétanie ne s'observe cependant pas dans tous les cas d'extirpation totale; dans 23 p. 100 des opérations de Billroth d'après von Eiselsberg elle fut observée; les 16 cas se terminèrent 8 fois par la mort, d'autres fois par la guérison, avec ou sans apparition d'une récidive ou par le passage à l'état chronique. Un assez grand nombre de chirurgiens en ont observé dans leurs extirpations totales, j'en ai eu 2 pour ma part, l'un suivi de mort, l'autre de myxœdème; cette même succession est signalée également par d'autres. La plupart des observations concernent des femmes, mais Billroth, Higguet, Kocher et d'autres en ont vu chez l'homme.

La tétanie ne se montre pas uniquement, quoique sa fréquence y soit bien plus grande, dans les suites de l'extirpation totale. Bottini a observé 21 cas de tétanie, partielle la plupart, dit-il, après l'extirpation partielle; Szumann en signale 1 cas à la suite d'une extirpation presque totale; Kocher dit l'avoir vue se produire d'une façon passagère dans des extirpations de goitres malins, où l'on ne pouvait laisser qu'une très petite partie de la glande; Billroth, d'après Wölfler, en a vu un exemple à la suite d'une extirpation partielle.

J'ai trouvé dans la littérature un cas de tétanie après une énucléation faite par Brun's, où l'on avait enlevé des noyaux au nombre de 30 dans les trois lobes; Labbé m'en a communiqué un second.

Weinlechner a publié un exemple de tétanie développée chez un malade auquel il avait lié les deux thyroïdiennes supérieures.

Dans les statistiques qui m'ont été communiquées j'en trouve 5 cas après l'extirpation totale, soit 3,64 p. 100; 7 dans l'extirpation partielle, soit 0,57 p. 100; 2 dans l'énucléation, soit 0,15 p. 100; 4 dans la résection, soit 1,15 p. 100, et 1 dans les opérations combinées, soit 0,27 p. 100. Je n'attache pas plus d'importance qu'ils ne méritent à ces chiffres proportionnels; cependant, il faut remarquer que la tétanie se produit, dans l'immense majorité des cas, immédiatement ou peu après l'opération, pendant que le malade est sous les yeux de son chirurgien, et que ses symptômes sont assez frappants pour ne pas échapper. Nous pouvons donc, avec beaucoup de chances de ne pas faire une grosse erreur, conclure que l'extirpation totale expose plus à la tétanie que les autres méthodes, et que sous ce rapport l'extirpation partielle et la résection sont inférieures à l'énucléation; les méthodes combinées qui ont été précisément imaginées pour éviter les suites fâcheuses de la privation de thyroïde tiendraient le milieu entre l'énucléation et l'extirpation partielle, mais le total des cas est trop faible pour admettre cette dernière conclusion sans réserves. A ce propos, que l'on me permette une remarque; je crois que sous le rapport de la quantité de thyroïde nécessaire on n'a pas assez pris garde, en concluant des expériences sur les animaux à l'homme, que les conditions sont absolument différentes en ce qui concerne les goitreux; si chez le chien il suffit de plus du tiers de la thyroïde pour éviter les accidents consécutifs à la suppression totale ou partielle de ses fonctions (Fuhr), il ne s'ensuit pas que chez l'homme il suffise de conserver la même quantité de thyroïde goitreuse, plus ou moins altérée, pour obtenir le même résultat. L'énucléation a sur la résection et sur les méthodes combinées cet avantage que la partie conservée de la glande est saine, à part l'atrophie possible des couches superficielles, tandis que, dans les autres opérations, ce sont des parties quelconques pouvant parfaitement être nulles pour la fonction ou de faible valeur.

Bien plus grave et fréquent est le *myxœdème consécutif* aux opérations du goitre (cachexie thyréoprive de Kocher); mieux encore que pour la tétanie, l'expérimentation et l'observation clinique démontrent que sa cause réside dans la suspension des fonctions de la thyroïde. S'il entraîne rarement la mort rapide, il persiste quelquefois, il est vrai en s'atténuant, et présente son plus haut degré de gravité chez les jeunes sujets dont il entrave le développement physique et intellectuel; fort heureusement guidés par les recherches des physiologistes à la suite de celles de Schiff, nous avons maintenant dans l'opothérapie thyroïdienne un moyen de combattre ces graves accidents, dans une certaine mesure au moins.

Sur 137 extirpations totales, il y aurait eu 34 cas de myxœdème, soit 24 p. 100; c'est exactement le même chiffre que celui auquel était arrivée la commission du myxœdème de la Clinical Society de Londres. Il est du reste très probablement au-dessous de la réalité, les accidents ne se développant qu'au bout d'un certain temps, quelquefois très tardivement, après plusieurs mois ou même plusieurs années; ils sont plus ou moins accentués et il n'est pas étonnant qu'un bon nombre échappent ou soient méconnus. D'autre part il est certain que le développement du myxœdème n'est pas fatal et inévitable, comme semble le dire Kocher; en dehors des récidives qui l'empêchent de se produire ou le font disparaître, en dehors des cas où l'extirpation a pu ne pas être anatomiquement totale, en dehors de ceux de thyroïde accessoire latente qui ne sont certainement pas en

très grand nombre, nous avons d'assez nombreuses affirmations de chirurgiens de valeur pour ne pas pouvoir douter qu'un certain nombre d'opérés échappent. Je cite, entre autres, Bardeleben, Köhler, Riedel, Albert, Küster, Krönlein, Bally, Keser, qui nous affirment avoir constaté, parmi les opérés examinés, une plus ou moins forte proportion d'individus indemnes de myxœdème, et c'est dans certains cas au bout de plusieurs années que cette constatation a été faite.

Donc une assez forte proportion d'opérés deviennent myxœdémateux; le myxœdème peut se développer plus ou moins tardivement, il peut être plus ou moins accusé, il peut guérir à l'apparition d'une récidive, il peut persister malgré celle-ci (von Eiselsberg), enfin il peut manquer quoique l'extirpation paraisse réellement totale; il y a là une inconnue.

La conséquence de tout ceci c'est que, ne sachant absolument pas les conditions de non-production du myxœdème, nous devons renoncer à l'extirpation totale; en 1883, nous disions que nous ne la ferions que forcé et contraint et aujourd'hui que grâce aux efforts des chirurgiens nous avons des moyens de l'éviter dans des cas difficiles, il faut s'en abstenir tout à fait.

Ce n'est pas cependant uniquement après l'extirpation totale que le myxœdème peut se produire; je vous ai communiqué en 1886 des observations démontrant qu'il peut aussi être la conséquence des extirpations partielles et que dans ces cas il est ordinairement moins accentué, *fruste*, pour employer l'expression dont je me suis servi alors. Le fait est du reste peu fréquent et en dehors des miens j'en trouve seulement 5 cas dans la littérature et 5 autres sont indiqués dans ma statistique (soit 0,41 p. 100). J'ai eu connaissance d'un onzième.

Ils sont encore moins nombreux après l'énucléation, je n'en ai trouvé que deux et un seul fait partie de ma statistique, ce qui donne une proportion de 0,07 p. 100. Kocher cependant et son élève Wormser semblent craindre son développement après cette opération, en raison des nombreuses ligatures et des sutures perdues qui amèneraient l'atrophie du tissu thyroïdien; Kocher aurait vu dans plusieurs cas une anémie prononcée se rapprochant de la cachexie strumiprive.

Aucun cas n'a été publié pour les autres méthodes. En particulier, Trendelenburg et Rydygier affirment que le myxœdème ne se produit pas après la ligature des quatre thyroïdiennes et ce dernier a pratiqué 22 fois cette opération. C'est la crainte de la cachexie strumiprive cependant qui a fait adopter à Kocher dans le traitement du goitre exophalmique la ligature de trois des artères seulement; cette crainte ne paraît pas justifiée par les faits jusqu'ici.

Autres accidents nerveux. — Est-ce aussi à la suspension des fonctions de la thyroïde que l'on doit attribuer les troubles psychiques, mélancolie avec stupeur, mélancolie suicide, démence, manie, observés autrefois par Borel, les attaques épileptiques constatées par Mikulicz et l'hystérie qui s'est développée chez une de mes opérées (mutisme hystérique)? Dans tous ces cas, c'est l'extirpation totale qui avait été faite.

J'ai en outre dernièrement observé un cas de paralysie des cordes vocales probablement hystérique chez une femme à laquelle j'avais pratiqué l'énucléation.

### III

**Résultats des opérations de goitre.** — Résultats plastiques. — Il semble acquis que la direction de l'incision n'est pas indifférente au point de vue de la cicatrice; l'incision en collerette de Kocher est sous ce rapport supérieure à toutes les autres et la médiane verticale donne au contraire les cicatrices les plus disgracieuses; souvent elles sont alors à la fois épaisses, kéloïdiennes et bridées; les incisions obliques tiennent le milieu. Il est évident qu'il n'est pas indifférent de faire une suture exacte et je crois que quelques points perdus sur le peaucier sont à recommander; chez les femmes, la suture intradermique serait encore avantageuse. Je n'ai eu en vue jusqu'à présent que les cas où la réunion s'est faite par première intention; dès que la plaie suppure, nous sommes exposés à avoir une cicatrice plus ou moins difforme et de ce chef toutes les méthodes de traitement de la plaie qui n'ont pas pour but la réunion par première intention, le tamponnement par exemple, doivent être évitées, sauf indications spéciales. Dans l'exothyropexie, la plaie est forcément laissée ouverte et c'est un des inconvénients de cette méthode de donner lieu à une cicatrice des plus apparentes, si l'on en juge par les figures publiées.

Les opérations de goitre, l'extirpation totale exclue, peuvent laisser un cou dyssymétrique par la conservation d'un lobe déjà malade; ce sera particulièrement le fait des extirpations unilatérales; on en pourra éviter l'inconvénient par une opération combinée, extirpation-énucléation par exemple. L'énucléation nous permettant, sans dangers de myxœdème, de débarrasser les deux lobes, nous donne des chances meilleures au point de vue plastique.

Tous les chirurgiens ont remarqué après les extirpations unilatérales que parfois le cou présente du côté opéré une dépression disgracieuse; sous ce rapport encore l'énucléation ne nous expose pas au même inconvénient. Je crois que le soin de couper le moins possible les muscles, de séparer leurs faisceaux, de ménager leurs nerfs et de reconstituer avec le plus grand soin les plans musculaires et aponévrotiques par la suture perdue, a une grande influence sur la perfection des résultats.

Résultats fonctionnels. — Les opérations de goitres sont en général suivies au point de vue fonctionnel de résultats satisfaisants. La dysphagie cesse après l'ablation de tumeurs comprimant le conduit alimentaire; la dyspnée disparaît dans la grande majorité des cas de même que les troubles circulatoires; Kopp nous donne sous ce rapport les renseignements suivants : sur 37 cas dans lesquels existaient des troubles fonctionnels cardiaques, 34 fois ils disparurent après l'opération; et sur 66 cas, comprenant 5 tumeurs malignes et 3 strumites, la dysphagie cessa dans 52 cas.

Il arrive cependant parfois que la dyspnée persiste et deux causes peuvent l'entretenir : la méconnaissance d'une partie de la tumeur laissée en place, un goitre endothoracique par exemple, ou les déformations de la trachée et ses modifications de consistance. Les faits semblent indiquer cependant, que lorsque la tumeur a été enlevée ou vidée par l'énucléation, ces lésions trachéales se réparent d'elles-mêmes, et Poncet et ses élèves paraissent être seuls aujourd'hui de l'avis que la trachéotomie et ce qu'ils appellent le calibrage de la trachée sont nécessaires.

J'ai déjà dit plus haut que les troubles dus à la compression des récurrents sont dans une certaine proportion de cas supprimés par l'opération ; les chiffres donnés semblent indiquer que l'énucléation n'est pas inférieure sous ce rapport à l'extirpation.

Roux a signalé le fait qu'après l'opération la voix dite goitreuse, en l'absence de toute paralysie des récurrents, se modifie favorablement.

Récidives. — Toutes les opérations aujourd'hui admises dans le traitement du goitre exposent à la récidive, puisque la seule qui nous mettrait à l'abri, l'extirpation totale, doit être proscrite.

Il est difficile de se faire sur ce sujet une opinion ferme au milieu des renseignements plus ou moins contradictoires que nous avons à notre disposition. Il nous semble, cependant, en résulter que, sous ce rapport, la différence absolue n'est pas très grande entre les procédés rivaux et particulièrement entre l'extirpation partielle et l'énucléation ; la fréquence des récidives dépend, du reste, de facteurs multiples dont les statistiques ne peuvent tenir compte, de l'âge des sujets, de la nature de la tumeur, des circonstances extérieures, de la contrée habitée par l'opéré. Mon impression personnelle est que l'énucléation, dans les grands kystes et dans les adénomes, quand elle est bien faite, expose peu à la récidive, que celle-ci est plus fréquente dans les goitres à nodules multiples très nombreux, que plus les nodules sont petits plus la récidive est à craindre. D'après Bérard, sur 21 sujets ayant subi l'exothyropexie ou l'exposition, dans 4 cas avec trachéotomie, cautérisation, excision, il y a eu récidive complète, et 15 fois persistance de la dyspnée à un degré gênant. J'en dirai autant des résections, des ligatures d'artères et des opérations combinées qu'il est difficile de juger à ce point de vue.

Si les récidives peuvent se produire dans les extirpations et les énucléations, il est en somme assez rare qu'une nouvelle intervention soit nécessitée par elles.

La récidive en elle-même a, du reste, une importance très dissemblable suivant l'opération à laquelle elle succède. S'il s'agit de l'extirpation unilatérale et qu'une récidive survienne dans le lobe conservé, il peut être fort difficile de parer aux symptômes menaçants s'ils existent du fait de la récidive, tout en conservant la quantité de glande saine nécessaire à la santé de l'opéré. Il en est autrement si c'est une énucléation intraglandulaire qui a été pratiquée ; du côté du lobe opéré, il est resté la partie saine de thyroïde qui enveloppait les noyaux goitreux, et nous avons le champ bien plus libre pour intervenir de nouveau, par une nouvelle énucléation si possible. C'est précisément pour ces cas difficiles de récidive après extirpation ancienne, ou pour ceux où, pendant une extirpation, le chirurgien s'aperçoit qu'il faudrait, pour parer aux dangers du goitre, enlever presque toute la glande, que Wölfler a publié tout récemment son procédé de dislocation, ingénieuse ressource dont il est préférable cependant de pouvoir se passer.

Si, dans un certain nombre de cas, les tumeurs de la thyroïde récidivent après les opérations diverses, il en est d'autres dans lesquels, au contraire, on observe une diminution de volume des parties laissées en place. Il y a longtemps que Sydney Jones a signalé le fait à la suite de la section ou de la résection de l'isthme, et Poncet m'a autrefois communiqué un cas dans lequel l'atrophie consécutive à la section de l'isthme avait été accompagnée de phénomènes de myxœdème. C'est surtout J. Wolff qui a insisté sur cette atrophie des parties conservées. L'atrophie peut se produire, mais elle est bien loin d'être constante, voilà la manière de voir générale : je crois, sans pouvoir le démontrer, que cette atrophie se produit surtout après les extirpations, les résections et dans les goitres diffus ou vasculaires, rarement après l'énucléation.

Il est certaines méthodes dans lesquelles on cherche à amener l'atrophie du goitre, sans en retrancher quoi que ce soit, je veux parler de l'exothyropexie et de l'exposition ; l'atrophie est réelle, paraît à peu près constante et quelquefois rapide ; est-elle persistante, durable ?

## IV

**Avantages et inconvénients des différentes méthodes opératoires.** — Nous avons établi que, au point de vue de la mortalité, l'énucléation de Socin l'emporte largement sur toutes les méthodes rivales ; qu'elle nous met mieux que d'autres à l'abri des lésions des organes voisins et en particulier des nerfs récurrents, qu'elle n'expose que tout à fait exceptionnellement soit à la tétanie, soit au myxœdème, que ses résultats au point de vue plastique sont également les meilleurs. L'hémorragie, que quelques chirurgiens paraissent redouter, est en général sans dangers sérieux, et la crainte des récidives a été fort exagérée ; une récidive d'ailleurs vient-elle à nécessiter une nouvelle intervention, nous nous trouvons encore dans de bien meilleures conditions qu'après une extirpation ou une résection, puisque nous n'avons pas déjà sacrifié une partie saine de la glande.

Pour toutes ces raisons, je n'hésite pas à considérer l'énucléation intraglandulaire comme l'opération de choix, quand elle est praticable.

Dans les kystes uniques ou multiples, dans les goitres solides ou mixtes encapsulés, enkystés, c'est-à-dire au point de vue pratique énucléables, l'opération de Socin doit être préférée à toute autre. Il faut cependant pour cela que l'énucléation soit possible, ce qui est le cas si le goitre est vierge en quelque sorte et n'a été enflammé ni spontanément ni à la suite d'injections.

Très bien, dira-t-on, mais quelle est la proportion des goitres énucléables ? Je suis, sous ce rapport, embarrassé pour répondre chiffres en main ; je vois cependant que partout à peu près les énucléations paraissent gagner du terrain. Je suis peu disposé à croire, comme le pensent quelques chirurgiens, que les goitres de telle localité sont différents de ceux d'une autre et énucléables ici ne le sont pas là ; je signerais volontiers cette phrase que m'écrivait Socin : « Je crois que maint chirurgien fera la même expérience que j'ai faite, à savoir que le nombre des énucléations augmente avec la bonne volonté de l'opérateur. »

Je conclus donc que, sauf quelques circonstances spéciales, dans les goitres enkystés, solides, liquides ou mixtes, c'est à l'énucléation intraglandulaire que nous nous adresserons.

Dans les autres cas, nous avons à choisir entre de nombreuses méthodes. Ma manière de voir relativement à l'*exothyropexie* et à l'*énucléation* massive se déduit de ce que j'ai dit plus haut ; je ne les crois ni l'une ni l'autre applicables avec avantage qu'exceptionnellement. L'exothyropexie se justifie comme opération d'urgence et pour parer à la suffocation, mais pour le goitre simple du moins ses indications se bornent là ; les dangers de la production d'une vaste surface

suppurante, ceux des hémorragies pendant le cours de la guérison, la lenteur de celle-ci, la difformité de la cicatrice et les doutes sur la réalité d'une guérison durable, ne permettent en aucune façon d'en faire une opération de choix. Je ne puis la considérer autrement que comme un succédané de la trachéotomie dans les goitres suffocants, et je la voudrais faire suivre, le danger passé, d'une extirpation secondaire.

J'ai dit pourquoi je crois l'*énucléation massive* dangereuse : sortir, par places seulement, je le veux bien, de la capsule glandulaire, ce n'est plus faire une énucléation et c'est d'un autre côté perdre les bénéfices de la technique sûre et régulière de l'extirpation.

Les *ligatures artérielles*, appliquées aux goitres simples, présentent différents inconvénients; s'il s'agit d'un goitre de volume moyen et sans vascularité particulière, il n'est pas plus difficile ni plus long de l'extirper que de lier ses quatre artères; s'il est volumineux, les ligatures peuvent être entourées de grandes difficultés et, dans tous les cas, nous aurons quatre cicatrices au lieu d'une. Nous savons, d'autre part, que les succès de cette méthode ont été surtout obtenus dans les goitres vasculaires. C'est donc pour les cas de ce genre, souvent présentant quelques symptômes basedowiens, qu'elle doit être à mon avis réservée, en dehors des goitres exophtalmiques proprement dits.

L'*évidement* de Kocher n'est, comme son auteur lui-même le pense, qu'une ressource exceptionnelle pour quelques cas de tumeurs molles adhérentes, ressource permettant de terminer rapidement une intervention qui, sans elle, ferait courir des dangers d'hémorragie.

Il ne nous reste plus à examiner que l'*extirpation*, la *résection*, la *dislocation* et les *opérations combinées*.

Lorsque la maladie est nettement limitée à l'un des lobes, l'*extirpation unilatérale* paraît le meilleur des procédés, à condition que l'on se mette à l'abri des lésions d'organes voisins et en particulier du récurrent; le procédé actuel de Kocher me paraît présenter le plus de garanties pour les lésions du récurrent au voisinage de la trachée, mais de moins complètes en ce qui regarde celle du tronc, pendant la ligature de la thyroïdienne inférieure. Il y aurait à rechercher si la ligature sur le bord interne du scalène antérieur combinée avec l'incision en collerette, telle que je l'ai décrite, ne serait pas préférable.

Lorsque les deux lobes, et peut-être l'isthme avec eux, sont envahis et que nous sommes en doute sur le siège des altérations secondaires, des phénomènes de compression trachéale, en un mot lorsque nous serions exposés, après avoir extirpé un lobe, à enlever une trop forte quantité de l'autre, ce sont les procédés de *résection* qui me paraissent le mieux appropriés et, suivant les cas, suivant le siège des dégénérescences, on conservera tantôt l'une, tantôt l'autre partie de chaque lobe; il faut, comme l'on dit, dans ces cas, *individualiser*, et l'on ne peut tracer une ligne de conduite absolue et invariable. Enfin si, ayant extirpé un lobe, nous nous apercevons que c'est l'autre qui comprime la trachée et aurait dû être sacrifié, ou bien si une récidive s'y produit, nous avons encore une ressource dans la *dislocation de Wölfler*.

Il se pourra faire encore que la première opération ait été assez parcimonieuse ou que la récidive soit assez limitée pour que nous puissions recourir soit d'emblée à une *extirpation-résection*, soit à une *résection secondaire complémentaire*.

Bien rares seront, je crois, les cas où l'*extirpation-énucléation* sera indiquée; l'énucléation tout court, dans les deux lobes s'il le faut, me semble préférable sans hésitation.

## V

**Goitres anormaux ou compliqués.** — *Goitres anormaux par leur siège.* — En premier lieu le goitre, en se développant, peut envoyer des prolongements dans les régions voisines, ces prolongements étant tantôt en continuation directe avec la masse principale ou s'en étant en partie isolés et n'y tenant que par un pédicule thyroïdien plus ou moins mince; c'est à ces derniers que l'on donne le nom de *faux goitres accessoires*, de *goitres ralliés* ou mieux de *goitres reliés*. Nous comptons dans ce nombre certains goitres rétrosternaux, rétroclaviculaires, plongeants; certains goitres rétroviscéraux s'insinuant derrière la trachée, l'œsophage, le pharynx; certains goitres de la pyramide de Lalouette et d'autres qui soulèvent le creux sus-claviculaire.

Nous avons, en second lieu, des tumeurs thyroïdiennes tout à fait isolées de la glande, quelquefois cependant nourries par des branches des artères thyroïdiennes, mais sans continuité avec le tissu thyroïdien de la glande; ce sont les goitres développés dans les thyroïdes accessoires, les *goitres accessoires vrais*. Ces goitres accessoires peuvent, du reste, se trouver au voisinage assez immédiat de la glande, elle-même saine ou malade; nous avons dans cette catégorie les goitres accessoires endothoraciques en bas, les supérieurs situés au-dessus de l'isthme, les latéraux qui envahissent le creux sus-claviculaire, les postérieurs, rétro-œsophagiens et rétropharyngiens.

Enfin, une dernière catégorie de goitres, qui, au point de vue embryogénique, ne se sépare pas de la précédente, est formée par des tumeurs plus éloignées encore du siège de la glande adulte, ce sont les goitres *endotrachéaux*, *endolaryngiens* et ceux de la *base de la langue*. Étudions ces différentes variétés de tumeurs au point de vue opératoire.

Parmi ceux de la première catégorie les supérieurs, les latéraux ne donnent lieu à aucune indication spéciale; l'extirpation et l'énucléation y seront appliquées comme dans des cas ordinaires. Les goitres qui envoient un prolongement derrière la ceinture osseuse sternoclaviculaire se signalent fréquemment par des phénomènes de compression particulièrement graves et les indications sont souvent pressantes. Dans la grande majorité des cas ils se prêtent à l'énucléation qui demande certaines précautions; le doigt doit cheminer autant que possible sur les côtés, où il y a plus de place que sur la ligne médiane, afin de ne pas augmenter la compression de la trachée; l'énucléation a l'avantage ici de nous mettre à l'abri des lésions des gros vaisseaux; cependant un bon nombre d'extirpations de tumeurs de cette espèce ont été exécutées plus facilement qu'on ne pourrait le soupçonner à première vue.

Les goitres endothoraciques soit reliés, soit accessoires vrais, donnent lieu dans des cas ordinaires aux mêmes considérations, mais il peut arriver qu'un goitre endothoracique soit si profondément enclavé derrière le sternum qu'il soit bien difficile de l'en déloger sans se faire du jour. Billroth avait déjà réséqué le manubrium et une partie d'une clavicule pour une tumeur maligne; Bardenheuer (1886) a proposé pour quelques goitres simples cette résection, particulièrement son procédé de résection temporaire, et pratiqua même une résection du manubrium au ciseau pour un abcès profond consécutif à une strumite; Wurhmann

(1895) proposa aussi la résection suivant le procédé de Bardenheuer pour certains goitres endothoraciques; Roux a réséqué en partie le manubrium pour un goitre suppuré et fistuleux (Congrès de chirurgie, 1894). Jaboulay en 1896 a réséqué par fragments 5 centimètres du sternum pour un goitre plongeant avec adhérences qui rendaient sa luxation dangereuse. Les goitres plongeants ou enthoraciques donnant fréquemment lieu à des accidents de suffocation et la luxation de la tumeur faisant en général cesser les accidents, l'exothyropexie y peut trouver à titre d'opération palliative d'urgence une bonne indication (Gangolphe).

Les tumeurs développées en arrière, entre la trachée et l'œsophage ou entre le conduit alimentaire et la colonne vertébrale, les goitres circulaires peuvent donner lieu aux plus grandes difficultés opératoires; la dissection des prolongements devra être faite avec les plus minutieuses précautions; heureusement ces cas sont relativement rares.

Dans la même région ou plus haut derrière le pharynx se développent quelquefois des tumeurs accessoires et indépendantes; il sera en général nécessaire de les aborder par des incisions plus haut situées que d'habitude, sur le bord interne du sterno-mastoïdien, ce qui me paraît bien préférable à la voie buccale.

Quelle que soit la situation d'une tumeur thyroïdienne reliée avec la glande ou formée aux dépens d'une thyroïde accessoire vraie, il faut se rappeler qu'elle conserve les caractères des goitres au point de vue de la vascularisation et plus d'une fois c'est la présence d'un lacis veineux abondant qui a fait pendant l'opération reconnaître la nature thyroïdienne d'une tumeur que l'on ne soupçonnait pas être un goitre.

La même particularité s'applique aux tumeurs endolaryngiennes, endotrachéales et à celles de la base de la langue; aussi devra-t-on choisir en conséquence les procédés d'exérèse : la trachéotomie avec tamponnement, et l'ablation de préférence au galvanocautère pour celles des voies aériennes (Brun's), la trachéotomie préalable et le tamponnement pour celles de la base de la langue (Kraske).

Goitres congénitaux. — D'après Demme, il existe deux catégories de goitres à la naissance, les uns de nature congestive et qui rétrogradent ordinairement, d'autres analogues aux goitres des adultes ou bien constitués comme de véritables tératomes; ces deux dernières classes de tumeurs peuvent donner lieu à des indications d'urgence. Des cas de ce genre, peu nombreux encore, qui ont fait l'objet d'interventions opératoires, il ressort qu'ils doivent être opérés comme chez l'adulte et en évitant la trachéotomie; malgré plusieurs échecs, le succès de Schimmelbusch est fait pour encourager.

Goitres enflammés. — L'inflammation suppurative des goitres, soit parenchymateux, soit kystiques, peut se développer à la suite des injections parenchymateuses (les précautions antiseptiques en ont bien diminué la fréquence), ou bien à la suite de maladies infectieuses diverses. Nous avons à choisir pour le traitement de ces goitres enflammés entre l'ablation de la tumeur et l'incision.

Les matériaux que j'ai pu rassembler sur ce point ne sont pas assez nombreux pour me permettre de poser des conclusions fermes. Il est évident que, si l'on peut supprimer en totalité le foyer inflammatoire, sans crainte d'inoculer les parties encore saines voisines, cette manière de faire est la plus radicale et celle qui coupera court le plus rapidement possible aux accidents; donc tout à fait au début, l'extirpation du lobe enflammé ou l'énucléation du kyste infecté pourront donner des résultats brillants (Roux). Mais il n'y a pas seulement une question d'âge de l'inflammation, il y a aussi une question de virulence sur laquelle nous avons quelques données encore bien incomplètes. D'autre part, comme le fait remarquer Roux, l'incision d'un goitre enflammé de fraîche date fait courir des chances d'hémorragie; nouvelle raison en faveur de l'extirpation au début.

Plus tard, l'inflammation, d'abord circonscrite dans le goitre, a plus ou moins diffusé dans le voisinage et des adhérences se sont formées, d'où des difficultés pour pratiquer l'extirpation et des dangers de propagations inflammatoires et suppuratives; à cette période, l'incision n'expose plus guère aux hémorragies, elle donne libre issue au pus et aux débris de la tumeur et promet un résultat en général favorable; la guérison définitive, il est vrai, peut être longue à obtenir et nécessiter quelques interventions secondaires. Lorsque enfin l'inflammation est de vieille date, dans les kystes en particulier, il arrive que la virulence a disparu et, surtout s'il s'agit de poches épaisses, l'énucléation redevient possible et avantageuse.

L'extirpation peut encore être indiquée dans les goitres enflammés autrefois et restés fistuleux; le curage des fistules et des produits calcaires, qui parfois les entretiennent, ne permet qu'une guérison lente, bien plus rapidement obtenue à la suite de l'extirpation ou de l'énucléation quand elle est possible. Dans cette question du traitement des goitres enflammés, il faut donc se garder de vouloir établir des règles invariables, mais ne se décider qu'après avoir tenu compte des circonstances très diverses que j'ai rapidement indiquées.

Je mentionne en terminant ces cas très rares d'inflammation chronique observés par Riedel, Cordua et Tailhefer, et dont ce dernier a entretenu le Congrès de 1896; l'opération restée partielle à cause des adhérences aux vaisseaux a cependant amené une amélioration dans l'état des sujets qui ont survécu.

---

## CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante du docteur Vires, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier :

« Monsieur le Directeur,

Dans la Revue générale sur l' « Étiologie et la prophylaxie de la lèpre », parue dans le n° 106 de la *Gazette des hôpitaux*, j'ai commis un oubli que je vous prie de réparer en publiant cette lettre.

J'ai, très involontairement, omis d'associer au nom de M. Pitres le nom de M. Sabrazès, lorsque je parle du procédé de diagnostic de la lèpre nerveuse, par biopsie d'un nerf superficiel.

Veuillez agréer, etc...

Dr. Vires. »

---

## THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

M. Grousset. Cystite pseudo-membraneuse. — M. Bertholet. Des kystes dermoïdes des ligaments larges. — M. Guillon. Contri-

bution à l'étude des abcès chroniques et enkystés amygdaliens et péri-amygdaliens. — M. PERRAUD. De l'emploi de l'acide chlorhydrique à haute dose dans certaines affections de l'estomac. — M. MAGNET. Des endocardites aiguës au cours du cancer de l'estomac. — M. LENAIL. Des luxations des cartilages semi-lunaires du genou et en particulier de leur traitement par l'excision. — M. INNES. Contribution à à l'étude des affections vermineuses de l'homme observées en Egypte. — M. BONNARD. Contribution à l'étude de la taille hypogastrique chez les enfants (suture immédiate de la vessie). — M. PIOT. De la taille sus-pubienne appliquée au traitement des calculs vésicaux chez l'enfant. — M. COUTIN. Étiologie et pathogénie des névralgies. — M. GUIOLLOT. Contribution à la chirurgie des tumeurs méningo-encéphaliques. — M. BORIES. Des erreurs de diagnostic auxquelles donnent lieu, dans les services hospitaliers de médecine pure, les manifestations encéphaliques de la syphilis héréditaire des adolescents et des adultes (causes de ces erreurs, conséquences, moyens de les éviter).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici la liste, par ordre de mérite, des étudiants en médecine nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine, à l'École de Bordeaux :

1. MM. Brunet, Ségalen, Comméléran, Le Conteur, Salabert, Rideau, Richard, Gaillard, Cloitre, Peltier.

11. Le Strat, Varenne, Rousseau, Bourret, Magunna, Lacroix, Fauquet, Kernéis, Vaillant, Devy.

21. Dupin-Dulau, Le Hardy, Mathis, Dénier, Marin, Dorso, Bruas, Robin, d'Auber de Peyrelongue, Le Pape.

31. Monfort, Asselin, Duran, Trautmann, Ducasse, Dhoste, Moursou.

— Par décision ministérielle, en date du 14 septembre 1898, M. le médecin principal de deuxième classe Mareschal, médecin en chef de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-chef de l'École polytechnique.

— Par décision ministérielle, en date du 21 septembre 1898, sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Massonnaud, pour l'hôpital militaire de Perpignan; — Villary, pour le 122e d'infanterie; — Fix, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Médieux, pour l'École militaire d'infanterie de Saint-Maixent; — Francou, pour le 22e d'infanterie; — Vieron, pour le 15e dragons; — Vigerie, pour le 91e d'infanterie; — Louet, pour le 12e bataillon de chasseurs à pied; — Bailby, pour le 98e d'infanterie; — Dickson, pour le 21e d'artillerie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Deluc, d'Ortevielle (Landes); Guillaume (de Beaumont-Haque).

Amélie-les-Bains. Le climat et les eaux sulfureuses, par le docteur C. VAN MERRIS, médecin principal de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire. Un vol. in-16. — Prix : 2 francs. — Paris, A. Maloine, éditeur.

**Neurosine Prunier** — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 110. — MARDI 27 SEPTEMBRE 1898. 71e ANNÉE. MARDI 27 SEPTEMBRE 1898. — N° 110.

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

**Administration : 4, rue de l'Odéon, 4**
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

**PRIX DE L'ABONNEMENT :**
FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE
### DANS LE PROLAPSUS UTÉRIN (1)

Par M. le docteur L. LONGUET,
Ancien interne des hôpitaux.

III

Technique. — Les différents procédés d'hystérectomie vaginale se rangent en deux grandes classes :

A. *Les hystérectomies avec hémostase préventive*, associées le plus souvent au *morcellement* (extirpation tri ou multifragmentaire);

B. *Les hystérectomies sans hémostase préventive et sans morcellement* (extirpation mono ou bifragmentaire).

Dans le prolapsus, les unes et les autres impliquent l'hémostase avec ligature à l'exclusion des pinces, dans le but d'éviter les pédicules septiques au voisinage de la plaie de colpo-périnéorraphie concomitante. C'est du moins l'opinion de la très grande majorité des chirurgiens.

A. LES HYSTÉRECTOMIES AVEC HÉMOSTASE PRÉVENTIVE ET MORCELLEMENT. — Prennent place ici les opérations comme celle qui a été faite par Richelot (2), le 10 novembre 1892, avec morcellement. Or, dans tous les cas de morcellement, ce chirurgien nous dit que « c'est vers l'utérine que tendent ses premiers efforts. Avec une pince conduite de ce côté, une prise de 3 centimètres en hauteur nous assure l'hémostase » (RICHELOT, p. 340). La lecture dans le texte d'un grand nombre d'observations, nous a démontré que presque tous les opérateurs, Chaput, Schwartz, Heydenreich, Gross, Vautrin, etc., ont agi de même, et qu'une fois incisés les culs-de-sac, ils se sont de suite portés vers la base des ligaments larges pour y placer, soit une pince, remplacée par une ligature à la fin de l'opération, soit une ligature d'emblée.

Nous avons fait valoir à plusieurs reprises l'incontestable supériorité des procédés qui rejettent toute hémostase préventive en matière d'hystérectomie vaginale. Faut-il faire exception pour le prolapsus? A notre avis, non. Cependant, les partisans de cette technique auraient, dans l'espèce, un argument sérieux à nous opposer. Il est des utérus prolabés d'une extrême vascularisation, chez lesquels la ligne médiane, par exception, se montre à la section tout aussi vasculaire que le restant du parenchyme. Routier, Schwartz, Chaput, L. Championnière, Reclus ont eu affaire à des cas de ce genre, qui peuvent être très embarrassants, et suffisent à modifier l'opinion, admise partout, que l'hystérectomie pour prolapsus est une opération simple, bénigne et facile. Pour nous, nous pensons que dans ces cas, pas plus que dans les autres, il n'est besoin d'hémostase préventive. A elle seule, la section médiane permet de surmonter aisément cette difficulté. En effet, les pinces à abaissement, appliquées sur la tranche médiane, se chargent d'aplatir cette tranche et, surtout si l'on exerce sur elles quelque traction pour l'abaissement, d'oblitérer momentanément les vaisseaux pendant toute la durée de l'extirpation. Nous ne comprenons guère non plus le morcellement en fait de prolapsus; l'ablation bifragmentaire, par section médiane, suffit toujours, quelle que soit l'hypertrophie d'un tel utérus, à moins qu'il ne soit bourré de gros fibromes, auquel cas il n'est presque jamais non plus besoin de morceler, l'énucléation, en général, étant tout aussi facilement applicable.

B. LES HYSTÉRECTOMIES SANS HÉMOSTASE PRÉVENTIVE ET SANS MORCELLEMENT (extraction mono ou bifragmentaire). — Nous décrirons seulement deux procédés : celui de Quénu et celui de Fritsch-Pozzi, avec résection vaginale étendue, toutes les variantes d'antan trouvant place à côté de ces deux procédés.

I. *Procédé de Quénu.* — *Premier temps : Incision vaginale.* — La péritomie du col est faite circulairement à 2 centimètres environ au-dessus de l'orifice du col, qui est circonscrit complètement avec le bistouri. Assez souvent il faut tenir compte de l'état de la muqueuse et dévier un peu d'une ligne circulaire régulière, afin d'éviter une ulcération; passer au-dessus, par exemple, pour la laisser attenante au col. Mais le mieux est encore d'exciser rapidement ces plaies ulcéreuses qu'un traitement désinfectant approprié ne guérit pas toujours, parce que l'incessant contact de l'urine vient sans cesse troubler leur cicatrisation. La blessure d'un diverticule vésical ou rectal n'est pas à craindre dans ce premier temps, si l'on se tient toujours à proximité de l'orifice

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 989.
(2) RICHELOT. *L'hystérectomie vaginale*, Paris 1894, p. 417.

externe, le tranchant du bistouri bien dirigé vers l'axe du canal cervical.

*Deuxième temps : Libération de l'utérus; dissection de la vessie et séparation du rectum.* — Ce temps peut être très délicat; le réservoir urinaire, en partie ectopié, se trouve correspondre à la paroi antérieure du vagin sur une étendue parfois considérable; la base de la vessie, en cas de prolapsus, est étalée sur une surface de 5 à 10 centimètres. Aussi, ce travail de dissection réclame-t-il les plus grands soins; à chaque instant une sonde doit être introduite dans la vessie afin de servir de repère et de prévenir du danger. Dans un des premiers cas de Quénu, dans deux de Lejars, de Hartmann, dans d'autres encore, on signale cette difficulté. Dans ces cas laborieux, M. Quénu a donné le conseil de tailler un mince lambeau de sûreté en plein tissu utérin. La libération du rectum est, au contraire, beaucoup plus simple. On pénètre du premier coup dans le cul-de-sac de Douglas, anormalement abaissé et souvent rempli d'anses intestinales (hédrocèle), qu'on refoule facilement à l'aide de tampons montés sur des pinces. Au contraire, le cul-de-sac péritonéal antérieur est d'un difficile accès. On l'incise dès qu'on le rencontre; sinon il sera ouvert ultérieurement. De toute façon, la libération du tissu paramétrique sera poussée à fond sur la face antérieure et parachevée par divulsion, à l'aide de chaque index introduit en crochet afin de dégager, avec la base de la vessie, les uretères qui s'y rendent et sont ici souvent coudés ou prolabés. Le tout, vessie et ce qui y adhère directement, est récliné en haut par un écarteur, qui se laisse introduire profondément dans la cavité péritonéale, si le cul-de-sac péritonéal est déjà incisé.

*Troisième temps : L'abaissement et l'hystérotomie médiane.* — La question de l'abaissement ne se pose que partiellement, puisque, dans l'espèce, la partie prolabée de l'utérus est déjà au dehors; mais il n'en est pas de même pour le fond de l'utérus, qui parfois reste élevé, même avec un prolapsus descendant très bas. C'est pourquoi notre maître, M. Quénu, a continué de faire aussi, pour les prolapsus, la section médiane totale qui déroule, en deux valves latérales, l'utérus anormalement hypertrophié et dont la hauteur sur la tranche de section mesure jusqu'à 15 centimètres dans certains prolapsus. Grâce à cette manœuvre, le fond de l'organe utérin se laisse descendre de chaque côté avec la plus grande aisance; pendant que chaque moitié de l'organe tourne autour de son pédicule ligamentaire comme rayon, et que chaque moitié du col s'éloigne excentriquement. Il n'a été fait, jusqu'ici, aucune hémostase, ni provisoire, ni définitive. La traction avec les pinces à abaissement suffit à l'hémostase de la tranche, sectionnée aux ciseaux, même dans les cas d'utérus très vasculaire, auxquels nous venons de consacrer plus haut une mention spéciale.

*Quatrième temps : Hémostase définitive et excision bifragmentaire de l'utérus.* — Lorsque les deux moitiés de l'utérus, complètement séparées, pendent à la vulve, il est très facile de placer en toute sécurité les *ligatures* de haut en bas, c'est-à-dire du bord supérieur vers la base du ligament large. Chacun des deux fragments utérins est pris individuellement dans la main pendant la pose des fils. Ici pas de pinces. M. Quénu un des premiers a insisté sur l'absolue nécessité qu'il y a d'obtenir une réunion *per primam*. Il ne faut donc rien écraser avec des pinces; ne rien laisser à demeure que des fils aseptiques. Trois ligatures à la soie suffisent pour chaque côté : elles sont placées avec l'aiguille de Cooper, en dehors des annexes, si ces dernières sont malades et nécessitent l'ablation; en dedans des annexes, et au ras de l'utérus, chaque fois que l'ovaire et la trompe sont sains. Enfin, chaque moitié d'utérus est excisée de quelques coups de ciseaux, appliqués en dedans des ligatures.

L'hystérectomie *préliminaire* terminée, M. Quénu procède à la fermeture de l'anneau herniaire qui résulte du départ de l'utérus, et pour obtenir une bonne fermeture, il trouve utile de multiplier les plans, comme dans toute hernie, et d'obtenir, si possible, une réunion par première intention.

*Cinquième temps : Fermeture de l'anneau herniaire.* — Il est indiqué dans toute hernie de multiplier les plans de fermeture et d'en obtenir la réunion individuelle : il est possible ici de superposer trois plans.

*α. Fermeture du foramen péritonéal.* — Au moyen d'une suture en bourse ou d'un surjet, les lèvres opposées de l'incision péritonéale sont facilement approchées l'une contre l'autre. Latéralement les points de suture peuvent charger en passant la face postéro-supérieure des ligaments larges abaissés, qui, de ce fait, se trouvent extra-péritonéalisés. Lorsque ce temps opératoire est achevé, après réintégration des organes qui, avant l'opération, descendaient dans l'infundibulum, la cavité abdominale est définitivement fermée par en bas.

*β. Deuxième plan de soutien : Confection de la sangle ligamentaire.* — Pour renforcer le cône péritonéal, c'est une excellente manœuvre que de suturer l'un à l'autre les ligaments larges. S'ils sont courts, on les réunit au niveau de leur tranche; mais en général il est préférable, vu leur excessif allongement, de les rapprocher sur une ligne plus élevée de leur face postéro-supérieure par des fils isolés, ce qui a pour conséquence d'infléchir et d'abaisser vers le vagin leur bord sectionné. Alors se trouve réalisée une sangle puissante, horizontale et bien tendue, doublant le plan péritonéal, et sur laquelle vient se perdre inefficace la poussée abdominale.

*γ. Troisième plan de soutien : Confection d'un plafond vaginal.* — Cette manœuvre consiste simplement à adosser, sans suture spéciale, la tranche vaginale saignante contre la tranche des ligaments larges infléchis. De cette juxtaposition résulte un magma cicatriciel qui suspend le dôme vaginal. Reste à exécuter la réfection du plancher pelvien effondré.

*Acte fondamental : La réfection périnéale. — Premier temps : La colporraphie antérieure.* — Jusqu'ici le dôme vaginal est faiblement remonté, une colporraphie antérieure, s'il y a cystocèle simple ou double, accentue l'ascension de ce dôme, mais c'est principalement à la paroi vaginale postérieure qu'il faut s'adresser pour obtenir l'ascension maximum (1).

*Deuxième temps : La colpopérinéorraphie postérieure.* — Une colpo-périnéorraphie, presque indispensable parce qu'il y a déroulement de la paroi vaginale postérieure, parachève l'ascension du plafond vaginal, et offre, pour le résultat éloigné, une indiscutable garantie.

*Pansement.* — Un pansement composé de tampons vaginaux refoule le fond du vagin pendant les trois semaines que la malade reste au lit. Une sonde à demeure dérive

---

(1) *Nota.* — Dans le but de fendre plus haut le plafond vaginal, Czempuis (cité par Bouilly) coupe les ligaments larges le plus loin possible de l'utérus pour y coudre le dôme vaginal. Cette section à distance n'est pas nécessaire. Pour tendre la sangle ligamentaire, il n'y a qu'à suturer, non la tanche, mais la face supérieure des ligaments larges.

l'urine loin du champ opératoire pendant quarante-huit heures. Les tampons vaginaux sont renouvelés suivant les besoins; on laissera autant que possible les plus élevés s'ils ne paraissent pas souillés.

Un premier point à signaler dans l'opération ainsi décrite est le parti tiré des ligaments larges comme agents de rétraction. Comparables à des lambeaux d'autoplastie, ils se rétractent, entraînant avec eux le dôme vaginal. Cette rétraction cicatricielle, loin de tirer excentriquement sur la cicatrice pour l'affaiblir, ne peut que la remonter et tirer sur le vagin.

Une deuxième particularité, bien digne de remarque, est la confection d'une large sangle, par la suture des ligaments larges, sangle sur laquelle vient se briser la pression abdominale.

Enfin, l'extériorisation des moignons ligamentaires, hors du péritoine, est une manœuvre des plus recommandable. Aussi, Martin [de Berlin (1)] l'a mise à profit.

A part quelques modifications de détail, et l'extraction de l'utérus par bascule en arrière dans le but de disséquer la vessie de haut en bas, le procédé décrit tout récemment par Doyen dans sa technique chirurgicale, est similaire à celui de Quénu, dont la première description a été donnée par lui en 1893 à la Société de chirurgie.

Les ligaments larges forment un moyen de soutien sur la valeur de laquelle je viens d'insister longuement. Cependant, certains chirurgiens ne paraissent pas leur accorder une grande créance, puisqu'ils s'adressent, à leur place, aux grêles ligaments ronds. Delbet (2), par exemple, fait, non une colopexie supérieure à l'aide des ligaments larges, mais une colopexie antérieure en utilisant les ligaments ronds; comme ceux-ci soutiennent en même temps la vessie, la fixation devient une colpo-cystopexie. Deux lambeaux triangulaires de vagin, disséqués au commencement de l'opération, sont suturés après l'enlèvement de l'utérus aux ligaments ronds; puis ces lambeaux adossés par leur surface cruentée l'un à l'autre, forment par leur adossement une columnisation antérieure du vagin. On ne peut nier, cependant, que par sa vaste surface, la sangle des ligaments larges soit supérieure à la sangle des ligaments ronds, au moins pour lutter contre la poussée abdominale. Aussi, n'utiliser que les ligaments ronds et dédaigner les ligaments larges, c'est, à notre avis, ne pas comprendre la question.

II. *Procédé de Fritsch* (3) *avec la modification de Pozzi* (4) : *L'hystérectomie avec large résection vaginale.* — « Je commence, dit Pozzi, par circonscrire au bistouri, sur la paroi vaginale antérieure, un grand lambeau triangulaire, dont le sommet répond au méat urinaire et en est distant de 2 à 3 centimètres au plus. La base de ce lambeau comprend dans son écartement le col utérin dont il longe les côtés. Un petit lambeau triangulaire analogue est dessiné au bistouri sur la paroi postérieure ; ces deux triangles inégaux se confondent par leurs bases et forment par leur ensemble un losange allongé d'avant en arrière.

Je dissèque alors aux ciseaux les deux lambeaux de la muqueuse du vagin. Pour faciliter ce temps, il faut placer une sonde d'homme dans la vessie et en promener le bec sous l'endroit que l'on dissèque. Il faut également bien tendre les parties à l'aide de pinces tire-balles fixées sur les limites du champ opératoire. Lorsque les deux lambeaux vaginaux sont disséqués et pendent en avant et en arrière du col, on se trouve dans les conditions de l'hystérectomie ordinaire, avec cette différence que la vessie affecte ici des rapports plus intimes et plus étendus avec le col de l'utérus élongé.

Je dissèque aux ciseaux la vessie, et à mesure que le col utérin devient libre, je l'incise de bas en haut sur sa face antérieure, et je tire les pinces sur la tranche de l'incision, de façon à abaisser de plus en plus l'organe. On peut ainsi arriver, dans certains cas, jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. Mais, si l'on éprouve trop de difficultés, on doit renoncer à l'atteindre d'emblée, à passer immédiatement au temps suivant. Celui-ci consiste dans l'ouverture du cul-de-sac de Douglas avec les ciseaux. Sur cette ouverture, on peut alors recourber les doigts en crochet par delà l'utérus, et, grâce à cette manœuvre, déprimer le cul-de-sac vésico-utérin et parvenir à l'inciser. L'utérus étant ainsi amplement dégagé sur ses deux faces, on procède à la ligature des ligaments larges. On parvient ainsi à dégager suffisamment l'utérus pour pouvoir saisir sa face postérieure et le faire basculer d'avant en arrière, pour achever de lier les ligaments larges de leur sommet à leur base. Aucune manœuvre spéciale n'est nécessaire pour fixer le fond du vagin aux moignons des ligaments larges ; le processus cicatriciel se chargera de ce soin.

Reste à réunir la large plaie vaginale, qui laisse à découvert une grande partie de la surface de la vessie. En avant cette réunion est faite au catgut, à l'aide d'une suture continue à trois plans superposés. En arrière on place simplement quelques points séparés de suture au catgut, de manière à réunir la plaie qui résulte de l'ablation du petit lambeau vaginal postérieur. Avant de la serrer, on introduit une mèche de gaze iodoformée, au niveau de l'espace qu'occupait l'utérus enlevé.

Enfin, dans un dernier temps, on pratique une périnéorraphie par dédoublement, selon le procédé de Lawson Tait modifié. C'est là, je le répète, le point capital de l'opération, quoique, par son peu de durée et sa facilité relative, il paraisse n'être qu'accessoire. »

## IV

**Résultats.** — I. Résultats immédiats. — *Gravité de l'hystérectomie pour prolapsus.* — A ne considérer que les statistiques prises en bloc, l'hystérectomie pourrait paraître peu séduisante. En effet, Hartmann et Dubouchet, sur 55 cas, relèvent 5 morts. La statistique plus étendue et plus récente de Rauhut, sur 137 cas, signale 14 morts, soit 10 p. 100. Ces résultats nous induisent en erreur. Voilà qui est étrange, puisqu'à ne considérer que les chiffres, nous serions amenés à considérer l'opération comme plus meurtrière que l'hystérectomie pour fibrome, ou pour suppuration pelvienne? S'il en était ainsi, c'est vers l'abstention qu'il faudrait pencher. Telle n'est pas, cependant, la réalité. Consultez, au contraire, tous les chirurgiens compétents, ils sont tous frappés de l'absolue bénignité de l'opération entre leurs mains. La vérité est que, en dépit des statistiques disparates, la mortalité ici doit être nulle ou à peu près, et si l'on compte autant de décès, c'est parce que beaucoup des cas qui figurent dans les statistiques, datent d'une époque déjà ancienne, parce qu'aussi chaque opérateur

(1) Martin. Cité par Bouilly.
(2) Delbet. Congr. franç. de chir., 1896.
(3) Fritsch. Rapporté par Asch.
(4) Pozzi. *Ann. de gyn.*, 1894.

comprend un peu à sa façon les indications, et que peut-être, sur un terrain encore neuf, on n'a pas toujours su s'abstenir dans les cas qui doivent être respectés; ceci prouve seulement qu'il faut bien poser son indication, bien calculer le degré de tare organique. Nous dirions volontiers que dans le prolapsus, ce qu'il y a de difficile, c'est peut-être moins l'opération en elle-même, que le discernement des cas auxquels elle convient. C'est affaire de tact chirurgical. Ces conditions bien remplies, personne, croyons-nous, n'hésitera plus à considérer l'hystérectomie pour prolapsus comme « légitime ». Voyons maintenant combien elle est précieuse.

II. Résultats éloignés. — *Valeur curative de l'hystérectomie combinée aux colporraphies.* — Appliquée seule, sans l'acte fondamental, l'hystérectomie est insuffisante; ce point est universellement admis. Avec les colporraphies combinées, le problème est résolu et l'hystérectomie donne, au contraire, d'excellents résultats. La guérison parfaite est relevée dans 77,4 p. 100 des cas par Rauhut; ces chiffres sont très éloquents. Il est fort possible que les 8,1 p. 100 de récidives des faits restants soient relatifs à des cas absolument rebelles à toute thérapeutique. Il faut aussi tenir compte de la technique employée. Afin de nous éclairer pour notre part sur ce point capital de la valeur curative de l'hystérectomie faite dans les mêmes conditions de technique et d'indications bien étudiées, nous avons recherché les suites éloignées des dernières opérées de M. Quénu, spécialement au point de vue de la récidive. Or, nous n'avons point constaté de déroulement ultérieur du vagin, et de résultat insuffisant. Aussi, notre conviction est-elle que l'hystérectomie combinée pour prolapsus est une opération des plus recommandables dans le groupe restreint des cas où elle trouve son indication bien précise, et nous ne craignons pas d'opposer notre enthousiasme modéré au trop précoce découragement de quelques chirurgiens.

---

## DES CARACTÈRES CLINIQUES

### DE L'ALIÉNÉ INOFFENSIF ET DE L'ALIÉNÉ DANGEREUX (1)

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

II

Je venais d'analyser pour un journal scientifique la dernière édition italienne de l'*Uomo delinquente*, quand, nommé médecin en chef de Marseille, en 1887, j'eus occasion de rencontrer chez nombre d'aliénés de mon nouveau service les stigmates physiques de la criminalité que j'avais trouvés dans le génial ouvrage de Lombroso. Intrigué, je m'occupai plus particulièrement de ces malades et ma surprise fut grande d'apprendre par leurs dossiers qu'ils provenaient tous des pénitenciers de l'Algérie et de la Corse : c'étaient des forçats devenus aliénés. Depuis lors, maintes et maintes fois, je l'affirme, j'ai retrouvé les signes de la criminalité, signes physiques et signes psychiques, soit sur des fous criminels, soit sur d'autres qui n'avaient commis aucun méfait avant leur isolement, mais, qui, dans l'établissement, étaient éminemment dangereux. Je suis par là conduit à conseiller des recherches dans cette voie nouvelle. Jusqu'à ce jour, personne encore, en s'aidant de la seule clinique mentale, n'a été en mesure de relever le gant qu'a jeté Belloc, s'écriant à la Société médico-psychologique : « Je vous défie de fournir les signes certains de la criminalité dans la folie ! » Qui sait si l'anthropologie criminelle ne nous en fournira pas les moyens? Déjà, j'ai indiqué en 1890 cette ressource précieuse que personne n'utilise, mais puisque le vote récent du conseil général de la Seine nous impose l'obligation désormais de passer aux actes et de nous prononcer sur chaque cas, qu'il me soit permis de reprendre les arguments que j'ai invoqués à cette époque et de les compléter.

Il est de toute évidence que quiconque admet l'identité du crime et de la folie, est condamné à considérer tout aliéné comme susceptible de devenir criminel et ne saurait, sans tomber dans l'étrange contradiction des savants aliénistes dont j'ai parlé plus haut, chercher les caractères qui distinguent le fou dangereux du fou inoffensif. Les deux maux ayant la même origine, étant seulement deux faces des mêmes dispositions organiques, tout criminel sera exposé à devenir demain aliéné, et tout aliéné à devenir demain criminel. La doctrine de l'identité du crime et de la folie est donc déjà détruite par le fait clinique incontestable de la rareté de la criminalité chez les aliénés, et la rareté de l'aliénation chez les criminels purs de tout trouble mental avant leur condamnation. Mais il est un autre argument plus général, absolument péremptoire, tiré de l'histoire et de l'évolution de l'humanité, qui milite et victorieusement contre elle; le crime fut à l'origine un acte régulier, permis, et souvent légalement organisé, dont la trace se retrouve même dans la législation actuelle avec le droit de mort accordé au mari dans le flagrant délit d'adultère. Or, l'humanité a marché dans la voie du progrès et de la fécondité, tandis que la folie engendre la dégénérescence et la stérilité.

Cette doctrine cependant compte en France et à l'étranger de nombreux partisans qui ne voient dans le criminel qu'un dégénéré : c'est elle qui a inspiré chez nous le livre de M. Féré et celui de M. Laurent, et à l'étranger les ouvrages de Mundslay, en Angleterre; de Benedickt, en Autriche; de Sergi et Virgilio, en Italie. Lombroso, après avoir défendu l'origine atavistique du crime, s'est, depuis quelques années, prononcé hardiment pour l'identité du criminel-né, du fou moral et de l'épileptique. L'illustre maître de Turin, qui vient de me faire le très grand honneur de me dédier son dernier ouvrage, en m'appelant son frère d'armes, me permettra de rester fidèle à mes premières amours et de continuer à défendre la thèse qu'il a abandonnée. Aujourd'hui comme hier, pour les deux raisons que je viens de résumer brièvement, le criminel et l'aliéné sont à mes yeux deux êtres absolument distincts; la folie chez le premier et le crime chez le second sont des éléments surajoutés.

Mais il nous est permis de creuser davantage le problème et de constater que non seulement crime et folie sont deux choses distinctes, mais encore en raison inverse l'un de l'autre. Le premier, en effet, est l'apanage des sociétés primitives, où la rareté de la seconde est un fait reconnu, tandis que celle-ci se développe et que celui-ci s'atténue avec les progrès de la civilisation. S'il en est ainsi, si là où la dégénérescence est profonde, le crime est rare, nous possédons un élément précieux de pronostic de la criminalité dans la folie, car plus l'aliéné sera dégénéré, plus la folie revêtira les caractères dégénératifs, plus certaine sera

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 992.

chez lui l'absence du crime. Et de fait, ce sont les fous non dégénérés, les lypémaniaques simples et les persécutés qui fournissent le plus grand nombre de criminels. Dans un article paru en 1892, dans les *Archives d'anthropologie criminelle*, du professeur Lacassagne, j'ai établi, en effet, par des faits cliniques, l'atténuation progressive de la criminalité dans la folie, au fur et à mesure de l'accentuation de la dégénérescence. Ce seront donc surtout les aliénés dégénérés qui seront les plus aptes à bénéficier de l'open-door, et on comprend maintenant la forte proportion de malades capables d'être traités en liberté (60 à 70 p. 100), puisque la folie dégénérative est bien plus fréquente que la folie simple. Voilà, par conséquent, une indication précieuse pour le pronostic de la criminalité.

Nous sommes ainsi amenés à nous demander à l'aide de quels caractères on reconnaîtra cette dégénérescence qui rend le crime improbable. Ces caractères seront les stigmates physiques et mentaux. L'espèce humaine, en effet, comme toutes les espèces animales, est sujette à trois variations, à cette seule différence que les modifications mentales seront plus marquées, et d'une importance capitale chez elle, en raison du développement considérable de son psychique. Par la première de ces trois variations, l'espèce se fortifie et s'améliore ; par la seconde, au contraire, elle s'affaiblit et se dégrade ; par la troisième, elle revient en arrière : c'est le perfectionnement, la dégénérescence, la régression. Or, ces trois variations ont leurs stigmates physiques et mentaux ; elles impriment à l'esprit et au corps des empreintes spéciales, de telle sorte que l'examen anthropologique de l'individu permet de reconnaître laquelle des trois a présidé à son organisation. Les formes harmoniques et symétriques, tels seront les caractères du corps dans la première, en même temps que les facultés mentales auront un égal développement et que les diverses sensibilités, sensations et émotivités obéiront en esclaves dociles. Le sujet ainsi organisé, maître de lui, bien armé pour la lutte, marchera de l'avant et triomphera sans jamais perdre son équilibre mental. Avec la seconde variation, la desharmonie et l'asymétrie se montrent dans la conformation corporelle, surtout au crâne et à la face, tandis qu'à côté de brillantes dispositions intellectuelles existent d'étonnantes lacunes, et que la réaction étant disproportionnée à l'impression, l'émotivité prédomine et s'impose à la volonté impuissante, de telle sorte que le sujet est un instable et un obsédé.

L'aliéniste, pour prévoir la criminalité dans la folie, pour savoir si son malade aura ou non des tendances criminelles, devra en conséquence rechercher tout d'abord sur lui l'absence ou la présence de ces stigmates mentaux et physiques. Au lieu de s'en rapporter au milieu, à la forme mentale et à son évolution, ainsi qu'au caractère antérieur, qui, avons-nous vu, ne fournissent que des données très aléatoires, il examinera le corps et scrutera l'esprit, et s'il découvre dans celui-là des anomalies physiques d'asymétrie, de désharmonie et de malformation ; dans celui-ci, de l'instabilité, des obsessions et un développement inégal des facultés, il pronostiquera favorablement et n'hésitera pas à traiter en liberté ce malade qui est un dégénéré, partant un inoffensif.

Mais d'autres fois, son examen lui révélera un état physique et mental, qui ne sera ni celui du perfectionnement, ni celui de la dégénérescence. Le type corporel qu'il aura sous les yeux lui rappellera l'habitant des cavernes : la barbe sera rare, les cheveux abondants, les sinus frontaux et les zygomes énormes, la mâchoire solide avec appendice lémurien, les oreilles en anse, les orbites aussi vastes qu'éloignés, l'envergure immense ; en même temps, le corps tatoué sera analgésique et agile ; quant au type psychique, il se caractérisera surtout par l'impatience de tout frein, l'impossibilité de se soumettre aux lois et aux exigences sociales. C'est que l'aliéniste se trouvera alors en présence de la troisième variation, la régression, et le sujet aura toutes les tendances criminelles des premiers hommes dont il est l'image ; il sera un aliéné criminel autant que le dégénéré est un aliéné inoffensif.

Si, dans la nature, les transitions n'existaient pas, si le *natura non facit saltus* était faux, il est évident que la dégénérescence et la criminalité étant deux états non seulement distincts, mais contraires, jamais on ne les trouverait réunis chez le même sujet. Le malheur est que la nature, ici comme partout, procède par degrés : de là entre les deux points extrêmes de départ et d'arrivée une série de cas intermédiaires dont les signes seront d'autant moins nets et d'autant moins exclusifs de tout alliage, qu'ils seront moins éloignés de l'état sain. Cela est vrai encore plus de la criminalité que de la dégénérescence, car les tendances régressives sont plus universellement répandues que les tendances dégénératives. Il y a de très nombreux privilégiés qui ne comptent parmi leurs ancêtres aucun névropathe ; sans exception, nous avons tous eu pour aïeux des assassins, des incendiaires, des voleurs et des retrousseurs de filles, puisque nous sommes rattachés, par une chaîne ininterrompue d'ascendants, à ces premiers hommes dont les occupations de tous les jours étaient de piller, de brûler et de violer. Or, rien de ce qui a existé ne se perd, et notre encéphale contient à l'état plus ou moins latent, selon les individus, toutes les manières d'être de nos pères, de sorte qu'il est rigoureusement exact de dire, en s'emparant d'un vers célèbre et en l'adaptant au sujet « que tout homme porte en son cerveau un criminel qui sommeille ». On comprend comment, dans ces conditions, la criminalité étant, comme on l'a avancé avec raison au Congrès de Bruxelles, l'état naturel de l'humanité, une régression marquée s'alliera quelquefois à un commencement de dégénérescence ; de là, sa fréquence plus grande avec les folies simples où celle-ci est à son minimum, et sa rareté excessive, presque son absence, dans les folies dégénératives, où elle est presque à son maximum.

Mais la nature se plaisant parfois aux combinaisons, il arrivera à titre exceptionnel de trouver combinés chez le même sujet les stigmates physiques et mentaux de la dégénérescence et de la criminalité. Ce sont ces cas surtout qui ont servi à étayer la doctrine de l'identité du crime et de la folie. Quelques faits isolés ne peuvent pourtant annihiler la masse énorme de ceux qui établissent, au contraire, la non-identité et même l'antagonisme de ces deux éléments. Cependant, l'aliéniste, ayant à se prononcer sur des individualités, devra se préoccuper de cette possibilité d'une régression associée à la dégénérescence, et il aura précisément dans l'anthropologie criminelle, qui lui fournit les stigmates caractéristiques des deux, le moyen de reconnaître cette association et de pronostiquer, chez un sujet dégénéré, la possibilité par exception du crime.

On voit donc combien la clinique anthropologique l'emporte sur la clinique mentale, dans cette question encore si obscure du pronostic de la criminalité chez l'aliéné. Si nous résumons ses enseignements, nous notons que la pro-

mière recherche à opérer est celle des stigmates physiques et mentaux de la dégénérescence et de la régression. Rencontre-t-on celle-ci, il faut se méfier grandement et se demander si l'aliéné a une folie simple ou dégénérative; dans le premier cas, le danger est quasi certain et le malade n'est pas en état de bénéficier de l'open-door; un lypémaniaque et un persécuté qui sont en même temps des régressifs, qui présentent les caractères anatomiques et psychiques résumés plus haut, deviendront presque certainement criminels, s'ils restent libres. Dans le second cas, la dégénérescence agissant en antagoniste de la régression, la contre-balançant, le danger est, sinon complètement écarté, du moins très diminué, le malade peut bénéficier d'une demi-liberté; il ne sera seulement jamais perdu de vue. Les stigmates physiques et mentaux de la régression sont-ils absents? Il importe également de rechercher si la folie est simple ou dégénérative. Dans le cas de dégénérescence sans stigmates criminels, la liberté la plus large peut être accordée, et tel est précisément celui du plus grand nombre des aliénés, si grand que la proportion de ceux-ci, susceptibles d'être laissés libres sans danger pour la sécurité des gens et la propriété, ne serait pas de 60 à 70 p. 100, mais de 80 à 85 p. 100, si l'on n'était obligé de tenir enfermés un assez grand nombre d'inoffensifs, à cause de leur agitation, malades non dangereux, mais par trop bruyants pour être laissés libres. Si la folie est simple, malgré l'absence de tout stigmate régressif, il est prudent de n'être pas absolument confiant, car, sous l'influence de la maladie qui annihile la volition, le criminel que nous savons porter tous en nous, est fort capable de se montrer.

Nous conclurons : 1° liberté la plus large dans les folies dégénératives sans stigmates de régression (ce sont de beaucoup les plus nombreuses); 2° liberté limitée dans les folies dégénératives avec stigmates de régression ; 3° liberté plus limitée dans les folies simples, même sans stigmates de régression ; 4° isolement rigoureux dans les folies simples avec stigmates de régression.

Certes, nous ne promettons pas l'infaillibilité avec cette méthode : *Errare humanum est;* mais elle sera un guide autrement sûr que la clinique mentale qui, jusqu'ici, a été incapable d'expliquer pourquoi, de deux aliénés atteints de la même vésanie, l'un était dangereux et l'autre inoffensif; incapable, étant donné un malade, de pronostiquer s'il était ou non un danger. Son impuissance est telle que M. Christian a pu affirmer que, d'ordinaire, l'aliéné qui tue est celui dont on se méfie le moins, et personne, que je sache, ne l'a contredit. Ce seul fait juge, il me semble, la question. Cependant, même avec l'aide de la clinique anthropologique, il arrivera, avouons-nous, rarement sans doute, cent fois plus rarement qu'avec la clinique mentale, mais enfin il arrivera de se tromper. La plupart de ces erreurs, la presque totalité sera rectifiée, si les aliénés qui profitent de l'open-door ne sont pas délaissés, abandonnés à eux-mêmes. En les suivant avec soin, on remarquera, en effet, sûrement, dans leurs allures et leurs paroles, des indices d'un tempérament criminel méconnu. L'aliéné, même très régressif, par cela qu'il est aliéné, c'est-à-dire plus ou moins touché par la dégénérescence qui contre-balance, suivant nous, la régression, n'arrive pas d'emblée au crime; il semble s'y habituer par des menaces et des demi-tentatives. Longtemps avant de tuer, le persécuté annonce qu'il tuera si on ne cesse de le tourmenter. Et il sera facile ainsi de réparer son erreur, d'isoler celui qu'on avait laissé libre.

C'est également en suivant de près les malades qu'on constatera que, pour un certain nombre, le danger auxquels ils exposent est intermittent, et qu'on finira vite par reconnaître les particularités qui indiquent l'approche et la terminaison de la période dangereuse, constatation qui permet durant des intervalles, parfois fort longs, de laisser libres des aliénés qui, à certains moments, sont éminemment dangereux. Le fou, d'ordinaire, n'est pas criminel à froid; pour qu'il le devienne, il faut l'intervention d'une poussée aiguë; l'homicide, a écrit Blanche, peut être commis par des aliénés atteints d'affections mentales diverses, à la condition, toutefois, que les malades soient sujets à des crises d'excitation dites congestives, assez intenses pour qu'ils n'en restent pas à la pensée et qu'ils en viennent à l'acte. A l'aliéniste de savoir reconnaître ces crises à leur aurore, afin d'isoler à temps son malade.

On voit donc que, si la clinique mentale est impuissante, seule, à pronostiquer la criminalité chez les aliénés, elle vient puissamment en aide à la clinique anthropologique, pour l'aider à rectifier ses jugements; elles se complètent ainsi l'une par l'autre.

Mais je m'arrête, non sans demander cependant la permission de signaler que ce mémoire n'est pas seulement un travail théorique, mais un travail inspiré par une pratique de l'open-door de neuf ans, or, dans ces *neuf ans*, en accordant la liberté la plus large à 60 p. 100 des aliénés de mon service, je n'ai eu *aucun accident* à déplorer.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement des végétations génitales par la résorcine.

Lorsqu'on a affaire à des végétations isolées et pédiculées, on étale sur chacune une couche de résorcine pure, à l'aide d'un pinceau humecté d'eau, on recouvre ensuite les végétations d'une petite compresse de tarlatane. On recommence chaque jour ce très simple traitement, jusqu'à ce que le papillome se dessèche et tombe.

S'agit-il de végétations multiples, étendues en plusieurs endroits, avec des intervalles de peau saine, comme on en rencontre si fréquemment au niveau du gland, du prépuce, du sillon balano-préputial, de l'anus, de la vulve? On commence par laver toute la région, végétations et peau, avec de la liqueur d'Hoffmann; on dessèche soigneusement : puis on applique sur le tout, dépassant de 1 à 2 centimètres les limites de la peau saine, le collodion suivant :

Collodion riciné. . . . . . . . 80 grammes.
Résorcine. . . . . . . . . . 20 —

Mêlez.

En général, deux ou trois applications de résorcine suffisent; dès le premier badigeonnage, on voit les végétations se ratatiner, devenir blanches, et leur couche superficielle se détacher en même temps que la pellicule du collodion : le traitement terminé, il reste une petite plaie, criblée de petits pertuis, correspondant à l'insertion des papillomes, et qu'on traite à l'aide de poudres antiseptiques quelconques, mais non odorantes.

Lorsque, comme au scrotum ou à la face externe des grandes lèvres, la peau est plus dure et les végétations calculeuses, M. Silbermintz a recours à un collodion contenant 50 p. 100 de résorcine.

Enfin, les végétations sont-elles à leur début, on n'a qu'à appliquer des compresses imbibées d'une solution de résorcine à 2 p. 100.

Il est bon, pendant la durée de ces différents traitements, de faire prendre concurremment des bains locaux boriqués.

Quant aux récidives, on les évitera en conseillant au malade de laver les points malades avec une solution de résorcine à 0,5 p. 100, puis d'appliquer la poudre suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Carbonate de zinc. . . . | } *ââ* | 9 grammes. |
| Sous-nitrate de bismuth . | | |
| Résorcine. . . . . . . . . | | 2 — |
| Poudre de tolu . . . . . . | | 80 — |

(*Journ. de clin. et de thérap.*)

### CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 septembre 1898, sont promus dans le corps de santé militaire, au grade de médecins aides-majors de première classe, pour prendre rang du 1er octobre 1898, et maintenus à leur poste actuel :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Cange, au 21e d'infanterie; — Rambaud, au 103e d'infanterie; — Rubenthaler, au 11e hussards; — Bouquet de Jolinière, au 124e d'infanterie; — Daireaux, au 82e d'infanterie; — Damas, au 1er de hussards; — Levêque, au 115e d'infanterie; — Geysen, au 31e d'artillerie; — Besse, au 9e d'artillerie; — Rieux, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Schmerber, au 19e dragons; — Zeller, au 51e d'infanterie; — Conor, au 26e d'artillerie; — Foley, au 155e d'infanterie; — Petges, au 7e bataillon de chasseurs à pied; — Oberlé, au 67e d'infanterie; — Lafeuille, au 63e d'infanterie; — Velten, aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Pla, au 23e d'artillerie; — Mouly, au 129e d'infanterie; — Rolland, au 38e d'infanterie; — Rouyer, au 10e bataillon de chasseurs à pied; — Romary, au 3e d'infanterie; — Serre, au 13e d'infanterie; — Dusolier, au 10e chasseurs à cheval; — Hussenstein, au 48e d'infanterie; — Gorse, aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Jourdin, au 87e d'infanterie; — Labadie, au 40e d'infanterie; — Faure, au 88e d'infanterie; — Baumelon, au 3e bataillon de chasseurs à pied; — Auguin, au 20e chasseurs à cheval; — Gorisse, au 117e bataillon de chasseurs à pied; — Gauthier, au 140e d'infanterie; — Beauliès, au 68e d'infanterie; — Brice, au 5e bataillon de chasseurs à pied; — Idrac, au 80e d'infanterie; — Boitel, au 81e d'infanterie; — Cadiot, au 85e d'infanterie; — Trassagnac, au 14e d'infanterie; — Quenet, au 2e bataillon de chasseurs à pied; — Rudler, au 42e d'infanterie; — Tiberi, à l'hôpital militaire de Montmédy; — Blanchard, au 16e dragons; — Mahaut, au 153e d'infanterie; — Montagne, au 27e d'infanterie; — Delahaye, au 84e d'infanterie; — Caujole, au 53e d'infanterie; — Vigne, au 22e bataillon de chasseurs à pied; — Paloque, au 13e chasseurs à cheval; — Regad, au 159e d'infanterie; — Henriot, au 145e d'infanterie; — Fayollat, au 132e d'infanterie; — Fohanno, au 128e d'infanterie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Austruy, de Fumel (Lot-et-Garonne); Jugand (d'Issoudun); et de M. Rigaud qui, avec M. Chapoteaut, dirigeait une des maisons les plus importantes de produits pharmaceutiques de Paris.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 111. — JEUDI 29 SEPTEMBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 29 SEPTEMBRE 1898. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## HOPITAL ANDRAL. — M. Albert MATHIEU.

### La dyspepsie des tuberculeux.

(Leçon recueillie par M. SIKORA, interne des hôpitaux de Paris.)

Les phénomènes dyspeptiques sont d'observation fréquente soit au début, soit au cours de la tuberculose pulmonaire; il importe d'en être averti : au point de vue du diagnostic, car il ne faut pas méconnaître la nature réelle d'une dyspepsie initiale de la tuberculose, et au point de vue du traitement, car il faut en tenir grand compte dans l'établissement du régime des tuberculeux. Il est actuellement admis par tous les médecins compétents que l'hygiène tient une place beaucoup plus importante que la médication dans le traitement de ces malades. Or, dans l'hygiène, le régime alimentaire joue le rôle prépondérant, et l'existence d'accidents dyspeptiques apporte des indications d'une importance capitale.

Un des incidents les plus fréquents et les plus ennuyeux de la dyspepsie des tuberculeux, ce sont les vomissements provoqués par la toux; nous allons les étudier tout d'abord.

I

Les vomissements des tuberculeux sont toujours un accident désagréable; par leur répétition ils deviennent même un véritable danger, parce qu'ils sont un obstacle parfois des plus graves à l'alimentation intensive, ou même simplement méthodique.

Une de nos malades, jeune femme de vingt-trois ans, couchée au n° 27 de la salle des femmes, en présente un exemple très intéressant. Elle a commencé à tousser il y a deux ans ; l'expectoration, les sueurs nocturnes, les vomissements, l'amaigrissement n'ont pas tardé à apparaître. Il y a deux mois tous ces phénomènes ont augmenté et la malade a craché du sang à plusieurs reprises. Nous pouvions donc prévoir que l'examen nous révélerait des signes non douteux de tuberculose pulmonaire. En effet, on constate, à la percussion, de la matité dans les deux fosses sus-épineuses et des râles sous-crépitants à l'auscultation.

Les troubles dyspeptiques ont apparu dès le début de la maladie. Il y a deux ans, la malade éprouvait déjà une anorexie marquée elle avait du malaise, de la pesanteur, des renvois après le repas. Les vomissements n'ont pas tardé à apparaître ; en général, ils se présentaient sous l'influence de la toux ; quelque temps après l'ingestion des aliments, la malade était prise de malaise à l'estomac, d'une toux bientôt quinteuse, qui amenait le vomissement et le rejet des aliments ingérés quelques instants auparavant.

Jusque-là, il n'y a rien que de très banal dans cette histoire. Chez notre malade, il y a toutefois un phénomène particulier à relever. En général, les tuberculeux ne vomissent qu'après le repas. Ils toussent parce qu'ils ont mangé, ils vomissent parce qu'ils toussent, comme l'a si bien dit M. Marfan, dont la thèse inaugurale constitue une très bonne étude d'ensemble sur la dyspepsie des tuberculeux. Notre malade, chose rare, avait quelquefois aussi des vomissements le matin à jeun; sous l'influence de la toux, elle expulsait des détritus alimentaires ingérés aux repas de la veille. Il y avait donc chez elle une stase gastrique vraie et c'est un exemple de dilatation avec stase alimentaire passagère au début de la tuberculose. J'aurai l'occasion de vous parler plus tard de cette forme assez rare de la dyspepsie initiale de la tuberculose.

L'examen direct de l'abdomen de notre malade donne lieu à des constatations intéressantes. Le rein droit est mobile au second degré, mais cela ne mérite guère de nous intéresser dans le cas particulier. Par la palpation, on constate de la douleur au niveau de la grande courbure et de la face antérieure de l'estomac et un point douloureux marqué au niveau du plexus solaire.

Je considère la douleur à la palpation de la face antérieure et de la grande courbure de l'estomac comme un signe de gastrite; il ne manque jamais dans la gastrite éthylique dont il constitue un signe important. Toutefois, en dehors de la gastrite, cette sensibilité anormale peut aussi se rencontrer par le fait de l'hyperesthésie de l'estomac chez les hystériques; notre malade ne présente, du reste, aucun stigmate d'hystérie.

Quant à la douleur au niveau du plexus solaire, elle est d'observation commune, banale dans les dypsepsies douloureuses de divers ordres. Je donne, dans la pratique, le nom de point épigastrique à ce point douloureux. Sa situation topographique est d'une constance remarquable. Si vous menez une ligne horizontale allant de l'extrémité de la 9e côte, d'un côté, à l'extrémité de la 9e côte, du côté opposé,

elle rencontre la ligne blanche à la partie moyenne du creux épigastrique. Le rebord des cartilages costaux de chaque côté limite ainsi deux triangles rectangles dont l'appendice xiphoïde marque l'angle supérieur; la ligne blanche leur constitue un côté interne commun. La douleur à la pression existe soit à l'intersection de la ligne horizontale qui forme la base des deux triangles avec la ligne blanche, soit plus souvent encore, un peu à droite, à l'angle interne du triangle épigastrique droit.

Les recherches encore inédites de mon ancien interne M. J.-Ch. Roux démontrent qu'un stylet enfoncé à cet endroit jusqu'à la colonne vertébrale rencontre presque toujours le tronc cœliaque. Or, vous savez que le plexus solaire est en quelque sorte accroché au tronc cœliaque. Comme celui-ci est légèrement dévié à droite, on peut expliquer par là que le point douloureux épigastrique soit lui-même le plus souvent situé un peu à droite de la ligne médiane. Quoi qu'il en soit, ce point douloureux, que je n'ai pas la prétention d'avoir découvert, me paraît indiquer, comme le veut Leven, l'excitabilité du plexus solaire. Il rend compte des phénomènes douloureux dans la dyspepsie nerveuse, mais il se rencontre aussi dans la gastrite; on peut donc conclure que son hyperesthésie peut être d'origine centrale aussi bien que d'origine périphérique.

Nous pouvons admettre qu'il existe de la gastrite chez notre malade et que le plexus solaire présente également un degré assez marqué d'excitation. L'examen du suc gastrique nous a montré une diminution sensible de la sécrétion de l'acide chlorhydrique qui va bien avec l'idée d'une gastrite. Cette inflammation de la muqueuse stomacale a probablement été très favorable à l'existence de la stase alimentaire qui a autrefois existé chez cette malade, puisqu'elle rejetait le matin par le vomissement des aliments qu'elle avait pris aux repas de la veille.

Si la douleur à la palpation de la région antérieure et de la grande courbure de l'estomac, signe de gastrite, est assez rare chez les tuberculeux dyspeptiques, il n'en est pas de même du point douloureux épigastrique, qui se présente à un degré marqué chez tous ceux qui vomissent.

Cette donnée a une importance théorique assez grande, et elle a contribué à m'amener à une pratique qui me donne d'excellents résultats dans le traitement des vomissements des tuberculeux.

Vous savez que le plexus solaire, qui innerve l'estomac, est constitué par un groupe de ganglions nerveux auxquels aboutissent le pneumogastrique et des rameaux importants venus du grand sympathique. Or le pneumogastrique innerve également le poumon. Ainsi s'explique physiologiquement le phénomène de la toux gastrique. Lorsque l'estomac, innervé par un plexus solaire irrité, reçoit le contact des aliments, l'excitation remonte jusqu'aux centres bulbaires par le pneumo-gastrique et la toux survient, phénomène de défense destiné à produire l'expulsion du corps étranger cause de cette irritation; malheureusement, dans le cas présent, le corps étranger ce sont les aliments dont le rejet deviendra une cause d'inanition que sa répétition peut rendre très dangereuse. Après le vomissement, la toux s'arrête.

Beaucoup de médecins ont cherché à combattre la toux consécutive à l'ingestion des aliments de la même façon que la toux commune; quelques-uns mieux inspirés ont donné les calmants immédiatement avant les repas. Malheureusement l'usage des calmants de la toux amène le plus souvent de l'anorexie : or il importe de respecter l'appétit de ces malades. On doit tout faire pour le réveiller lorsqu'il est éteint; on doit s'efforcer de le respecter lorsqu'il existe.

Pour éviter cet inconvénient grave des dérivés de l'opium et de leurs succédanés, il fallait éteindre le réflexe gastrique en agissant sur la muqueuse stomacale au moment même où les aliments en produisent l'excitation en employant des anesthésiants non toxiques, d'effet purement local.

Tout d'abord je me suis servi de la glace. J'en faisais *avaler* de petits morceaux immédiatement après les repas, à intervalles plus ou moins espacés pendant une demi-heure ou une heure. Les malades ne doivent pas se contenter de *sucer* la glace; ils doivent en *avaler* de petits morceaux, comme ils avaleraient des pilules.

Plus tard j'ai employé avec non moins de succès l'eau chloroformée saturée, et plus récemment encore l'eau bromoformée. L'eau chloroformée est étendue d'une ou deux fois son volume d'eau ordinaire, et prise ainsi par demi-cuillerées ou par cuillerées à bouche, à trois ou quatre reprises après les repas.

On a cru longtemps que le bromoforme était insoluble dans l'eau : cependant l'eau en contact avec le bromoforme d'une façon prolongée en prend nettement l'odeur et la saveur, et M. Richaud a démontré qu'il s'en dissout à la longue 2gr50 à 3 grammes pour 1 000, ce qui représente, vous le voyez, une quantité appréciable. L'eau bromoformée m'a, dans quelques cas, donné de très bons résultats contre les vomissements des tuberculeux.

Quand j'échoue avec les moyens précédents, j'ai recours au menthol; j'ordonne alors :

| | |
|---|---|
| Menthol . . . . . . | 20 ou 25 centigrammes. |
| Julep gommeux. . . . . | 150 grammes. |

et je fais prendre deux ou trois cuillerées à bouche de cette préparation après chaque repas.

Grâce à ces moyens, j'arrête les vomissements des tuberculeux, dus à la toux alimentaire dans la très grande majorité des cas. Il y a des périodes où, à l'hôpital, je n'ai pas un seul insuccès dans tout le cours d'une année. Ceux d'entre vous qui suivent régulièrement le service m'ont vu échouer coup sur coup chez deux tuberculeuses. Vous remarquerez que chez toutes les deux il existait des vomissements indépendants de la toux et un point douloureux épigastrique, d'une intensité exceptionnelle. Il y a donc là des conditions particulières qui expliquent mon insuccès par une médication qui réussit presque toujours. J'ai, du reste, fini par arrêter les vomissements alimentaires de ces malades, en leur donnant après chaque repas deux ou trois cuillerées à café espacées de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne. } Chlorhydrate de morphine. . . . . . . . } | *ââ* 5 centigr. |
| Eau. . . . . . . . . . . . | 150 grammes. |

Vous le voyez, j'ai dû ici employer la morphine dont il vaut mieux ne pas se servir quand on peut faire autrement.

Chez la malade qui a servi de point de départ à cette conférence, je n'ai même pas eu besoin d'avoir recours à la médication du vomissement : le régime m'a suffi.

Cette malade prenait chez elle une nourriture grossière, peu appropriée à son état de dyspepsie; il m'a suffi de lui donner exclusivement du lait et de la viande crue pour voir immédiatement disparaître les phénomènes dyspeptiques

et les vomissements provoqués par la toux. N'est-ce pas une preuve clinique intéressante que les vomissements par la toux sont dus à l'irritation de l'estomac?

(*A suivre.*)

## TRAITEMENT DU VARICOCÈLE

### NOTE SUR LA RÉSECTION DU SCROTUM AU MOYEN DU CLAMP DE BAISSAS

Par le docteur L. Barbière,
Médecin-major de deuxième classe au 76e d'infanterie.

La résection du scrotum, seule et sans intervention sur les veines, est devenue, dans la majorité des cas, le traitement de choix du varicocèle, grâce à la sécurité absolue qu'elle offre et aux résultats excellents qu'elle donne.

L'opération que faisait P. Dionis (1) en 1707 et que Henry (de New-York) a eu le mérite de remettre en honneur en 1871 a acquis une grande vogue et notamment parmi les médecins militaires que la guérison du varicocèle a toujours sollicités. Cependant, si le principe même de la méthode, la résection du scrotum, est universellement admis, il s'en faut que l'accord soit fait sur la meilleure manière d'y procéder.

C'est que, par suite de dispositions anatomiques que je n'ai pas besoin de rappeler, il y a, dans toute résection étendue du scrotum, une difficulté à vaincre, l'hémostase, et un gros ennui à éviter, l'hématome. Aussi les procédés opératoires sont nombreux et variés; il peuvent toutefois être réduits à deux principaux. Ou bien, après avoir étreint la partie à réséquer dans un clamp ou une pince courbe, on passe au-dessous de l'instrument de nombreux fils, très rapprochés, qui seront liés lorsque l'excision aura été faite, et comprendront ainsi toutes les tuniques scrotales divisées. C'est la suture aveugle préconisée par Bazy et à sa suite par M. le médecin-inspecteur Dieu; on obtient ainsi une très bonne hémostase et l'hématome est rare.

Ou bien, deuxième méthode, plus chirurgicale a-t-on dit, on fait l'hémostase comme à l'ordinaire, en liant un à un tous les vaisseaux qui saignent lorsque la résection a été faite et la pince enlevée (Forgue et Reclus). M. Lucas-Championnière, poussant plus loin le souci de la perfection chirurgicale, traite les tuniques scrotales divisées à la manière d'un pédicule, avec une ligature en chaînes associées deux à deux (2).

Dans cette note, mon intention n'est pas de rechercher quelle est la meilleure de ces deux méthodes : mon but, beaucoup plus modeste, est de faire connaître davantage, car il a été déjà décrit, un instrument, un clamp qui permet d'exécuter l'ingénieux procédé de Bazy, la suture aveugle, avec une remarquable facilité et de faire, dans les meilleures conditions, ce que Reclus appelle : l'opération la plus bénigne qui soit, sans jamais avoir à redouter, en particulier, la complication toujours fâcheuse d'un hématome.

Ce clamp a été imaginé en 1896 par un ancien médecin militaire, le docteur Baissas (3), et son mode d'emploi a été fixé par M. le médecin principal Annequin. Je vais en donner une description très sommaire, renvoyant pour les détails à la thèse de Rostaing (Lyon 1897), et je décrirai ensuite la technique opératoire que j'ai vu employer par M. le médecin-major Wissemans dans 21 cas et que j'ai employée moi-même dans 5 : c'est la technique, à quelques modifications près, fixée au début et d'une manière très précise par M. le médecin principal Annequin.

Le clamp du docteur Baissas se compose de deux lames métalliques incurvées de champ et affectant la forme d'un chapeau de gendarme, comme les plaques de liège du professeur Delorme. Leur longueur qui est de 18 centimètres a été déterminée de façon à pouvoir embrasser tout le scrotum d'un adulte ou d'un adolescent dans son grand diamètre. Le bord convexe des lames n'est pas uni; il est dentelé sur une profondeur de 6 millimètres par une trentaine d'incisures qui aboutissent à autant de petits trous destinés au passage des fils. Les deux lames sont rigoureusement symétriques, de façon qu'incisures et trous se correspondent très exactement. L'une des lames, branche mâle, porte à chaque extrémité une vis à tête étirée et aplatie; l'autre, branche femelle, est percée dans les mêmes points d'un trou et d'une mortaise. En engageant les vis dans les mortaises et en les serrant à fond on obtient un affrontement parfait des deux lames. Ce dispositif est déjà suffisant pour maintenir le scrotum; mais pour plus de sécurité, deux trous percés à la partie moyenne de chaque lame et se correspondant exactement deux à deux, permettent de passer une anse de soie qui empêche le scrotum de glisser entre les lames du clamp, sous l'influence de la rétractilité de la peau et du dartos (Rostaing, loc. cit.).

Voici maintenant les détails de l'opération. Le malade a été, la veille, purgé, baigné, rasé et un pansement antiseptique a été appliqué sur le scrotum. Il est étendu sur la table d'opérations et non pas placé dans la position de la taille. Enlèvement du pansement antiseptique, long savonnage et brossage de la région, lavage au sublimé puis à l'éther en prenant garde qu'il ne s'en écoule pas dans le rectum ce qui provoquerait chez le malade une douleur beaucoup plus vive que tout le reste de l'opération. On limite ensuite le champ opératoire par des compresses stérilisées, en un mot on prend autant de précautions que s'il s'agissait d'une cure radicale de hernie par exemple.

La mise en place du clamp est facile; des deux mains, le chirurgien étire le scrotum en éventail suivant son grand diamètre en le saisissant au niveau du raphé et le confie à un aide dans cette position. Il prend alors les deux lames du clamp qui vont étreindre la partie étirée et il les articule après avoir refoulé les testicules en haut et s'être assuré que le cordon ou un paquet variqueux n'est pas interposé; du côté de la verge il faut laisser une quantité de peau suffisante pour les érections futures : du côté du périnée au contraire il faut en laisser très peu. L'anesthésie qui est toujours obtenue parfaite avec la cocaïne peut être pratiquée soit avant soit après la mise en place du clamp qui n'est pas encore serré à fond.

Suivant le bord convexe du clamp et de chaque côté on injecte à la manière de Reclus quatre seringues de Pravaz d'une solution de cocaïne à 1 p. 100, au total 8 centigrammes. C'est largement suffisant et exempt de tout danger : au bout de quelques minutes vous allez pouvoir passer au travers du scrotum une trentaine de fils, l'exciser ensuite au bistouri et aux ciseaux sans que le patient s'en aperçoive.

Ceci étant fait l'opération comporte les temps suivants.

1° Passage d'une anse de soie dans les deux trous du milieu du clamp, pour le consolider, bien qu'il soit maintenant serré à fond.

(1) Duma. Th. de Paris, 1891.
(2) Marmasse. Soc. de méd. du Loiret, 1896.
(3) Baissas. *Dauphiné méd.*, avril 1895.

2° Passage d'une trentaine de fils, suivant la longueur du scrotum à réséquer, au travers de petits trous ménagés dans le clamp.

3° Excision du lambeau le long du bord convexe de l'instrument.

4° Le clamp étant toujours en place, ligature des fils dont les nœuds se logent dans les incisures du clamp qui aboutissent aux trous par lesquels ils ont été passés.

5° Enlèvement du clamp et pansement.

Les fils sont des crins de Florence : M. Annequin avait d'abord essayé la soie, mais il y a renoncé parce que les fils de soie, non rigides, s'emmêlent facilement. Le chirurgien placé du côté droit enfonce l'aiguille de Reverdin dans le premier trou, vers la verge et ressort par le trou correspondant qui est exactement situé vis-à-vis : l'aide, placé en face, enchasse le crin de Florence et l'aiguille retourne par le même chemin. Successivement une trentaine de fils sont passés : pour éviter qu'ils ne s'emmêlent ils sont réunis par groupe de cinq et de chaque côté dans une pince hémostatique.

Lorsque tous les fils sont passés, maintenant suspendues les tuniques scrotales dans leurs rapports respectifs on procède à la résection, en deux temps : incision de la peau seule d'abord au bistouri puis excision de la cloison aux ciseaux.

M. Wissemans s'est bien trouvé d'inciser la peau non pas en rasant le bord convexe du clamp mais à trois ou quatre millimètres au-dessus de ce bord, faisant ainsi une petite manchette cutanée qui permettra de mieux affronter les lèvres de l'incision.

Donc, saisissant le scrotum de la main gauche et l'étirant en éventail, le chirurgien incise la peau et seulement la peau le long du bord convexe du clamp et à trois ou quatre millimètres au-dessus de ce bord à droite et à gauche. Les deux incisions se rejoignent à leurs extrémités. L'excision des autres plans est faite avec des ciseaux qui tenus perpendiculairement sculptent à petits coups vers la profondeur. Lorsque la résection est terminée on lie les fils : l'aide avec une sonde cannelée déprime les éléments de la cloison de façon que les deux lèvres de la peau soient exactement juxtaposées. Cette petite manœuvre a ici une grande utilité : on fait un nœud d'abord, assez serré, puis un double nœud.

Quand tous les fils sont liés, l'opération est terminée ; on sectionne l'anse de soie qui rattachait le clamp au scrotum et on enlève celui-ci. On a alors devant soi une ligne de sutures d'une régularité parfaite, mathématique et, chose importante, absolument exsangue presque toujours. Quelquefois on observe un léger suintement en un point quelconque, très limité : il suffit alors de placer en ce point une ligature très superficielle entre deux fils et le suintement est arrêté. De toutes façons il ne faut procéder au pansement que lorsque la ligne des sutures est complètement asséchée.

Le pansement est d'une importance capitale (Rostaing) : il est nécessaire qu'il soit exactement compressif. Donc, après avoir saupoudré de salol et non pas d'iodoforme qui est irritant pour les bourses, on applique un double spica compressif avec une grande quantité d'ouate. J'ai remarqué que les extrémités des crins de Florence, durs et régides, offensaient la peau si fine du scrotum et je prends la précaution de coucher chacune des rangées de crins sur un lit de gaze qui protège la peau : sur la ligne des sutures je place une autre compresse enduite de vaseline boriquée : cela vaut mieux que les poudres qui forment un magma difficile à enlever.

Tous les fils sont enlevés le dixième jour. Je dois avouer qu'il est rare que quelques-uns d'entre eux, et surtout vers le périnée, n'aient pas lâché, au nombre de deux ou trois. Il en résulte que la réunion par première intention n'est pas absolument parfaite, quelque précaution que l'on prenne. Mais, cet inconvénient qui est peut-être le seul sérieux de la méthode, est en réalité bien mince et ne compromet nullement le résultat final. De toutes façons, il faut, en effet, faire encore de la compression pendant une dizaine de jours et maintenir le malade au lit. Au bout de vingt à vingt-cinq jours la réunion est parachevée et le malade guéri.

En résumé le clamp ingénieux du docteur Baissas permet de faire la résection bilatérale du scrotum avec une incomparable facilité et met, comme le dit Rostaing, cette opération à la portée de tous les praticiens, je dirai plus, des apprentis. En particulier, le clamp met sûrement à l'abri de l'hématome, puisque, dans les 40 cas de M. Annequin (Th. de Rostaing) et les 26 dont j'ai parlé, cette complication a été évitée.

Sans doute c'est encore un instrument ; et, précisément, M. le médecin-inspecteur Dieu ne se sert pas de la pince spéciale de Bazy mais de pinces courtes, ordinaires que l'on trouve partout, pour ne pas s'encombrer d'un nouvel instrument. L'objection a une grande valeur, surtout en chirurgie d'armée, mais elle sera peut-être un peu atténuée lorsque j'aurai dit que le clamp de Baissas n'est nullement compliqué et que, par exemple, celui qui est entre nos mains a été fabriqué, d'après le modèle de Simal, par un armurier du régiment.

---

## DE LA PRÉTENDUE TRANSFORMATION DE L'ULCÈRE ROND EN CANCER

Nous empruntons à la *Province médicale* l'analyse de l'intéressant travail de M. Duplant, qui, après de longues recherches, est arrivé à rejeter l'opinion classique et à nier la transformation de l'ulcère rond de l'estomac en cancer :

M. Duplant, sous la direction de son maître, M. Tripier, s'est attaché à contrôler cette doctrine, en soumettant à de minutieux examens histologiques un certain nombre de pièces anatomiques que leurs caractères macroscopiques auraient pu faire considérer comme des néoplasmes greffés sur d'anciens ulcères. Quoique la plus grande partie de ce mémoire soit basée sur l'anatomie pathologique, l'auteur, après avoir fait l'historique de la question, discute les principaux faits cliniques invoqués en faveur de la tranformation de l'ulcus en cancer.

Ils sont de deux ordres : 1° l'évolution de la maladie, débutant par une période pendant laquelle elle présente les symptômes de l'ulcère, symptômes auxquels succèdent ou se superposent les signes du cancer ; les résultats de l'analyse du suc gastrique révélant une acidité chlorhydrique anormale chez un cancéreux.

D'après M. Duplant, ces arguments ne sont pas démonstratifs. La période ulcéreuse a rarement été observée par le médecin ; il s'agit de diagnostics rétrospectifs. Il est une phase de l'histoire clinique du cancer gastrique que nous ne connaissous pas, c'est celle du début ; le néoplasme peut y simuler l'ulcère en provoquant de l'hyperchlorhydrie, de

l'hypersécrétion ou d'autres troubles fonctionnels. N'existe-t-il pas certaines formes de la maladie de Reichmann pouvant faire croire à l'existence d'un ulcère? Il possède une observation de cancer gastrique resté latent pendant six ans.

En outre, la présence de l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac d'un cancéreux ne démontre pas que le néoplasme succède à l'ulcère, car des faits personnels et des cas publiés par d'autres ont prouvé qu'un néoplasme quelconque est susceptible de laisser persister cet acide dans le suc gastrique et même de permettre sa sécrétion en excès.

Au point de vue anatomique, les recherches ont porté sur huit observations recueillies par M. Tripier depuis l'année 1889. Dans tous ces cas, les lésions consistaient en ulcérations simulant l'ulcère de Cruveilhier; sur une partie de leurs bords existaient des végétations cancéreuses.

L'auteur décrit très longuement tous les détails de leur structure histologique. Les coupes ont porté sur les points végétants et sur les parties paraissant libres d'infiltration néoplasique. Il a dû reconnaître qu'il ne s'agissait, en réalité, que de néoplasmes ulcérés. Les uns appartenaient à l'épithélium cylindrique, les autres au poly-adénome devenu cancéreux (cas analogues à ceux qui ont été publiés par M. Hayem), d'autres, enfin, présentaient, dans leur totalité, les caractères anatomiques de la linite plastique, dont la nature cancéreuse a été démontrée par les travaux de MM. Bard, Bret et Paviot.

Il a isolé une forme de cancer ulcéré évoluant comme l'*ulcus rodens* de la face; elle peut simuler ces vastes ulcères gastriques, dont Cruveilhier a rapporté un exemple célèbre. L'étude des bords de cette ulcération, et surtout l'examen des noyaux de généralisation, ont toujours démontré qu'il s'agissait de néoplasmes véritables.

N'ayant pu se convaincre, par ses recherches, de la possibilité de la greffe du cancer sur l'ulcère rond, l'auteur s'adresse aux plus remarquables observations publiées sous ce titre. Elles sont analysées et discutées dans tous leurs détails. Toutes donnent prise à la critique et n'établissent pas, d'une manière irréfutable, qu'un ulcère peut devenir néoplasique.

Le dernier chapitre résume toute l'argumentation. M. Duplant étudie d'abord l'ulcère rond et ses conditions pathogéniques. Il confirme les idées de Cornil et Ranvier, de M. Hayem, de Jacob Descombes, de M. Tripier, établissant que la condition nécessaire au développement de l'ulcus gastrique est l'oblitération vasculaire entraînant un affaiblissement du pouvoir de résistance des tissus irrigués par le vaisseau altéré.

Les prétendus ulcères cicatrisés dont les bords sont le siège de proliférations néoplasiques, sont des lésions chroniques, il est vrai, mais encore actives. L'ulcère véritablement cicatrisé n'a pas de bords; il forme une tache linéaire ou étalée, à prolongements étoilés. Aucun exemple de cancer greffé sur ces véritables cicatrices n'a encore été publié.

L'erreur provient de ce que, depuis quelques années, toutes les fois qu'un néoplasme présente une surface ulcérée, libre de végétations, on croit à l'existence d'un ulcus ancien. Seul, Ziegler a interprété ces faits dans un sens confirmant les idées de M. Duplant, si bien que ce dernier a pu prendre une page de Ziegler comme conclusion d'un de ses chapitres.

L'argument invoqué par les auteurs, à savoir qu'il existe dans le fond et, parfois, sur les bords de ces prétendus ulcères transformés, des zones complètement respectées par le néoplasme, n'est pas absolu, car l'auteur, dans des cas semblables, a toujours retrouvé, en les recherchant avec soin, dans ces régions, des cellules ou des tubes néoplasiques plus ou moins reconnaissables. La présence de cellules épithéliomateuses malignes aux bords d'ulcération simulant l'ulcus ancien, la présence de tubes cancéreux dans la zone de sclérose qui les limite, enfin l'oblitération des vaisseaux sur tout le pourtour de ces ulcères, sont trois arguments en faveur de la préexistence du néoplasme et de son ulcération consécutive. Celle-ci est due à la diminution ou à la suppression de la circulation dans les territoires commandés par les vaisseaux oblitérés. Il y a donc incompatibilité entre les conditions circulatoires nécessaires au développement du cancer et celles qu'exige la formation d'un ulcère simple.

L'auteur a recherché s'il existait réellement, en dehors des ulcères ronds, une zone de survascularisation, comme l'indique Hauser. Il a trouvé des dilatations veineuses et capillaires comme elles s'observent au pourtour des artères oblitérées, mais le sang stagne à ce niveau et ne circule pas. Il est impossible de comparer un ulcère gastrique à une cicatrice cutanée devenue cancéreuse. Ces dernières ne permettent la végétation néoplasique que si elles sont enflammées; il s'agit de chéloïdes dans lesquelles la circulation est très active. Au contraire, l'ulcère rond étant une lésion dont la cause primordiale est l'oblitération artérielle, il présente des conditions circulatoires absolument différentes. Le cancer ne peut pas plus végéter sur les bords que la muqueuse gastrique n'a été capable de résister au processus nécrosant.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Potion contre le coryza.

| | |
|---|---|
| Extrait de jusquiame. . . | 15 centigrammes. |
| Iodure de potassium. . . | 2 grammes. |
| Bicarbonate de potasse. . | 2 — |
| Extrait de réglisse. . . . | 5 — |
| Eau d'anis . . . . . . . | q. s. p. 120 gr. |

Une cuillerée à dessert toutes les quatre heures.

### Dentition laborieuse (Dauchez).

Collutoire avec :

| | |
|---|---|
| Bromure de sodium . . | 50 centigrammes. |
| Eau de fleurs d'oranger. | 30 grammes. |
| Sirop d'éther. . . . . | 30 — |
| Eau distillée. . . . . . | 120 — |

Mêlez. Usage externe.

### Crevasses des mains (Comby).

Matin et soir appliquer la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Menthol. . . . . . . . . . . . | 1 gramme. |
| Salol . . . . . . . . . . . . . | 2 — |
| Huile d'olive. . . . . . . . . | 10 — |
| Lanoline . . . . . . . . . . . | 30 — |

(*Gaz. hebd.*)

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 septembre 1898.— Présidence de M. Caventou.

### RAPPORT

**Prix Desportes.** — M. Ferrand lit un rapport sur les travaux proposés pour le prix Desportes.

La séance est levée à trois heures et demie.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

**Médecin et Société de secours mutuels. — Jugement du Tribunal de Charleville.**

Attendu qu'aux termes d'une délibération du Conseil d'administration de la Société de secours mutuels de Monthermé-Laval-Dieu, le docteur R... a été admis comme médecin de cette Société, que les honoraires ont été stipulés, à forfait, à raison de 4 francs par membre et par an.

Attendu que R... prévenu, le 28 janvier 1898, d'avoir à cesser ses fonctions le 1er février suivant, protesta et continua ses soins aux membres de la Société ; que, le 30 mars suivant, il fut averti à nouveau qu'il serait remplacé à partir du 1er avril suivant; qu'il prétend avoir été depuis lors, malgré ses protestations, mis par la Société dans l'impossibilité de remplir ses fonctions, et l'a assignée par exploit du 22 du même mois d'avril pour voir dire que c'est à tort que R... a été mis dans l'impossibilité de continuer son service médical ; que le traité ne prendra fin que le 1er janvier 1900 ; que dans la huitaine elle devra lui remettre sous une astreinte les lettres d'invitation et les feuilles de visites; que pour le dommage causé elle lui paiera une indemnité de 500 francs ; elle supportera en outre tous les frais;

Attendu que la Société prétend n'avoir prié R... de cesser ses fonctions que pour des motifs graves, qui sont, a-t-elle ajouté à la barre, des discussions marquant un désaccord constant au sujet d'honoraires;

Attendu que le traité intervenu, le 20 janvier 1891, entre la Société et R... sans détermination de durée, peut toujours cesser par la libre volonté de l'un ou de l'autre des contractants, en observant toutefois l'usage des lieux et les conditions expresses ou tacites du contrat d'après la nature des services engagés, les habitudes professionnelles des contractants et les conditions de leur art.

Attendu que le contrat envisagé stipule des honoraires à forfait par membre et par an, ce qui implique un engagement respectif d'au moins une année, que ce terme expiré le contrat continue tant qu'il n'est pas dénoncé ; qu'il y a lieu au cas actuel d'examiner si la dénonciation a été faite sans motifs suffisants et sans avertissement préalable pour réparer le dommage causé par une rupture intempestive ;

Attendu qu'on ne pourrait en aucun cas obliger la Société qui s'y refuse à continuer l'exécution du contrat, qu'il tombe sous le sens en effet qu'on ne peut pas plus obliger des malades à subir le traitement d'un médecin, qu'on ne peut obliger un médecin à soigner des malades malgré lui ; mais que l'obligation de le faire reconnue devrait se résoudre en dommages-intérêts;

Attendu que les motifs allégués sont insuffisants pour autoriser la rupture brusque et par là même intempestive du contrat, que chacune des parties peut légalement agir au mieux de ses intérêts, mais dans cette limite qu'elle ne préjudiciera pas à l'autre;

Attendu qu'il est constant que la Société ne pouvait obliger R... à quitter son service sans un avertissement donné à l'avance de manière à lui permettre de rechercher une situation équivalente; qu'elle l'a si bien compris que dans ses conclusions en cours d'instance elle lui offre l'année en cours à raison de 4 francs par membre, déduction faite des sommes qu'il a reçues du 28 janvier au mois d'avril, époque à laquelle il a cessé ses fonctions;

Attendu qu'étant donné la nature des services rendus par R... l'indemnité offerte serait la réparation juste et équitable du préjudice que lui a occasionné son brusque congé;

Attendu, d'autre part, que la Société a eu le tort de ne pas lui offrir tout d'abord cette indemnité ; qu'actuellement elle ne fait cette offre que subsidiairement sans présenter les fonds en espèces; que cette offre est donc en l'état tardive et non satisfactoire, bien qu'il y ait lieu pour le tribunal à allouer au docteur R... le chiffre qu'elle détermine pour tous dommages-intérêts en réparation du préjudice qui lui a été causé;

Par ces motifs, le Tribunal,

Jugeant en matière ordinaire et en premier ressort,

Condamne la Société de secours mutuels de Monthermé à payer au docteur R... pour toute indemnité à raison de la dénonciation du traité ci-dessus, une somme de 4 francs par membre de ladite Société, déduction faite des sommes que ce médecin aurait reçues du 28 janvier 1898 au mois d'avril suivant, époque de la cessation de ces fonctions; la condamne en tous les dépens.

---

## THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

M. Chavas. Mycosis bénin des voies respiratoires supérieures Ses relations avec la carie dentaire (causes et traitement). — M. Tissot. Étude de la pleurésie des femmes enceintes. — M. Hobeika. Hématuries par varices de la vessie. — M. Delou. Contribution à l'étude des sinusites fronto-ethmoïdales à manifestations orbitaires. — M. Lafaurie. Traitement de la pneumonie par la digitale. — M. Clupot. De l'hystérectomie vaginale sans incision préalable des culs-de-sac postérieurs et latéraux.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Exercices spéciaux du service de santé en 1898.* — Programme des exercices. — *Première journée, mardi 4 octobre.* — Huit heures du matin, réunion du personnel aux docks du service de santé (55, boulevard Latour-Maubourg); — Huit heures trente, démonstration du matériel technique et des approvisionnements du service de santé en campagne (M. le médecin principal Moine); — Neuf heures trente, démonstration du matériel de transport (par un officier du train). — Deux heures du soir, continuation de la conférence sur le matériel. — Trois heures, réunion de tous les chefs de service des formations sanitaires et des régiments. Instructions du directeur technique pour les opérations des jours suivants.

*Deuxième journée, mercredi 5 octobre.* — Huit heures trente matin, conférence à la caserne de Bellechasse (37, rue de Bellechasse); notions sur les ordres de mouvement, l'exécution des marches, la réglementation du service de santé pendant les phases successives du combat, etc... (M. le commandant de Savignac, chef d'état-major de la 9e division d'infanterie). — Neuf heures trente, conférence sur le fonctionnement du service de santé en campagne (M. le médecin principal Fluteau). — Une heure du soir, réunion aux docks et répartition du personnel affecté aux formations sanitaires. Délivrance du matériel. Départ des formations sanitaires pour le camp de Saint-Maur.

*Troisième journée, jeudi 6 octobre.* — Marche et combat de la 9e division d'infanterie contre une ligne ennemie établie entre Rosny et Villemonble. Fonctionnement du service de santé pendant le combat (postes de secours, ambulances, hôpitaux de campagne). (Prendre à la gare de l'Est un train du matin à destination de Bondy.)

*Quatrième journée, vendredi 7 octobre.* — Matin, fonctionnement de l'hôpital de campagne. Évacuation des blessés. — Soir, fonctionnement de l'hôpital d'évacuation (gare des bateaux de Bondy). Organisation d'une évacuation par eau sur le canal de l'Ourcq.

*Cinquième journée, samedi 8 octobre.* — Neuf heures du matin, embarquement en chemin de fer de l'ambulance divisionnaire à

la gare de Bondy. — Deux heures trente du soir, résumé et critique des opérations aux docks du service de santé.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale qui désirent assister aux exercices spéciaux se présenteront au directeur technique, le 4 octobre, à huit heures du matin, aux docks du service de santé (53, boulevard Latour-Maubourg), où ils recevront les instructions de détail nécessaires.

— M. le médecin de première classe Aubert, du 7e régiment d'infanterie de marine, à Rochefort, passera, sur sa demande, au 1er régiment d'artillerie de marine à Toulon, au lieu et place de M. le médecin de deuxième classe Bertrand, qui sera affecté, également sur sa demande, au 7e régiment d'infanterie à Rochefort.

— M. le médecin de deuxième classe Conte passera, sur sa demande, du port de Cherbourg à celui de Toulon.

— La permutation concertée entre MM. les médecins de deuxième classe Boudou, destiné à l'*Aspic* (division navale de Cochinchine), et Mielvaque, du service à terre à Lorient, est autorisée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Wiener (de Breslau).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité de médecine et de thérapeutique**, par P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais. — Tome V : *Maladies du foie, de la rate, du pancréas, des reins, de la vessie et des organes génitaux.* Un vol. gr. in-8° avec fig. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

**Manuel de travaux pratiques de micrographie médicale**, à l'usage des étudiants en pharmacie, par le docteur Gilbert Lasserre. Gr. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

**Études sur la tuberculose**, par le docteur Gabriel Arthaud. In-8°. — Prix: 4 francs. — Paris, F. Alcan.

**Formulaire hypodermique et opothérapique.** Injections sous-cutanées d'huiles médicamenteuses, d'essences, de substances minérales, d'alcaloïdes, de sucs animaux, de glandes, d'organes et de muscles, par le docteur E. Boisson et J. Mousnier, pharmacien de première classe. Un vol. in-18 de 261 p., avec fig., cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

**Traitement du diabète par le dosage de l'alimentation et particulièrement par le régime lacté**, par le docteur E. Maurel. In-8° — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 112. — SAMEDI 1er OCTOBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 1er OCTOBRE 1898. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Respiration de Cheyne-Stokes.

Par MM. G. LÉVY et Ch. KÆPPELIN,
Internes des hôpitaux de Lyon.

Au cours d'affections fort diverses, mais presque toujours à la phase ultime d'une néphrite chronique, on peut voir le rythme respiratoire, normalement uniforme, s'altérer pour donner naissance à un type très spécial, avec intermittences régulièrement espacées. Ce type, aujourd'hui bien étudié, est connu sous le nom de phénomène de Cheyne-Stokes. Il se caractérise par l'évolution successive et périodique des stades suivants : pause ou apnée ; dyspnée avec deux phases, l'une d'augment progressif, l'autre de décroissance graduelle des mouvements thoraciques, en fréquence et en amplitude, jusqu'à un nouvel arrêt.

I

**Historique.** — Bien que très singulier, ce trouble de la mécanique respiratoire passa longtemps inaperçu des médecins, car il est de découverte relativement récente. Il aurait été signalé pour la première fois, d'après l'opinion généralement accréditée, par un clinicien irlandais, Cheyne, en 1816 (cas de stéatose cardiaque avec apoplexie). Mais, si l'on en croit Bouchut, la description en avait été faite bien avant en France, sous le nom de respiration inégale et intermittente. Et, en effet, d'après Gallois (de Grenoble) et Gipson, elle serait nettement exposée dans le mémoire de Nicolas (de Grenoble) [1786]. Stokes (de Dublin), en 1854, fit de ce type un signe de dégénérescence cardiaque. A la suite d'expériences sur les animaux (hémorragie et compression médullaire), Schiff l'observa (1858-1859). Théodore von Dusch, en 1867, en cite des exemples dans les affections cérébrales, et en particulier dans la méningite tuberculeuse. Le premier essai sérieux de pathogénie date des travaux de Traube (1874). C'est lui qui proposa le nom, devenu classique, de phénomène de Cheyne-Stokes. Après lui, Mader (de Vienne), Ziemssen (d'Erlanger), Bernheim ne firent que rapporter de nouveaux faits cliniques, ils admirent sans contrôle sa théorie pathogénique. Mais la même année, Filehne vint donner une autre interprétation du type respiratoire. Une vive controverse s'éleva entre lui et Traube, et dans une série de mémoires, les deux auteurs exposèrent leurs arguments. Depuis lors, un grand nombre de publications ont paru sur ce sujet. Nommons, pour ne citer que les principales, en France : la thèse de Cuffer (Paris 1878), Biot (*Lyon médical*, 1876 ; thèse de Lyon, 1878), Rendu (*Cliniques médicales*, 1890), Pachon (thèse de Paris, 1892) ; en Italie : Sacchi (1877), les importants mémoires de Murri (1883), Mosso (1885-1886) ; en Suisse : Saloz (thèse de Genève, 1881).

II

**Symptômes.** — Si ces travaux laissent encore place à l'incertitude et aux hypothèses sur le mode de production du syndrome de Cheyne-Stokes, il est, grâce à eux, aujourd'hui cliniquement bien connu et nettement différencié des autres troubles rythmiques de la respiration qui le simulent. Sa description clinique comporte successivement l'étude de l'altération respiratoire, et des phénomènes concomitants, circulatoires, oculaires, moteurs psychiques.

1° TROUBLES DU RYTHME RESPIRATOIRE. — La respiration de Cheyne-Stokes parcourt un cycle toujours identique :

Après une pause ou période d'apnée, les mouvements thoraciques reprennent graduellement, d'abord lents et superficiels ; progressivement, plus amples et plus fréquents, jusqu'à un fastigium dépassant même l'état normal ; la respiration est alors vive et bruyante. Puis survient une phase graduellement décroissante, les oscillations thoraciques diminuent et d'amplitude et de fréquence et finissent par s'arrêter, l'apnée se rétablit, en expiration incomplète (Biot, Franck, Saloz). Pendant un temps variable (une demi-minute en moyenne), le malade est immobile, insensible, semblable à un cadavre. Après cette période, le même cycle recommence, les alternatives de repos et de dyspnée se succèdent toujours d'une façon régulière, périodique, sans intercalation d'autre phase.

La durée du phénomène n'est pas fixe. Il peut être si court et la pause si peu accusée, qu'il passe alors inaperçu (cas de Traube où le phénomène complet se produisait quatre à cinq fois en une minute). Saloz, établissant une

moyenne sur cinquante-huit observations, donne les chiffres suivants :

| | | |
|---|---|---|
| Cycle complet | 58 | secondes. |
| Apnée | 22 | — |
| Hyperpnée | 36 | — |

Et comme limites extrêmes :

| | Minimum. | Maximum. |
|---|---|---|
| Cycle complet | 30 secondes. | 1m45s |
| Apnée | 5 — | 45 secondes. |
| Hyperpnée | 15 — | 75 — |

Ainsi qu'on le voit, l'apnée est en général plus courte que l'hyperpnée, mais elle peut l'égaler et même la surpasser. Les auteurs sont à peu près unanimes à reconnaître que ces deux stades ne sont pas proportionnels mais varient, en raison inverse l'un de l'autre. D'après Biot, l'allongement et le retour plus fréquent des pauses marquent le progrès de l'affection, signe de pronostic grave, indice que les malades sentent de moins en moins le besoin de respirer (Biot, Obs. II). Grasset a vu le Cheyne-Stokes disparaître à l'approche de la mort.

Ce rythme est-il influencé par les conditions qui agissent d'ordinaire sur la respiration? Le sommeil laisse se succéder avec la même régularité périodique l'apnée et la dyspnée, à peine prolonge-t-il la pause, il n'augmente pas l'hyperpnée. La respiration peut cependant se régulariser dans le sommeil (Grasset). Vient-on à réveiller le malade, le cycle continue (Rendu). Biot, Saloz, cependant, ont pu, par des excitations, supprimer l'apnée. Rosenbach n'y a jamais réussi.

En somme, rythme typique, variable dans sa durée, inaltérable dans sa forme, tel est le Cheyne-Stokes.

Ce mode ne s'installe pas toujours d'emblée. Dans certains cas, il existe une respiration avec des alternatives régulières d'accélération et de ralentissement des mouvements, précédant et suivant la forme vraie, c'est le *rythme intermédiaire* décrit par Saloz.

2° Phénomènes concomitants. — A. *Du côté de l'appareil circulatoire.* — Ils portent à la fois sur la tension artérielle et le nombre des pulsations.

a. *Tension artérielle.* — La tension artérielle est plus faible pendant l'apnée que pendant la dyspnée, tous les auteurs consultés par Biot, Fr. Franck en particulier, ont signalé cet abaissement de la pression sanguine, nettement constaté dans les tracés de Biot, Blaise, Murri et Rendu. Traube, dans son deuxième mémoire, l'a regardé comme exceptionnel. Bernheim ne l'a pas observé. Pour Filehne, la tension et la fréquence du pouls augmentent à la fin de la pause, restent stationnaires pendant toute la phase respiratoire ascensionnelle et diminuent au moment des oscillations décroissantes. Pic et Carrel ont vu nettement sa diminution à la pause.

b. *Nombre des pulsations.* — Le pouls s'accélère pendant l'apnée, se ralentit pendant la dyspnée (Biot, Bernheim, Eichorst, Rendu), il s'arrête même (Hallopeau). Ce dernier insiste sur cette marche inverse des pulsations cardiaques et des mouvements thoraciques, paradoxale et contraire aux faits physiologiques, Biot a constaté ce même ralentissement dans les cas de respiration irrégulière avec apnée, distincte du Cheyne-Stokes, et dans l'apnée provoquée sur soi. Ces modifications circulatoires ne sont pas acceptées par Leube et considérées par Saloz comme inconstantes. Cependant, d'une façon générale, on reconnaît qu'il y a chute de la pression artérielle et augmentation du nombre des battements cardiaques pendant la phase apnéique.

Dans ce dernier cas, l'interprétation en est facile, c'est une application de la loi de Marey. Reste à se demander si la variation de tension tient à l'état d'excitabilité du centre vaso-moteur (Filehne). Bernheim, qui n'admet que l'accélération, l'explique par une action inhibitrice sur le centre modérateur des vagues, ou par une diminution de son excitabilité, analogue à la dépression du système nerveux tout entier.

D'autres troubles vaso-moteurs moins importants ont été décrits : pâleur de la peau et décoloration des muqueuses à la fin de la pause (Filehne), dépression de la grande fontanelle (Filehne, Heine, Rosenbach). Il existe enfin un symptôme cardiaque sans relation de cause à effet avec le Cheyne-Stokes, mais dont la coïncidence avec lui est fréquente : le bruit de galop.

B. *Troubles oculaires.* — a. *Pupillaires* (les seuls constants). — Pendant la pause la pupille est contractée, punctiforme, insensible à la lumière (Leube, Bernheim, Ziemssen, Biot), signe confirmé par les expériences de Filehne. A la reprise respiratoire, la pupille se dilate et réagit à la lumière. Ces faits sont admis par la plupart, bien que quelques cliniciens les aient vus se produire d'une façon inverse, très nets dans le cas de Terrien. Plusieurs hypothèses sont en présence qui revendiquent l'explication de ces modifications iriennes.

Filehne et Biot invoquent la diminution de la tension artérielle, donnant à l'appui de leur thèse les effets observés à la suite de la section du sympathique cervical (diminution de tension et resserrement pupillaire). Aujourd'hui, l'action de ce nerf sur l'iris est regardée comme indépendante des variations vasculaires (Fr. Franck, Morat et Doyon).

Pour Bernheim, l'activité du centre cilio-spinal serait atténuée. L'acide carbonique accumulé dans le sang exciterait ce centre en même temps que le centre respiratoire voisin et la dilatation pupillaire se produirait.

Rosbach place les mouvements de l'iris sous la dépendance immédiate du sensorium et Saloz se range à son avis. Pour Piaggio, il faut invoquer une paralysie fonctionnelle du centre cilio-spinal par défaut d'oxygène, d'où paralysie des fibres irido-dilatatrices durant l'apnée, et à la reprise respiratoire le $CO^2$ accumulé incite ce centre, d'où action de ces fibres.

b. *Autres troubles oculaires.* — La musculature externe de l'œil peut être aussi intéressée. A la pause, Biot a constaté une déviation latérale conjuguée des yeux, qui se portaient tantôt à droite, tantôt à gauche, manifestation peut-être d'une lésion encéphalique concomitante. Enfin, il peut exister pendant l'apnée du nystagmus, le plus souvent horizontal, capable de persister à la dyspnée et de devenir vertical (Saloz). Dans deux cas, Biot a observé la conjonctivite.

C. *Troubles du système musculaire* (les plus inconstants). — Traube, le premier, a signalé des secousses convulsives, elles peuvent être localisées à la face ou au membre supérieur (Eichorst) ou hémilatérales ou généralisées (Bernheim, Biot), contractions spasmodiques des muscles de la face, à droite, et élévation de la commissure labiale (Pic et Carrel).

Elles se manifestent à la fin de l'apnée. Dans le cas de Pic, pendant la phase d'amplitude décroissante, il y avait un tremblement en masse des membres, surtout supérieurs, d'aspect vaguement parkinsonnien mais plus brusque, à allures convulsives. Il s'exagérait au moment de l'apnée pour atteindre son acmé, puis disparaissait au moment de la phase d'amplitude croissante.

Filchne explique ces troubles moteurs par l'action sur le bulbe de l'acide carbonique en excès dans le sang. Biot, pour les interpréter, se base sur les expériencss de Langendorff et Zander. Ces auteurs ont vu que, chez les lapins non narcotisés, il était difficile d'obtenir les effets cardiaques et pulmonaires d'irritation périphérique du vague. Sur des lapins chloralisés, au contraire, pour abolir les actes volontaires en laissant intact le pouvoir réflexe, ils ont produit par l'irritation électrique du pneumogastrique, l'arrêt du cœur, de la respiration et des attaques d'épilepsie vraie avant que le cœur ne se remette à battre. Si la dose de chloral était trop forte, il n'y avait plus de convulsions. Or, chez les malades ces conditions sont remplies : le centre bulbaire est moins excitable que normalement, bien qu'incomplètement paralysé. On n'a pas, il est vrai, d'attaque épileptiforme, à proprement parler, mais aussi faut-il tenir compte de la différence des excitants, électricité et acide carbonique. Pour Biot, les secousses convulsives relèven de l'irritation des radicules de la dixième paire par l'acide carbonique se trouvant dans l'artère pulmonaire et ses branches. Saloz interprète d'une autre façon les résultats de Langendorff et Zander, il croit au rôle de l'ischémie bulbaire, due à l'arrêt du cœur dans la production des phénomènes convulsifs. D'après Pic, il semblerait que l'insuffisance cérébrale intervienne pour expliquer cette exagération de la réflectivité médullaire, qu'on adopte la théorie de la suppression de l'action inhibitrice du cerveau ou celle de la rupture d'équilibre de la tension nerveuse générale (Pierret).

Exceptionnellement, on peut voir survenir des modifications du tonus musculaire : son exagération sous forme de contractures à la phase dyspnéique, relâchement complet à la pause respiratoire (Robertson). La force musculaire augmente à la respiration, diminue à l'apnée (Pic et Carrel). Rarement aussi la sensibilité cutanée est altérée, anesthésie à l'apnée, hyperesthésie pendant la période respiratoire. Biot, Blaise et Brousse ont vu l'insensibilité générale à la pause; Pic et Carrel ont constaté cette diminution sensitive au tact et à la douleur durant la pause. Terrien a vu l'anesthésie à la face.

D. *Troubles réflexes.* — Ces phénomènes n'ont été que récemment étudiés par MM. Pic et Carrel dans quatre observations.

a. *Tendineux.* — Abolis d'abord dans l'observation I, ils réapparaissent ensuite, s'exagèrent aux quatre membres durant la phase respiratoire, disparaissent à l'apnée. Leur exagération passait par des variations parallèles et régulières à celles de la respiration par des périodes d'augmentation et de diminution avec abolition temporaire.

Dans l'observation II, le réflexe patellaire très faible durant la respiration, plus marqué à l'apnée. Le lendemain, il disparaissait pour ne plus reparaître.

Dans l'observation III, pas de variations connexes.

Dans l'observation IV, abolition des réflexes rotuliens au début.

b. *Cutanés plantaires.* — Observation I, abolition au début, puis réapparition; observation II, augmentation avec respiration; observation IV, abolition.

c. *Oculo-palpébral.* — Variation en général en sens inverse de respiration : diminution à phase dyspnéique, augmentation à l'apnée (Observations III et IV).

E. *Troubles intellectuels.* — La pause s'accompagne toujours d'une obnubilation plus ou moins profonde, le plus souvent complète de l'intelligence. Le malade s'endort, il ne répond plus aux questions qu'on lui pose, il semble même ne pas les entendre, car une fois éveillé, il n'en a plus souvenir (observation contradictoire de Bernheim). Biot et Saloz ont pu par des excitations faire sortir le malade de sa somnolence. Elle cesse du reste avec la réapparition des mouvements thoraciques. Le malade peut alors devenir loquace, agité, parfois il pousse des cris, il a des hallucinations, des visions terrifiantes. Aux faits anciens de Leube, Marchal, où la conscience disparaissait à la pause, il faut citer ceux plus récents de Fræntzel, Chrostech, Hein, Kauffmann. Pour Mosso, cet état est du sommeil intermittent. Pic et Carrel ont signalé le même phénomène dans leurs quatre observations; ils ont montré, en plus, un délire urémique à allure rythmique avec écholalie rythmée (Observation I).

## III

**Formes cliniques.** — Le syndrome de Cheyne-Stokes ne se déroule pas toujours au complet, certains des signes concomitants peuvent ne pas l'accompagner. Pic, d'après une observation de Biot et la sienne, distingue un rythme simple c'est-à-dire sans convulsions et un rythme complexe avec phénomènes hyperkinétiques. Quant aux cinq formes cliniques décrites par Bernheim, elles doivent pour Biot être éliminées du cadre du Cheyne-Stokes. Saloz rejette de même les deux types de Cuffer, l'un avec agitation et dyspnée, l'autre avec respiration suspireuse, profonde, non anxieuse. Cette division reposait à la fois sur la clinique et les faits expérimentaux. Le premier mode répondait aux troubles respiratoires obtenus par des injections de carbonate d'ammoniaque, le second à ceux consécutifs aux injections de créatine.

## IV

**Diagnostic.** — Caractéristique et diagnostiqué de prime abord lorsqu'il est accusé, le rythme de Cheyne-Stokes demande parfois à être cherché. Dans les cas douteux, Biot conseille quelques artifices pour le découvrir : examiner le malade à son insu, si on le soupçonne; placer un stéthoscope pavillon en bas sur l'épigastre et en suivre les oscillations. Le meilleur moyen dans ces cas est évidemment de prendre le tracé pneumographique.

En effet d'autres troubles du rythme respiratoire peuvent le simuler. C'est d'abord et surtout la respiration à type méningitique de Biot. Elle est caractérisée par des irrégularités non périodiques des mouvements tantôt lents, tantôt rapides, les uns superficiels, les autres profonds, sans aucun rapport constant de succession entre ces deux modalités, avec des arrêts survenant à des intervalles irréguliers, précédés et souvent suivis de soupirs prolongés.

Plus difficilement cause d'erreur sera le rythme du coma diabétique. Celui-ci est assez spécial pour qu'on ait donné à ce coma l'épithète de dyspnéique. Il consiste en

inspirations profondes avec distension exagérée de la cage thoracique, suivies de courtes pauses en inspiration forcée et d'expirations brèves et gémissantes. La longueur et la profondeur des inspirations sont les signes caractéristiques de cette dyspnée.

Il resterait encore à différencier le Cheyne-Stokes de quelques formes très rares de respiration irrégulière. Celle décrite par Mickle chez les aliénés sous le nom de respiration de haut en bas, qui est un Cheyne-Stokes sans apnée, les types de respiration périodique de Mosso, type périodique proprement dit et type rémittent, et enfin les troubles décrits par Stern dans l'oscillation périodique des fonctions cérébrales.

L'existence du Cheyne-Stokes reconnue, quelle est sa valeur diagnostique ? Il devra presque toujours faire penser à une néphrite conjonctivo-vasculaire, bien que multiples soient les affections qui peuvent susciter son apparition.

## V

**Étiologie.** — Avant de les énumérer, il faut signaler son existence possible dans le sommeil physiologique (Murri-Mosso).

On peut classer les causes morbides qui président à la genèse du Cheyne-Stokes en deux grands groupes : les maladies générales, les affections d'organes spéciaux.

A. Maladies générales. — 1° *Intoxications.* — a. *Endogènes.* — L'urémie est son élément producteur essentiel. C'est là qu'il a été signalé le plus souvent (Traube et surtout Potain et son élève Cuffer). C'est ordinairement au cours d'une néphrite à prédominance interstitielle qu'il apparaît, bien qu'il puisse survenir consécutivement à la néphrite aiguë. Le lien de causalité entre la respiration anormale et l'insuffisance rénale est-il direct ou faut-il incriminer l'ischémie par athérome des artères bastilaires ou cérébrales concomitant (autopsies de Saloz) ? Rendu a vu des cas où les artères cérébrales étaient absolument saines. Dans les quatre observations de Pic et Carrel, il y avait lésions rénales avec ou sans altérations viscérales multiples. De plus, il y avait, durant la vie, relation très nette entre le Cheyne-Stokes et les phénomènes associés et insuffisance urinaire.

Ajoutons la cholémie (Eichorst).

b. *Exogènes.* — Il a été reproduit expérimentalement à la suite de l'intoxication morphinique (Filehne, de Cerenville, Unverricht, Pachon). La clinique en donne aussi des exemples.

2° *Maladies infectieuses.* — Son apparition y est exceptionnelle. Il en existe trois cas dans la diphtérie (1 de Huttenbrunner, 2 de Rendu), deux dans la fièvre typhoïde (1 de Klein et 1 de Dunin).

B. Affections spéciales. — 1° *Cœur et aorte.* — Il n'est pas d'affection du cœur où il n'ait été mentionné. Myocardite avec stéatose, insuffisance mitrale (Traube, Filehne, Rendu), rétrécissement mitral, insuffisance et rétrécissement aortique (Biot), anévrysme aortique (Sacchi), aortite (Huchard). Il est vrai que ce dernier le considère dans les cardioscléroses comme lié à l'urémie par altération rénale concomitante. Dans les deux faits récents signalés par Merklen, l'asystolie surtout est invoquée pour cause. Péricardite avec grand épanchement (Von Dusch). Pouls lent permanent avec attaques épileptiformes (Rémond et Beylac). Un cas de Terrien chez un parkinsonien de soixante-dix-sept ans, avec angor pectoris.

2° *Encéphale.* — C'est la méningite tuberculeuse qui est le plus souvent en cause. Traube avait déjà relevé ce fait. Pour Biot il y aurait eu simplement confusion avec un rythme approchant. Il est classique aujourd'hui d'admettre dans la méningite du Cheyne-Stokes vrai à côté de la respiration à type de Biot. L'hydrocéphalie, les tumeurs cérébrales, les tubercules du cervelet, l'hémorragie bulbaire, l'apoplexie, l'œdème, la commotion cérébrale, les maladies mentales à forme dépressive, quel que soit du reste leur type nosographique, paralysie générale, vésanie, mélancolie, dégénérescence mentale (Mickle, Pachon), ont été incriminés.

Mentionnons enfin quelques cas dans les affections pulmonaires de l'enfance (Rehn et Filatow), dans l'empyème, dans l'hémorragie grave (cas de Saloz), dans l'hystérie (cas de Achard et de Hallopeau).

## VI

**Pathogénie.** — Un grand nombre de travaux, depuis le premier essai pathogénique tenté par Stokes, se sont efforcés de trouver au fond de conditions productrices si dissemblables le facteur unique, cause vraie du phénomène. Il n'existe pourtant encore que des hypothèses sur le mode intime de production du Cheyne-Stokes. Pour ne pas sortir du cadre restreint de notre étude, nous n'exposerons que les principales.

1° Théorie de Traube. — Deux faits dominent la théorie émise par Traube, l'un capital : diminution de l'excitabilité du centre respiratoire et épuisement de ce peu d'excitabilité restante par un excès de fonctionnement (loi de l'intermittence des phénomènes nerveux) ; l'autre secondaire, l'ischémie bulbaire soit par défaut d'impulsion cardiaque, soit par obstacle à la circulation encéphalique. L'ischémie amène une diminution d'apport d'oxygène, d'où atténuation de l'activité du centre respiratoire et consécutivement de la fréquence des mouvements thoraciques séparés par des intervalles d'autant plus longs que l'excitabilité bulbaire est plus affaiblie. Pendant ce temps, l'acide carbonique s'accumule dans le sang, il excite d'abord les radicules du pneumogastrique, les premiers mouvements respiratoires sont rares et superficiels, et l'acide carbonique augmente encore dans le sang. Bientôt en quantité suffisante il incitera les nerfs cutanés et des muqueuses, cette irritation transmise au bulbe s'ajoute à celle des plus centripètes du pneumogastrique, les mouvements deviennent fréquents et dyspnéiques. Le gaz carbonique en excès s'élimine de la sorte, et peu à peu l'amplitude et la fréquence des oscillations du thorax diminuent. A un moment donné l'acide carbonique est insuffisant pour exciter les fibres centripètes des vagues. Une nouvelle pause se produit.

Acceptée par Leube, Bernheim, Hallopeau, Piaggio, cette théorie est passible des objections suivantes : elle laisserait inexpliquées les pauses périodiques, elle est édifiée sur des faits physiologiques non élucidés, elle ne tient pas compte enfin des excitations autochtones du bulbe.

Théorie de Filehne. — Le processus pathogénique d'après Filehne est plus complexe : excitation du centre vaso-moteur,

contraction des artères, ischémie bulbaire, dyspnée. Il croit avoir montré par ses expériences le rôle capital de la circulation locale sanguine sur le phénomène. Il est parvenu, en effet, à faire apparaître le Cheyne-Stokes en produisant des variations de l'afflux sanguin au bulbe. Pour cela il passe un fil sous l'artère sous-clavière et le tronc brachio-céphalique d'un lapin, de façon à pouvoir modifier à volonté, par le degré de tension du fil, le calibre de ces vaisseaux. Or, en rétrécissant l'artère il obtient la dyspnée, aussitôt le fil relâché il y a pause respiratoire. L'ischémie amène donc la phase dyspnéique, tandis que l'arrêt survient par la congestion provoquée.

Dans une autre série d'expériences, Filehne empoisonne des lapins et des chiens avec de fortes doses de morphine, puis leur fait inhaler de petites quantités de chloroforme ou d'éther. Il observe des modifications profondes de la respiration qui devient intermittente avec pauses. Dans tous ces cas il trouve une diminution du nombre des pulsations cardiaques et une augmentation de la pression artérielle pendant la pause, surtout à la fin de celle-ci, s'accusant pendant la phase ascensionnelle d'hyperpnée pour diminuer ensuite progressivement. Il note la dilatation pupillaire et la décoloration des muqueuses. Le rythme atypique persiste après section des vagues. Ces modifications circulatoires sont liées par lui à l'excitation du centre vaso-moteur par l'acide carbonique très abondant dans le sang après la pause. Leur apparition à la fin de cette période est l'indice que l'excitabilité de ce centre est supérieure à celle du centre respiratoire contrairement à l'état normal.

De la constatation de ces faits expérimentaux et de faits cliniques personnels, Filehne conclut que le phénomène fondamental est, comme pour Traube, la diminution d'excitabilité du centre respiratoire, mais une diminution plus considérable que celle subie par le centre vaso-moteur : par le fait de cet amoindrissement de l'activité du centre respiratoire les mouvements se suspendent à un moment donné. Pendant cette pause, l'acide carbonique s'accumule dans le sang et va inciter le centre vaso-moteur plus sensible, il s'ensuit une contraction graduellement croissante des petites artères (celles de la moelle allongée y comprises), amenant l'anémie progressive du bulbe. Celle-ci ajoute ses effets à ceux de l'accumulation du gaz carbonique et le centre respiratoire est enfin excité. On a des mouvements rares et d'amplitude restreinte. Mais, d'une part le sang réclame un certain temps pour arriver du poumon au bulbe, d'autre part la contraction des artères bulbaires empêche son libre afflux au centre respiratoire ; l'excitation de ce dernier augmente donc progressivement et les mouvements thoraciques croissent en fréquence et profondeur. Aussi, à un certain moment, la quantité d'oxygène contenue dans le sang est-elle considérable. Alors cesse l'excitation du centre vaso-moteur, le spasme des artérioles diminue peu à peu, le centre bulbaire est de moins en moins excité, les mouvements du thorax régressent et finissent par se suspendre.

Outre que ces hypothèses sont, au dire de Traube, purement gratuites, Saloz n'a pu reproduire le rythme de Cheyne-Stokes par la compression intermittente des artères se rendant au cerveau, dans les mêmes conditions expérimentales que Filehne. Enfin Sokolow et Luchsinger ont produit une dyspnée intermittente sur la grenouille en asphyxiant l'animal, soit par submersion dans l'eau, soit par ligature de l'aorte. Le phénomène est donc bien indépendant de toute condition circulatoire, puisqu'il apparaît soit dans la phase d'établissement de l'asphyxie soit dans la phase de retour, quel que soit l'état de la pression sanguine, le cœur battant régulièrement ou bien la circulation arrêtée. On doit donc écarter l'explication du Cheyne-Stokes par la variation rythmique de l'excitant sanguin. L'expérience de Luchsinger semblerait prouver qu'en mettant le bulbe dans des conditions d'irrigation anormale on exagère son fonctionnement. Et le type pathologique ne serait-il pas le résultat d'une excitation bulbaire excessive, entraînant après elle de l'épuisement nerveux (loi de périodicité du travail physiologique). La dyspnée serait dès lors, contrairement aux conclusions de Traube, la conséquence d'une excitabilité anormale du bulbe (Rendu).

Théorie de Saloz. — Saloz reprend en la complétant la théorie de Traube. Pour lui, il faut envisager trois facteurs : 1° La diminution de l'excitabilité du centre respiratoire, le plus souvent conséquence d'une entrave à la circulation artérielle du bulbe due à l'altération des parois vasculaires, à une affection du cœur (lésion valvulaire, dégénérescence graisseuse, sclérose des coronaires) ou à une compression, directe ou indirecte, exercée sur l'organe. Cette première condition est fondamentale. 2° L'épuisement rapide de l'excitabilité restante par un excès de fonctionnement, d'où repos forcé du centre en question. 3° Enfin un élément nouveau, le recouvrement graduel de l'excitabilité de l'organe, pouvant aller jusqu'à une exagération momentanée, suivie à son tour d'une diminution progressive aboutissant encore à un épuisement plus ou moins grand, avec production d'apnée (expériences physiologiques de Vulpian, Sterling, Ludwig).

Pour expliquer la fréquence du symptôme dans le mal de Bright, Saloz donne les raisons suivantes. Tout d'abord il y a altération du système artériel entier, et défaut consécutif d'irrigation de la moelle allongée puisque les artères de la base du cerveau sont intéressées. D'autre part le cœur est lésé à la suite de l'altération même des artères et des reins, la faiblesse et l'irrégularité de son fonctionnement ne peuvent qu'augmenter les troubles circulatoires des centres. Enfin, le sang lui-même se trouve dans un état anormal, il a grande tendance à la coagulation et les thromboses cardiaques sont ici fréquentes. Cette modification de la crase sanguine est d'ailleurs incapable de donner le Cheyne-Stokes par elle-même, mais elle ajoute ses effets aux causes déjà indiquées.

Théorie de Cuffer. — La théorie de Cuffer est appuyée sur des faits cliniques : diminution du nombre des globules rouges et de leur capacité d'absorption pour l'oxygène chez les urémiques, présence dans le sang de carbonate d'ammoniaque et de créatine, principes extractifs qui seraient la cause de la destruction globulaire (ce qui est démontré par la mise en présence in vitro de sang et des produits précités) et sur des expériences : possibilité de faire apparaître le Cheyne-Stokes par l'injection de carbonate d'ammoniaque et de créatine. Au rôle des troubles hématiques il ajoute celui du spasme vasculaire, rétrécissant le champ de l'hématose. Ces deux éléments : altération sanguine et spasme vasculaire, expliquent les dyspnées urémiques qui sont des dyspnées de compensation.

A la suite de la dyspnée le repos est nécessaire et le spasme est forcément intermittent. De plus la grande inspiration précédant la pause introduit une certaine quantité

d'oxygène qui la favorise. Cet ensemble de phénomènes reproduit l'apnée intermittente et survenant à intervalles réguliers.

Le fondement même de cette théorie repose sur les altérations sanguines, qui n'ont pas été retrouvées par Ortille; d'autre part, Saloz n'a pu reproduire le rythme de Cheyne-Stokes par les injections de carbonate d'ammoniaque et de créatine.

Théorie de Murri. — Le centre respiratoire dans les conditions physiologiques est formé, d'après Murri, de plusieurs zones de sensibilité différente par rapport à l'excitant, le sang veineux. Normalement l'excitation de la zone la plus sensible suffit aux besoins de l'organisme. Si le besoin de respirer s'exagère, les zones moins impressionnables entrent en jeu sous l'influence d'une veinosité plus grande du sang. Des mouvements respiratoires plus amples et plus fréquents en sont la conséquence.

La zone sensible vient-elle à s'altérer, elle n'est plus excitable par le sang normal, ce liquide se charge d'acide carbonique de telle sorte que les zones moins sensibles sont mises en jeu; il y a dyspnée et le sang s'artérialise plus complètement. Il perd alors la faculté de faire entrer en fonction le centre respiratoire, d'où arrêt d'action de celui-ci et suspension des mouvements thoraciques. La veinosité du sang revient à son degré primitif et une nouvelle série recommence.

Pour Murri, l'intégrité des vagues n'est pas nécessaire comme le voulaient Traube, Kronecker et Mackwald, mais le phénomène de Cheyne-Stokes implique l'idée d'une lésion diffuse ou circonscrite, permanente ou passagère du bulbe. Il explique son apparition dans les affections à distance (cardiaques) par une névrite ascendante du pneumogastrique gagnant le centre respiratoire bulbaire, dans les cas d'intoxication (narcotiques, urémie, etc.), il y aurait action élective sur la zone la plus sensible de ce centre, dans les maladies infectieuses (typhoïde, etc.), il s'agirait d'encéphalites circonscrites, dans le sommeil enfin les conditions génératrices de cet état limitées d'ordinaire à l'écorce s'étendraient vers les centres de la base jusqu'à même la zone la plus supérieure du bulbe respiratoire.

Théorie cérébrale de Pachon. — Pachon rejette toutes les théories cherchant à rendre compte par des phénomènes exclusivement bulbaires de la production du Cheyne-Stokes. Pourquoi le cerveau, qui normalement agit sur la respiration (Danilewsky, Richet, Bochefontaine et Lépine, Christiani, Fr. Franck, Unverricht, Piebraschensky, Mackwald, Girard), n'interviendrait-il pas pour donner naissance à un rythme atypique? Le Cheyne-Stokes n'est, du reste, qu'un degré le plus accentué d'un mode physiologique. Mosso, dès 1885, a montré que les mouvements respiratoires, chez l'homme et les mammifères, ne sont pas toujours uniformes et réguliers. Dans le repos profond et surtout dans le sommeil, on voit survenir des *périodes*, c'est-à-dire des groupes d'inspirations qui diminuent et augmentent successivement d'amplitude, il y a *respiration périodique*. Que celle-ci devienne plus intense, il se produit des pauses durant lesquelles les mouvements thoraciques sont bien plus petits que normalement. C'est une sorte de rémission, la respiration sera dite *rémittente*. Encore un degré et l'on voit des intermittences vraies, des phases où les mouvements se suspendent complètement. La *respiration est intermittente*.

D'après Mosso, contrairement à l'opinion des physiologistes, le nombre et l'amplitude des mouvements respiratoires ne sont pas toujours en rapport étroit avec la respiration des tissus et du sang, proportionnels au besoin d'introduire de l'oxygène et d'éliminer de l'acide carbonique. Notre respiration est une *respiration de luxe* et même pendant le sommeil, quand elle devient périodique, la ventilation pulmonaire est plus que suffisante aux besoins chimiques du corps. Aussi, les fonctions mécaniques respiratoires peuvent-elles se reposer en devenant périodiques sans que les fonctions chimiques de l'organisme aient à s'en ressentir.

Pachon, par ses expériences et ses observations cliniques, croit avoir établi que le cerveau est l'organe producteur de la respiration de luxe, il explique du même coup la respiration périodique et la respiration de Cheyne-Stokes, qui en est le degré ultime. Après avoir pratiqué l'écérébration sur des pigeons, il a vu la fréquence respiratoire diminuer presque de moitié. D'autre part, il a fait à divers animaux des injections de morphine à la suite desquelles, après une accélération passagère, coïncidant avec l'état d'agitation du sujet, il remarqua toujours un ralentissement brusque ou graduel, qui durait autant que le sommeil narcotique. Dans certains cas, le rythme s'est modifié pour devenir périodique. L'auteur considère que la morphine agit là comme poison de la cellule cérébrale. On ne peut invoquer, en effet, pour expliquer ses résultats, ni la paralysie du pneumogastrique, car la section de ces nerfs ne les entrave pas, ni l'action hypothermisante de l'alcaloïde, car les tracés montrent que les modifications obtenues ne sont pas fonction de l'abaissement thermique, ni l'intoxication du bulbe dont l'excitabilité persiste (la même intensité minima de courant électrique qui produit l'arrêt respiratoire normalement, le détermine encore dans les mêmes conditions pendant le sommeil morphinique, et en particulier pendant la respiration périodique), ni enfin celle de la moelle, puisque la réflectivité est exagérée. Il faut donc admettre que le cerveau envoie sans cesse des stimulations dynamiques au bulbe respiratoire. Sont-elles abolies, la respiration diminue d'autant. Plus se supprime ou tend à se supprimer l'action excitatrice du cerveau, plus disparaît ou tend à disparaître la respiration de luxe, pour faire place au rythme périodique. Les faits cliniques (Cheyne-Stokes dans les maladies mentales à forme dépressive, lésions cérébrales trouvées dans beaucoup d'autopsies) sont confirmatifs. « C'est donc en dehors du chimisme bulbaire qu'on doit chercher la cause du phénomène de Cheyne-Stokes, et si le type de la respiration périodique peut se rencontrer dans des états physiologiques ou pathologiques aussi différents que le sommeil normal, l'urémie, la méningite tuberculeuse, la dépression mentale, l'intoxication morphinique, c'est que, dans toutes ces conditions diverses, il est l'image fidèle d'un syndrome commun : l'insuffisance cérébrale » (Pachon). C'est le rythme de la respiration privé du stimulus normal qu'exerce le cerveau sur cette fonction.

Guinard qui, plus récemment, a étudié l'action de la morphine sur la respiration, regarde comme trop exclusive l'opinion de Pachon, et tout en admettant le rôle du cerveau, il fait intervenir les centres bulbo-médullaires dans les modifications produites par la morphine.

Autres théories. — Rappelons encore la théorie primitive de Stokes, qui invoquait l'état de la fibre cardiaque et l'in-

suffisance de la contraction ventriculaire; celle de Mader, qui croyait nécessaire à la fois l'altération du cœur et des centres.

Wertheimer prétend expliquer le phénomène par une inhibition incomplète des centres respiratoires. L'excitation intense agissant directement ou indirectement sur le centre d'arrêt respiratoire bulbaire, amène une suspension plus ou moins durable des mouvements. Si l'excitation est plus ou moins faible, on a des oscillations périodiques et des intermittences. Ces phénomènes sont indépendants de la composition du sang et des changements périodiques de la circulation. Sa théorie est surtout applicable aux affections de l'encéphale. Pour expliquer la périodicité, il suppose qu'une excitation durable peut produire une inhibition rythmique, de même qu'une excitation continue peut donner un mouvement rythmique.

Grasset et Rauzier veulent que la dyspnée soit le fait initial, l'apnée en étant la conséquence; le phénomène est convulsif et non paralytique. Terrien, se basant sur la localisation bulbaire du centre respiratoire, du centre ciliospinal pour quelques auteurs, de l'atteinte du noyau du trijumeau dans son cas, en fait un phénomène bulbaire.

En somme, le syndrome de Cheyne-Stokes apparait comme la résultante de troubles physiologico-pathologiques multiples, parmi lesquels l'insuffisance cérébrale paraît avoir une place importante, sans qu'on puisse cependant repousser le rôle des modifications chimiques du sang, et peut-être aussi d'actions réflexes (Pic).

Dans leur deuxième mémoire, Pic et Carrel, tout en reconnaissant à toutes les théories classiques une part de vérité, leur reprochent d'être incomplètes, d'avoir voulu limiter le Cheyne-Stokes à un phénomène respiratoire. Ce n'est qu'avec Mosso, Pachon, Stern et eux que les phénomènes connexes prennent leur véritable importance. Ces troubles associés montrent bien l'influence corticale, mais étant donné la marche variable des réflexes, on ne peut admettre une origine cérébrale exclusive (Pic et Carrel). Ces derniers concluent, comme Grasset et ses élèves Blaise et Brousse, que le Cheyne-Stokes est une convulsion. Sous l'influence, disent-ils, d'une excitation mécanique ou plus souvent toxique, les centres gris corticaux, sous-corticaux, bulbaire et médullaire réagissent d'une façon excessive, puis survient une période d'épuisement et le cycle reprend. De l'étude des troubles coordonnés, ce phénomène n'apparaît que comme un cas particulier des oscillations fonctionnelles multiples se produisant dans le vaste domaine des actions et réactions nerveuses (Pic et Carrel).

Du reste, alors que la part des changements de la composition du sang, des excitations réflexes à point de départ pulmonaire ou périphérique, de l'automatisme des centres respiratoires dans la mise en jeu du rythme respiratoire normal, n'est pas encore établie, il est difficile de rien affirmer sur le mécanisme intime des troubles de ce rythme en pathologie. Suivant l'expression de Cl. Bernard, les faits physiologico-pathologiques ne peuvent être que des faits physiologiques modifiés, la pathogénie du Cheyne-Stokes ne peut être qu'hypothétique, dans l'état actuel de nos connaissances.

## VII

**Traitement.** — Avec de pareilles oscillations pathogéniques, il était difficile d'instituer une thérapeutique rationnelle. Les médicaments ou les moyens capables de réveiller l'excitabilité bulbaire ne semblent pas avoir donné de résultat : la strychnine (Lépine), l'électricité appliquée sur les phréniques, les vagues, les nerfs cutanés de la face, ont tour à tour été essayés sans succès. Traube, Biot, Bernheim avaient rejeté absolument l'emploi des narcotiques et spécialement de la morphine, condamnés *à priori* par toutes les théories existantes. On est revenu aujourd'hui sur ces premières préventions. Les faits de Saloz, O'Frenkel, Rendu, Merklen, confirmés par les expériences d'Unverricht, semblent établir l'influence favorable de la morphine. O'Frenkel administre concomitamment la digitale chez les artério-scléreux.

Citons encore quelques médications exceptionnelles : les inhalations d'oxygène (Sacchi), de nitrite d'amyle (Filehne), l'application de vésicatoires sur la nuque (Saloz).

Quel que soit, du reste, le remède employé, il sera bien rarement efficace. L'apparition du rythme de Cheyne-Stokes constitue un signe de pronostic grave, et c'est la mort qui le plus ordinairement termine la scène. Toutefois, considéré d'abord comme fatal à brève échéance (Biot), on croit, aujourd'hui, sa valeur pronostique moins absolue (Saloz, Merklen). Le phénomène a duré trois mois dans un premier cas de Terrien et trois ans et demi dans un deuxième cas du même auteur : trois ans il fut incomplet et six mois typique.

**Bibliographie.** — CHEYNE. *Dublin Hosp. Rep.*, vol. XI, p. 217. — STOKES. *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, trad. par Sénac, 1864. — NICOLAS. *Histoire des maladies épidémiques qui ont régné dans la province du Dauphiné depuis l'année* 1780. — GALLOIS. *Journ. de la Soc. de méd. et de pharm. de l'Isère*, 1884, p. 267. — Th. VON DUSCH. *Lehrbuch der Herzkrankeiten*, Leipzig 1868. — TRAUBE. Ueber das Cheyne-Stokes'sche Athmungs Phænomen, *Berlin. klin. Woch.*, 1869, n° 27; 1874, n^os^ 16 et 18; — *Gesam. Beitr.*, 1871-1878. — MADER. Zur Kasuistich des Cheyne-Stokes'schen Athmungs Phänomen, *Wien. med. Woch.*, 1869, n^os^ 87 et 88. — FRÆNTZEL. *Berlin. klin. Woch.*, 1869. — LEUBE. *Berlin. klin. Woch.*, 1870, n° 15. — SCHIFF. *Lehrbuch des Physiol.*, 1858-1859; — *C. R. de la Soc. de biol.*, t. LIII. — FILEHNE. Das Cheyne-Stokes'sche Athmungs Phänomen, *Berlin. klin. Woch.*, 1874, n^os^ 13, 14, 33, 35. — CHROSTECH. *Wien. med. Woch.*, 1873; — *Habitationsschrift*, Erlangen 1874; — *Berlin. klin. Woch.*, 1878; — Sur la physiologie du phénomène de Cheyne-Stokes, *Rev. mens.*, 1878; — *Arch. f. experim. Physiol.*, 1879, p. 442; — Sur la physiologie du phénomène de Cheyne-Stokes, *Rev. de méd.*, 1878, p. 668. — F. FRANCK. Étude sur quelques arrêts respiratoires, apnée, phénomène de Cheyne-Stokes, arrêts réflexes de cause cardiaque, *Journ. d'anat.*, 1877, p. 345. — BERNHEIM. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1873, n° 28, p. 444 et seq.; n° 31, p. 492 et seq. — SACCHI. Anévrysme de l'aorte accompagné de symptome de Cheyne-Stokes, *Riv. clin. di Bologna*, 1877, p. 33. — HŒPPFNER. Affections cérébrales du phénomène de Cheyne-Stokes, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1874, n° 9. — BIOT. Contribution à l'étude du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, *Lyon méd.*, 1876, p. 517, 530, 561; — *Étude clinique et expérimentale sur la respiration de Cheyne-Stokes*, Th. de Lyon, 1878, n° 2; — CUFFER. *Recherches cliniques et expérimentale sur les altérations du sang dans l'urémie et sur la pathogénie des accidents urémiques. De la respiration de Cheyne-Stokes dans l'urémie*, Th. de Paris, 1878, vol. VIII, n° 135. — ORTILLE. *Dyspnée nerveuse dans les néphrites; état des gaz du sang chez les urémiques*, Th. de Lille, 1874. — BLAISE et BROUSSE. Phénomènes de Cheyne-Stokes avec tracé de respiration et de circulation, *Montpellier méd.*, 1880, p. 285. — HEIN. *Deuts. Arch.*

*f. Klin. Med.*, 1880. — SALOZ. *Contribution à l'étude clinique et expérimentale du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes*, Th. de Genève, 1881. — MURRI. Sur la genèse du phénomène de Cheyne-Stokes, *Riv. clin. di Bologna* (Sulla genesi del fenomeno di Cheyne-Stokes), 1883, n°s 10-11. — GUIDO-TIZZONI. Altérations du bulbe et des pneumogastriques déterminant le phénomène de Cheyne-Stokes, *Arch. ital. de biol.*, 1884, fasc. II, p. 226. — O'CONNEL. Respiration de Cheyne-Stokes chez le nouveau-né, *Brit. med. Journ.*, 2 fév. 1884. — KAUFFMANN. *Prag. Med. Woch.*, 1884. — MOSSO. Respiration périodique ou superflue et de luxe (Respirazione periodica e la respirazione superflua e di lusso), *Arch. ital. de biol.*, t. VII, p. 48; — *Memoria della R. Acc. dei Lincei*, I, 1885; — *Arch. f. Physiol.*, 1886. Suppl. Band. 86. — ROBERTSON. On rythmic contraction of the pupils and muscles of the limbs with. Cheyne-Stokes respiration, *The Lancet*, nov. 1886. — MICKLE. Some abnormal forms of breathing, *Journ. of ment. Sc.*, avril 1886. — PIAGGIO. Quelques observations sur le phénomène de Cheyne-Stokes, *Progrès méd.*, 21 août 1887. — ROSENBACH. Zur Lehre von Cheyne-Stokes Athmung Phänomen, *Zeits. f. Klin. Med.*, 1886, I, B. 3 Heft. — HALLOPEAU et PETIT (A.). Sur un cas de phénomène de Cheyne-Stokes avec un arrêt complet du cœur pendant les phases respiratoires; interprétation physiologique et signification de ce syndrome, *France méd.*, 1890, p. 801. — WERTHEIMER. Sur l'un des mécanismes du phénomène de Cheyne-Stokes, *Arch. de physiol.*, 1891, p. 172. — UNVERRICHT. Ueber des Cheyne-Stokes Athmen, XI Congr. f. inn. Mediz., 1892, *Wien. med. Woch.*, 1892, t. XL, p. 875 et 922; — Uber das Cheyne-Stokes'sche athmen, extr. du *C. R. du Cong. de méd. int. de Wiesbaden*, 1893. — PACHON. *Recherches expérimentales et cliniques sur la fréquence et le rythme de la respiration*, Th. de Paris, 1892. — GIBSON. Cheyne-Stokes'sche Respiration, *Edinb. Oliver and Bogd.*, 1892. — STADELMANN. Recherches expérimentales sur la respiration de Cheyne-Stokes, *Zeits. f. klin. Med.*, 1895, t. XXVI, 3 et 4. — STERN. Du type respiratoire de Cheyne-Stokes et d'autres troubles périodiques de respiration, Congr. allem. de méd., *Semaine méd.*, 22 avril 1896, p. 168. — BENEDICENTI. *Arch. f. physiol.*, 1896, p. 408. — PIAGGIO. *Progrès méd.*, 1896. — REMOND et BEYLAC. Pouls lent permanent avec respiration de Cheyne-Stokes et attaques épileptiformes, *Arch. méd. de Toulouse*, 15 déc. 1896. — MERKLEN. Asystolie et respiration de Cheyne-Stokes, *Gaz. des hôpit.*, fév. 1897, n° 22, p. 212, et n° 23, p. 223. — PIC. Sur un tremblement combiné au rythme respiratoire de Cheyne-Stokes, *Province méd.*, 22 août 1896, p. 397; — *Semaine méd.*, 26 août 1896. — PIC et CARREL-BILLIARD. Contribution à l'étude des troubles fonctionnels rythmiques associés au phénomène de Cheyne-Stokes, *Province méd.*, 1897, p. 277, 291, 325, 377. — TERRIEN (de la Vendée). Un cas de phénomène de Cheyne-Stokes, *Progrès méd.*, 1898, n° 2, p. 18; — Un cas de Cheyne-Stokes, *Arch. de neurol.*, septembre 1898, n° 33. — GUINARD. *Étude expérimentale de pharmacodynamie comparée sur l'amorphine et l'apomorphine*, Th. de Lyon, 1898, n° 107. — BOUCHUT. *Traité de diagnostic*, p. 478. — DECHAMBRE. *Urémie*, p. 133. — JACCOUD. *Urémie*, p. 106. — EICHORST. *Traité de diagnostic*. — GILLES DE LA TOURETTE. *Traité de l'hystérie*. — HALLOPEAU. Des maladies convulsives de moelle épinière, *Pathologie générale*, p. 58. — HUCHARD. *Traité des maladies du cœur*, p. 477, 531, 586, 587. — GRASSET. *Maladies du système nerveux*, t. I, p. 22; t. II, p. 5. — CHARCOT-BOUCHARD. *Traité de médecine*, t. V, p. 588. — DEBOVE et ACHARD. *Manuel de médecine*, t. VI, p. 866. — RENDU. Affection cardiaque et respiration de Cheyne-Stokes, *Leçons de clinique médicale*, t. I, p. 349. — LECORCHÉ et TALAMON. *Traité de l'albuminurie*, p. 565.

## PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

### Sur la recherche et la valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch par le sérum sanguin de l'homme (1).

Par MM. S. ARLOING et Paul COURMONT.

La présente communication porte sur les applications à la clinique du fait décrit par l'un de nous à la séance du 16 mai 1898 (Arloing. *Agglutination du bacille de la tuberculose vraie*). M. Ferran, nous devons le dire, aurait signalé le même fait avant nous, dans une note *Sur les aptitudes saprophytes du bacille de la tuberculose et ses affinités avec le bacille du typhus et le bacille commun du gros intestin.* Noyée dans des faits d'un ordre tout différent, l'observation du bactériologiste espagnol nous avait complètement échappé, lorsque nous avons exécuté nos propres travaux. Dans tous les cas, M. Ferran n'a pas songé au parti que l'on pourrait tirer de l'agglutination du bacille de Koch par le sérum sanguin, dans le diagnostic de la tuberculose.

Nous avons indiqué, dans une note insérée aux *Comptes rendus* du 8 août 1898, les moyens d'obtenir les cultures du bacille de Koch les plus propres à la recherche du phénomène de l'agglutination. Aujourd'hui, il sera question de la technique de cette recherche et de la valeur clinique de la séro-réaction.

I. Pour obtenir des résultats satisfaisants de la recherche de l'agglutination par le sérum sanguin des tuberculeux, il est indispensable d'observer un certain nombre de précautions, jugées inutiles au séro-diagnostic d'autres affections, de la fièvre typhoïde par exemple, bien que le procédé général soit le même dans les deux cas. Habituellement, nous avons fait réagir le sérum sur des cultures développées dont on prenait la partie supérieure, attendu que le fond renferme presque toujours des amas spontanés.

Le sérum doit être préféré au sang total, dont les globules peuvent masquer le dépôt; le sérum incolore, au sérum coloré par l'hémoglobine; le sérum frais, à celui qui aurait pu être souillé par des germes vulgaires. On l'obtiendra de la rétraction spontanée du sang qui s'est écoulé dans de petits tubes *ad hoc*, à la sortie d'une piqûre de lancette faite à la pulpe d'un doigt dont la surface a été préalablement stérilisée. A défaut de la rétraction spontanée du caillot, on a recours à l'action de la force centrifuge pour bien séparer le sérum.

Les tubes stérilisés dans lesquels on fait la réaction auront un petit diamètre; on les inclinera à 45 degrés, une fois le mélange accompli à leur intérieur, afin que les grumeaux se déposent plus facilement, au fur et à mesure de leur formation, sur une certaine longueur des tubes.

Avec chaque sérum, nous préparons trois mélanges de titres différents : à 1/5, à 1/10, à 1/20; c'est-à-dire une goutte de sérum pour cinq de culture, et ainsi de suite. L'agglutination n'a pas de signification pratique dans un mélange dont le titre est supérieur à 1/5; ordinairement, elle fait défaut au-dessous de 1/20. Cette échelle de trois tubes facilite l'observation dans les cas limites.

Le temps au bout duquel la séro-réaction est complète, toujours bien plus long que dans la séro-réaction typhoïde, varie d'ailleurs beaucoup suivant les sérums. Nous examinons les tubes deux heures, dix heures et vingt-quatre heures après le mélange. Les modifications qui se produiraient au delà de vingt-quatre heures sont négligeables.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

L'effet du sérum est cherché à l'œil nu et au microscope. A l'œil nu, on se rend compte de l'abondance et de l'aspect du dépôt, et aussi de la clarification plus ou moins complète du mélange. Le dépôt s'apprécie plus aisément dans les tubes inclinés, où il se forme sur une large surface, le long de la paroi inférieure, soit sous forme de flocons peu adhérents, soit sous forme d'une couche lamelleuse fixée au verre. Lorsque la réaction est simplement ébauchée, la paroi est comme finement striée de petits grains. Le dépôt ne doit jamais se produire sans adjonction de sérum, c'est-à-dire dans un tube témoin qu'il ne faut jamais manquer de préparer comme terme de comparaison. La clarification s'apprécie en regardant les tubes à jour frisant, sur un fond noir. Le résultat définitif est noté au bout de vingt-quatre heures. La séro-réaction est absolument positive, si la clarification est complète. Elle est encore positive si, malgré un léger louche, il s'est fait un dépôt abondant à grumeaux bien formés. L'examen microscopique, à un fort grossissement, est un moyen de contrôle. Il faut éviter de détruire les grumeaux par une agitation trop forte du dépôt et comparer une goutte de culture du tube témoin, non additionné de sérum, à une goutte de la même culture ayant subi la séro-réaction.

Malgré toutes les précautions sus-indiquées, l'appréciation de la limite du pouvoir agglutinant n'est pas toujours facile, parce que l'aptitude des cultures à se laisser agglutiner, présente d'assez grandes différences. Nous parons à cette autre difficulté, en comparant nos séro-réactions, à celle d'un sérum d'animal tuberculisé, ou de la sérosité d'une pleurésie ou d'une péritonite tuberculeuse (sérum étalon ou sérosité étalon), que l'on conserve aisément et dont le pouvoir agglutinant nous est connu.

II. Nous avons éprouvé la valeur clinique de l'agglutination, en cherchant à l'obtenir : 1° avec le sérum sanguin de malades tuberculeux ou présumés tels par la clinique; 2° avec le sérum de sujets malades ou bien portants, présumés non tuberculeux.

1° Les malades tuberculeux ou présumés tels étaient atteints : *a*. de lésions pulmonaires avancées avec état général grave, fièvre, etc. ; *b*. de lésions pleurales ou pulmonaires peu avancées ; *c*. de tuberculose chirurgicale.

Sur 26 malades du groupe A, 92 p. 100 ont agglutiné : 69 p. 100 à 1/10 ou 1/20 ; 23 p. 100 à 1/5. Les deux malades qui n'agglutinèrent pas sur 26 étaient des tuberculeux incontestables et très avancés. La cause de cette anomalie est à trouver.

Sur 22 malades du groupe B, 95,5 p. 100 ont agglutiné : 82 p. 100 à 1/10 ou 1/20 ; 13,5 p. 100 à 1/5. Le seul malade sur 22 qui n'ait pas agglutiné est un pleurétique à grand épanchement dont la tuberculose ne saurait être affirmée, l'inoculation du liquide au cobaye étant demeurée sans résultat.

Sur 12 malades du groupe C, 50 p. 100 ont agglutiné très nettement ; 50 p. 100 faiblement.

2° Les sujets non tuberculeux ou présumés tels se subdivisaient en deux groupes : A, sujets atteints d'affections diverses ; B, sujets bien portants et valides.

Le groupe A comprenait 21 cas d'affections variées et 13 cas de fièvre typhoïde. Parmi les premiers, le sérum était dépourvu du pouvoir agglutinant 14 fois, et le possédait à un faible degré 1 fois. Parmi les seconds, le sérum a donné une réaction négative 6 fois, et une réaction positive 1 fois. M. Ferran dit avoir observé des faits analogues à ces derniers. Nous ferons remarquer que deux au moins des typhiques ayant donné une réaction positive étaient suspects de tuberculose à raison de leurs antécédents ou de certains symptômes.

Le groupe B, comprenant 16 sujets âgés de dix-huit à trente ans, a fourni 5 résultats positifs, soit 30 p. 100, et 11 résultats négatifs, soit 70 p. 100. Les résultats positifs se distribuaient de la manière suivante : 1 à 1/20 ; 2 à 1/10 ; 2 à 1/5. D'où l'on peut inférer, à notre avis, que la tuberculose latente est plus fréquente qu'on ne pense et que sa présence est conciliable avec les apparences d'une santé parfaite.

III. De l'ensemble des résultats exposés ci-dessus, nous conclurons que la séro-agglutination peut fournir, avec rapidité, un élément d'information très important dans le diagnostic précoce de la tuberculose.

N'avons-nous pas observé, en effet, que le phénomène a été presque constamment positif avec le sérum des tuberculeux dont les lésions étaient peu avancées ? C'est d'ailleurs dans ces occasions que la séro-réaction est appelée à rendre le plus de services. Au surplus, un certain nombre d'exemples relevés à la clinique du professeur Boudet, à Lyon, ont prouvé que la séro-réaction, systématiquement employée chez tous les malades d'un service hospitalier, était capable de conduire au diagnostic de tuberculoses, momentanément masquées par une autre affection. Cependant, avant d'en généraliser l'emploi et de lui demander des renseignements au-dessus de toute discussion, il importe de connaître la cause de certains résultats exceptionnels (réactions positives avec le sérum de certains sujets bien portants en apparence et réactions négatives avec le sérum de quelques tuberculeux avancés). En outre, il ne faut pas oublier que le séro-diagnostic de la tuberculose sera toujours plus délicat à faire que celui de la fièvre typhoïde, et qu'il exigera des mains exercées, usant toujours des mêmes procédés, dans des conditions identiques.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement des hémorroïdes.

M. Nœgeli Ackerblom se loue beaucoup du traitement des hémorroïdes par la poudre de calomel. Il saupoudre les bourrelets hémorroïdaux avec du calomel et donne en même temps des laxatifs aux malades. Le prurit disparaît après une ou deux applications. Si les hémorroïdes sont internes, il faut incorporer le calomel dans un suppositoire.

En même temps qu'il guérit les hémorroïdes, le calomel est aussi un médicament préventif qui met à l'abri des crises hémorroïdaires produites par l'étranglement des bourrelets et la phlébite qui l'accompagne.

Voici la formule de la pommade au calomel :

Vaseline. . . . . . } *āā* 15 grammes.
Lanoline. . . . . . }
Calomel. . . . . . . . . 5 centigrammes.

matin et soir après une selle suivie d'un lavage rigoureux à l'eau tiède.

On peut incorporer de l'extrait thébaïque ou de l'extrait de belladone à raison de 20 à 25 centigrammes. (*Bull. méd.*)

### Mixture antiseptique (Thorne).

| | |
|---|---|
| Sublimé corrosif . . . . . . | 15 grammes. |
| Bleu d'aniline. . . . . . . | 3 centigrammes. |
| Eau . . . . . . . . . . | 35l500 |
| Acide chlorhydrique. . . . | 35 grammes. |

**Constipation des enfants.**

| | | |
|---|---|---|
| Sirop de fleur d'oranger | | |
| — de pêcher | åå | 10 grammes. |
| Eau distillée de fenouil | | |
| — de tilleul | | |

Une demi-cuillerée à café trois fois par jour avant les tétées.

| | |
|---|---|
| Eau distillée de tilleul | 40 grammes. |
| Sirop simple | 20 — |
| Bicarbonate de soude | 40 centigr. |
| Magnésie | 40 — |

Une demi-cuillerée à café avant chaque tétée dans les cas de dyspepsie acide.

**Anesthésie locale** (DOBISCH).

| | |
|---|---|
| Chloroforme | 10 grammes. |
| Éther sulfurique | 15 — |
| Menthol | 1 — |

En pulvérisation sur la région à opérer. Anesthésie durant deux à six minutes. (*Progrès méd.*)

**Chloro-anémie** [RUMMO (de Pise) et G. DORI].

Injections sous-cutanées de fer.

| | |
|---|---|
| Citrate de fer ammoniacal | 1 gramme. |
| Eau distillée bouillie | 10 — |

Injecter dans région interscapulaire de un demi à 1cc de cette solution, soit 5 à 10 centigrammes de citrate de fer. (*Semaine méd.*)

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité de médecine et de thérapeutique** (1), par P. BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et A. GILBERT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais. — Tome V : *Maladies du foie, de la rate, du pancréas, des reins, de la vessie et des organes génitaux.*

Le tome V du *Traité de médecine*, publié sous la direction de Brouardel et Gilbert, vient de paraître; c'est un livre remarquable, que l'on peut recommander en toute sécurité, et qui contient en particulier deux articles très importants, très bien traités et parfaitement au point; je veux parler des *Maladies du foie*, par MM. Gilbert, Fournier, Garnier et Surmont, et des *Maladies des reins*, par M. Chauffard. Les noms des auteurs sont d'ailleurs une garantie de la valeur des articles. Nul n'était mieux préparé que M. Gilbert, élève et collaborateur du docteur Hanot, pour faire un traité des maladies du foie. Quant à M. Chauffard, tout ce qu'il écrit est clair, précis, bien exposé; son article permet de le constater une fois de plus.

Les autres articles : *Maladies des glandes salivaires*, par Dupré; *Maladies du pancréas*, par Richardière et Carnot; *Maladies de la rate*, par Launois; *Séméiologie des urines*, par Jeanselme; *Maladies de la vessie et des organes génitaux de l'homme*, par Guinon; *Maladies des organes génitaux de la femme*, par Siredey, sont tous à lire; ils sont tous très bons, bien qu'avec des qualités différentes.

Comme dans les volumes précédents, il a été donné à la séméiologie et à la pathologie générale une place qu'on leur refuse habituellement dans les traités de pathologie : l'innovation mérite d'être encouragée.

A notre époque, la pathologie générale tend à prendre partout le premier rang; les faits recueillis par l'observation sont de plus en plus nombreux : l'histoire clinique des maladies est fouillée dans ses moindres détails et, sans un lien entre ces notions éparses, sans des idées suffisamment nettes de pathogénie et de séméiologie générales, ce serait un chaos inextricable de notions analytiques. La pathologie générale est la philosophie de la médecine : grâce à elle, les faits de détails se groupent et s'éclairent; il devient beaucoup plus facile et beaucoup plus intéressant d'observer les malades et de retenir l'histoire des maladies.

(1) 1 vol. gr. in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

## THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

M. ALAMELLE. Contribution à l'étude des méningites séreuses et de leurs reliquats, particulièrement chez l'enfant. — M. ALLAHVERDIANTZ. Intervention chirurgicale palliative par la voie vaginale dans les cas de fibromes utérins volumineux adhérents et enclavés. — M. BRATOFF. Pyométrite et son traitement chirurgical palliatif. — M. ATHANASOW. Recherches histologiques sur l'atrophie de la prostate consécutive à la castration, à la vasectomie et à l'injection sclérogène épididymaire. — M. BEUVIGNON. De la salpingite tuberculeuse. — M. DEBAY. De l'intervention chirurgicale dans les cas de grossesse extra-utérine avec kyste fœtal putréfié. — M. DEMANGE. Pathogénie de la chlorose et opothérapie ovarienne. — M. DUPONT. De la névrite optique dans les affections cérébrales et cérébelleuses ; de son traitement. — M. DUROUAUX. Contribution à l'étude et au traitement des polypes hémorragiques de la cloison des fosses nasales. — M. GIRARD. Du protargol et de son emploi en oculistique. — M. GUEX. De quelques variétés de luxations irréductibles de la rotule et de leur traitement par la méthode sanglante. — M. GUILLOZ. Du traitement électrique de la goutte. — M. JOB. De l'hymen dans ses rapports avec l'accouchement. — M. KANDEL. Des formes anormales du cancer de l'estomac. — M. LAHAUSSOIS. Des accès éclamptiques débutant après l'accouchement. — M. LEBERT. Contribution à l'étude de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta et de son traitement. — M. LEFEBVRE. Lichen scrofulosorum chez l'enfant. — M. LESCUYER. De la momification du placenta dans les grossesses extra-utérines. — M. MATHIEU. De la cellule interstitielle du testicule et de ses produits de sécrétion (cristalloïdes). — M. MAZURIER. Du traitement opératoire de la myopie forte (suppression du cristallin transparent). — M. MICHEL. De l'hématome de l'arrière-cavité des épiploons. — M. MUTELET. Contribution à l'étude de la tuberculose diffuse chez l'enfant (à l'exclusion de la tuberculose miliaire aiguë). — M. POIRSON. Du rôle de l'alcool dans l'étiologie de la folie. — M. RAPP. De la voie vaginale dans la résection du rectum. — M. RICOUX. Contribution à la généralisation du traitement moral de l'aliénation mentale. — M. THIRY. De la paralysie générale progressive dans le jeune âge (avant vingt ans). — M. TRONÇAY. Contribution à l'étude de la blennorragie ano-rectale. — M. VIEILLARD. Contribution à l'étude des éncéphalocèles de la voûte du crâne.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La composition du concours de l'internat en médecine aura lieu, le lundi 17 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 113. — MARDI 3 OCTOBRE 1898. 71e ANNÉE. MARDI 3 OCTOBRE 1898. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### HOPITAL ANDRAL. — M. Albert Mathieu.

#### La dyspepsie des tuberculeux (1).

(Leçon recueillie par M. Sikora, interne des hôpitaux de Paris.)

II

Dans la conférence précédente, j'ai étudié devant vous les vomissements alimentaires provoqués par la toux après l'ingestion des aliments chez les tuberculeux. Je voudrais maintenant vous indiquer quelles sont les formes cliniques habituelles de la dyspepsie chez ces malades et vous dire les indications principales que leur existence apporte au traitement.

Il est utile pour l'exposition, bien qu'un peu artificiel, de distinguer la dyspepsie des tuberculeux en dyspepsie initiale et en dyspepsie tardive.

La dyspepsie initiale présente un intérêt tout particulier. En effet, elle est quelquefois la première manifestation symptomatique de la tuberculose; elle masque l'évolution des lésions pulmonaires; le médecin non prévenu s'expose à de graves mécomptes de pronostic et de traitement s'il ne voit que le symptôme dyspepsie et méconnaît la maladie tuberculeuse. D'autre part, la dyspepsie amène forcément à des précautions particulières dans l'ordonnance de la médication et du régime, et il importe, après avoir reconnu la tuberculose, de ne pas méconnaître la dyspepsie et ses indications.

On conçoit très bien, que la dyspepsie en diminuant l'ingestion ou l'utilisation des aliments ingérés, en provoquant des douleurs, accélère l'éclosion de la tuberculose, parce qu'elle affaiblit la vitalité de l'organisme.

D'autre part, l'évolution de la tuberculose provoque la dyspepsie, ou tout au moins les manifestations subjectives douloureuses de la dyspepsie, au même titre qu'elle amène l'anémie, révèle ou exaspère un nervosisme latent. Par quel mécanisme, nous n'avons pas à le rechercher en ce moment, il nous suffit de constater le fait clinique : il est, du reste, d'observation commune.

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 1017.

On peut, d'une façon un peu schématique, je le reconnais, décrire plusieurs types de dyspepsie initiale de la tuberculose : le type dyspeptique banal, le type pseudo-chlorotique, le type neurasthénique grave, le type avec grande dilatation de l'estomac, le type avec vomissements incoercibles. Nous ne reviendrons pas sur ce dernier que nous avons suffisamment étudié dans la précédente conférence.

Dans le *type dyspeptique banal*, on observe, avec de l'anorexie plus ou moins marquée, du malaise après le repas, de la pesanteur, du gonflement, des renvois, quelquefois des brûlures, du pyrosis; les phénomènes ne diffèrent en somme pas de ceux qu'on observe communément chez les neurasthéniques.

Le *type pseudo-chlorotique* est plus intéressant, il appartient surtout aux jeunes filles et aux jeunes femmes. Elles maigrissent, s'affaiblissent, pâlissent, sont facilement essoufflés, à un examen superficiel on les prend pour de simples chlorotiques. Cependant elles s'en distinguent par certains caractères particuliers. Comme le disait fort bien Germain Sée, la chlorotique vraie ne maigrit pas, elle reste plus ou moins grasse, plus ou moins replète, elle a bon aspect, il ne lui manque que des couleurs : elle peut encore inspirer des passions, la pseudo-chlorotique tuberculeuse n'inspire guère que la pitié. La résistance de l'anémie au régime et au traitement ferrugineux, l'amaigrissement progressif, la toux, la fièvre, les sueurs nocturnes, tout cela doit amener à un examen minutieux de la poitrine. Les troubles dyspeptiques, assez semblables à ceux du type précédent, plus douloureux assez souvent, complètent le tableau clinique.

Le type *neurasthénique grave d'emblée* est plus rare que les précédents; nous en avons vu l'an dernier dans le service un cas des plus nets. Une femme d'une quarantaine d'années, garde-malade de sa profession, entre dans le service avec des accidents très accentués de neurasthénie grave. Son épuisement était extrême, elle se sentait écrasée par une insurmontable fatigue : elle dormait mal, s'éveillait éreintée, incapable de tout travail, elle avait la tête lourde, les douleurs dans les reins; elle ne toussait pas, n'avait pas de fièvre ; l'urine ne présentait ni albumine, ni sucre. L'anorexie était marquée, les digestions difficiles. Sous l'influence d'un traitement qui s'inspirait de celui de Weir Mitchell, mais s'accommodait mieux à la médiocrité de nos ressources hospitalières, il se fit une amélioration notable. La malade fut confinée au lit; on lui fit prendre jusqu'à cinq litres de lait par jour. Au bout de quelques semaines,

elle se crut assez forte pour réclamer sa sortie. Un mois plus tard, elle nous revenait avec des signes non équivoques d'une tuberculose galopante qui ne tarda pas à l'enlever.

Croyez moi, Messieurs, défiez-vous du diagnostic si facile et si commode de neurasthénie. Cherchez avec soin s'il n'existe pas quelque grave affection de la nutrition, albuminurie, diabète, etc., et en particulier, craignez le début de la tuberculose.

La dyspepsie avec *dilatation permanente de l'estomac* constitue quelquefois la forme clinique de la dyspepsie initiale de la tuberculose. Dans la précédente conférence j'ai eu l'occasion de vous en citer un exemple. En effet, vous vous le rappelez, la malade ne présentait pas seulement des vomissements alimentaires provoqués par la toux peu de temps après les repas, mais aussi des vomissements abondants le matin à jeun dans lesquels on reconnaissait des détritus alimentaires ingérés la veille. Laissez-moi encore citer une observation qui m'a beaucoup frappé il y a quelques années et que je considère comme des plus instructives à divers points de vue. Une jeune fille d'une vingtaine d'années présentait une dilatation considérable de l'estomac avec stase permanente. Le matin à jeun, on extrayait par la sonde près d'un litre d'une bouillie d'une odeur des plus désagréables, d'acidité totale élevée, sans acide chlorhydrique libre. L'appétit était nul, le déclin des forces rapide, l'amaigrissement marqué. Au bout de quelque temps, la toux survint, on releva de la fièvre le soir, et on ne tarda pas à constater par l'auscultation des signes de tuberculose au sommet du poumon. L'ulcération pulmonaire et la cachexie firent des progrès rapides; la malade succombait quatre mois après son entrée à l'hôpital. Or, remarquez-le, à l'autopsie l'estomac était, non pas dilaté, mais au contraire petit et rétracté. Il est vrai que la malade avait, avant de mourir, traversé une phase d'anorexie complète, pendant laquelle son alimentation avait été presque nulle. On a signalé déjà des faits de ce genre; ils montrent qu'on peut avoir une grande dilatation avec stase permanente sans lésions irréparables, soit de la musculature de l'estomac, soit de l'orifice pylorique.

Dans le cas présent, il s'agit non de la dilatation de l'estomac comme l'entendait M. Bouchard, mais d'une grande dilatation avec stase permanente. M. Bouchard donnait la dilatation de l'estomac comme très fréquente au début de la tuberculose; et même comme cause de la tuberculose; mais il comprenait sous le nom de dilatation un grand nombre de faits que nous classons sous une autre étiquette. Il n'en avait pas moins bien vu les relations cliniques importantes qui existent entre la dyspepsie et le début de la bacillose.

Quelle que soit la forme de la dyspepsie stomacale que vous observerez dans ces conditions, certaines particularités de son évolution pourront éveiller votre attention et vous amener à découvrir la tuberculisation sous-jacente. Les malades ont souvent de la fièvre, des sueurs nocturnes, ce qui n'appartient pas à la simple dyspepsie, ils maigrissent rapidement, alors même que leur ration alimentaire n'a pas diminué assez pour expliquer cette perte de poids. Souvent la survenue d'une petite toux sèche appellera l'attention du côté des poumons. Malgré cela, le jugement peut présenter de grandes difficultés; vous savez combien il est délicat, souvent, d'établir le diagnostic de la tuberculose à son premier stade, lorsque les lésions ne sont pas encore ulcérées, qu'il n'y a pas d'expectoration, ou pas de bacilles de Koch dans une expectoration banale.

Ne comptez pas sur le chimisme pour trancher la difficulté. M. Hayem a fait faire l'analyse du suc gastrique dans 28 cas de dyspepsie initiale de la tuberculose, et il a trouvé l'hyperchlorhydrie aussi souvent que l'hypochlorhydrie.

L'anorexie est souvent assez accentuée, chez les jeunes gens surtout, mais il n'y a rien là de caractéristique. Il n'est pas très rare que des jeunes femmes nerveuses aient des digestions difficiles, de l'amaigrissement, une anorexie accentuée et même de la toux sèche, sans être pour cela tuberculeuses.

Pendant les phases d'évolution et de terminaison de la tuberculose, la dyspepsie est loin d'être rare. La dyspepsie de la phase prémonitoire et de la phase initiale de la tuberculose persiste souvent bien qu'elle s'atténue parfois. Les troubles digestifs apparaissent fréquemment au cours de la phtisie pulmonaire; les raisons ne manquent pas pour en expliquer l'apparition : la fièvre, l'affaiblissement de l'organisme, l'irritation de la muqueuse stomacale par les produits de l'expectoration, et surtout l'abus des médicaments irritants.

L'anatomie pathologique a du reste démontré la fréquence très grande des lésions de la muqueuse dans la tuberculose avancée. Schwalbe, Marfan, Hayem ont relevé des lésions de gastrite destructive. Les lésions interstitielles sont accentuées, le nombre des glandes diminue et dans ces glandes raréfiées, les cellules qui sécrètent la pepsine et l'acide chlorhydrique tendent à être remplacées par des cellules à mucus, semblables aux cellules de revêtement superficiel de l'estomac et aux cellules muqueuses du goulot des glandes.

Cette destruction des cellules sécrétantes n'est cependant pas une loi absolue; mais elle représente la forme la plus fréquente de la gastrite des tuberculeux avancés, et elle explique bien que, chez eux, l'analyse chimique démontre, plus souvent que chez les tuberculeux jeunes la diminution, très grande de la sécrétion chlorhydro-pepsique. M. Hayem a vu à cette phase terminale l'hypochlorhydrie beaucoup plus fréquemment que l'hyperchlorhydrie.

Les ulcérations banales de gastrite interstitielle destructive, et en particulier les érosions hémorragiques ne sont pas rares dans la tuberculose; par contre, les ulcérations tuberculeuses y sont exceptionnelles : je n'en ai vu que deux cas pour ma part.

La dyspepsie tardive est beaucoup plus uniforme dans ses manifestations cliniques que la dyspepsie initiale. On constate souvent une anorexie marquée, des vomissements, le plus souvent des vomissements provoqués par la toux, fréquemment de la diarrhée due à des ulcérations de l'intestin : lésions aussi fréquentes que sont rares les ulcérations bacillaires de l'estomac.

La muqueuse buccale est souvent irritée, dépouillée, les gencives sont bordées d'un liséré rouge que l'on a considéré à tort comme caractéristique. Le muguet n'est pas rare, surtout dans certaines salles d'hôpital infectées par l'oïdium albicans.

Si la grande dilatation avec stase permanente est relativement rare, il est fréquent de constater une certaine paresse de l'estomac à se vider; les aliments séjournent plus longtemps dans sa cavité, il s'y développe des fermentations

anormales, son contenu présente une acidité exagérée due aux acides de fermentation.

Par l'examen extérieur, on constate souvent, outre les signes de l'insuffisance musculaire de l'estomac, de la sensibilité le long de sa face antérieure et de sa grande courbure, ce qui est un signe de gastrite, et plus souvent encore une vive sensibilité au point épigastrique.

Pour terminer, je dois vous parler du traitement des dyspeptiques tuberculeux. Dans une précédente conférence, je vous ai dit comment je traite les vomissements provoqués par la toux, il ne me reste qu'à vous entretenir du traitement de la dyspepsie proprement dite, de la dyspepsie prétuberculeuse, de la dyspepsie initiale et de la dyspepsie tardive.

D'une façon générale, ce traitement ne diffère pas essentiellement de celui de la dyspepsie considérée en dehors de ses relations avec la tuberculose. Toutefois, la crainte ou la certitude de la tuberculose apportent certaines indications particulières : ce sont elles qui doivent nous occuper ici.

Lorsque la tuberculisation est à craindre chez un dyspeptique, il convient de l'alimenter d'une façon plus intense que lorsque la tuberculose ne menace pas d'entrer en jeu. Il conviendra de ne soumettre que le moins longtemps possible ces malades à des régimes restreints, inférieurs à la ration d'entretien, et par conséquent à une inanition incomplète.

Vous savez que, dans ces dernières années, l'hygiène et surtout l'hygiène alimentaire ont pris une place tout à fait prépondérante dans le traitement de la tuberculose pulmonaire : la médication a perdu tout le terrain qu'a gagné l'hygiène. Ce n'est certes pas moi qui le regretterai. On a appris qu'il convenait de ménager avec soin l'estomac des tuberculeux. On a fait voir que les médications intensives par voie stomacale avaient le grand inconvénient d'amener l'irritation et souvent l'inflammation de l'estomac, au grand détriment de l'alimentation et de la nutrition. On a compris qu'en cherchant à tuer le bacille par l'antisepsie interne, on ne réussissait qu'à mettre le malade en danger, et qu'il valait beaucoup mieux, en stimulant la nutrition générale par les moyens hygiéniques, et en alimentant le malade, lui donner les éléments les meilleurs de résistance contre le microbe. Je ne saurais mieux faire à ce point de vue que de vous engager à lire les intéressantes leçons publiées par M. Grancher sur ce sujet dans le *Bulletin médical* de cette année.

Il faut donc alimenter le malade le mieux possible et l'empêcher de maigrir, le ramener à son poids normal. Pour cela, il ne suffit pas de l'alimenter, il faut même le *suralimenter*.

Mais pour cela on se heurte à des difficultés multiples dans les cas qui nous occupent. Le malade est dyspeptique, il a de l'anorexie, souvent il a de la fièvre.

La dyspepsie par elle-même ne comporte pas d'indications particulières, et je vous renvoie pour cela aux publications dans lesquelles j'ai exposé le régime alimentaire des dyspeptiques. Il ne reste donc à nous occuper que de l'anorexie, qui est l'obstacle le plus fréquent à l'alimentation méthodique des tuberculeux.

Vous savez certainement que M. Debove a proposé le gavage à la poudre de viande, dans le traitement de la tuberculose, et que ce gavage, il le faisait au besoin par la sonde. Il nous a démontré ainsi qu'il n'y a pas de relations entre l'anorexie et l'activité digestive du tube gastro-intestinal; l'anorexie ne mesure nullement l'utilisation des aliments ingérés. Une fois parvenus dans l'estomac, ils sont parfaitement digérés et absorbés, s'il n'y a pas de lésion grave de l'estomac et de l'intestin. L'anorexie ne doit donc pas nous arrêter, il faut au besoin passer outre.

Pour cela, la suggestion suffit souvent. J'ai vu plusieurs jeunes médecins présenter des lésions du sommet; tous ou presque tous se sont mis sans difficulté à la suralimentation, c'est qu'ils étaient bien convaincus de sa nécessité. Faites donc passer la même conviction, si possible, dans l'esprit de vos malades, et vous obtiendrez le même résultat. N'oubliez pas, toutefois, qu'en les suralimentant maladroitement, on a parfois rendu dyspeptiques des tuberculeux qui ne l'étaient pas. A plus forte raison faut-il être prudent chez les malades déjà dyspeptiques au moment où on commence le traitement.

Le séjour prolongé au grand air est un des moyens les meilleurs de provoquer l'appétit. Les malades passent la journée au dehors, ils dorment les fenêtres ouvertes : c'est le moyen le plus naturel et souvent le plus efficace de combattre l'anorexie.

Malheureusement, cela ne suffit pas toujours. Vous pourrez avoir recours aux amers, à l'acide chlorhydrique. Vous me voyez souvent donner XXV à XXX gouttes d'un mélange de teinture de colombo et de gentiane, dans un peu d'eau additionnée de II à III gouttes d'acide chlorhydrique officinal. Remarquez que je fais prendre ce mélange, non avant, mais une heure après le repas. Cette médication, absolument inoffensive, me donne d'excellents résultats.

Si tout cela échoue, si l'anorexie persiste, ne craignez pas, chez des malades non fébricitants, d'avoir recours au gavage par la sonde avec du lait, des œufs, de la poudre de viande. Parfois, vous verrez la faim réapparaître au bout de quelque temps. L'anorexie, chez les dyspeptiques, est assez souvent la conséquence de l'inanition, ne l'oubliez jamais.

La fièvre est une cause fréquente d'anorexie chez les tuberculeux, bien qu'en général leur langue reste nette, comme le faisait remarquer Lasègue. Il peut être utile de la combattre par l'antipyrine; malheureusement, c'est un médicament qui tue l'appétit, et je lui préfère les lavements de 50 à 60 centigrammes de bromhydrate de quinine.

Si la fièvre se montre le soir, comme il est fréquent, alimentez vos malades le matin, et pendant les périodes fébricitantes ayez recours plutôt à l'alimentation liquide ou semi-liquide, comme le lait, les potages, les œufs, les purées au lait.

Il resterait beaucoup à dire pour traiter à fond une question dont j'ai voulu seulement tracer les grandes lignes. Je me tiendrai pour satisfait si j'ai pu vous faire comprendre l'intérêt que présente en pratique la connaissance de la dyspepsie des tuberculeux et surtout de la dyspepsie initiale de la tuberculose; si j'ai pu vous apprendre à traiter avec succès le vomissement alimentaire causé par la toux, et vous bien faire comprendre que, si cette dyspepsie ne comporte pas, en somme, d'indication thérapeutique spéciale, l'anorexie particulière qui l'accompagne est le phénomène qui doit surtout attirer l'attention du médecin, appeler toute sa sollicitude, mettre en jeu son ingéniosité et sa force de persuasion; si j'ai pu, après plusieurs de nos maîtres, vous montrer qu'une médication qui irrite l'estomac est particulièrement nuisible dans le traitement de la bacillose pulmonaire.

## CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DE LA HANCHE

(INCURVATION DU COL DU FÉMUR, COXA VARA)

Par R. DE BOVIS,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Reims.

I

Le sujet, auquel nous apportons la contribution d'une observation clinique, mérite beaucoup de réticences. On a constaté au niveau de la hanche certaines lésions anatomiques, un syndrome clinique, des conditions étiologiques particulières, mais que plusieurs hésitent à grouper en un seul tout, dans la crainte de créer une entité bâtarde vouée au démembrement.

Avant d'esquisser les traits qu'on lui assigne, nous rappelons que le col du fémur fait avec la diaphyse deux sortes d'angles : le premier à sinus inféro-interne, mesurant 128 à 129 degrés chez l'enfant (C. Lauenstein), porte le nom d'angle d'*inclinaison*. Le second, angle de *déclinaison* [Jaboulay (1)], peut se concevoir de la façon suivante : si l'on fait passer par l'axe longitudinal du col fémoral un plan vertical, celui-ci coupe, suivant un dièdre aigu, le plan qui passe par l'axe vertical de deux fémurs en extension (plan transversal). La projection horizontale de cet angle dièdre donne un angle aigu à sinus antéro-interne : c'est l'angle de déclinaison.

Or, ces angles de déclinaison et d'inclinaison peuvent varier dans bien des états pathologiques, affectant une partie quelconque du fémur ou même du corps. C'est ainsi que M. P. Mauclaire (2), dans une série d'intéressantes études, a suivi ses variations dans le rachitisme, les scolioses, la luxation congénitale, l'ostéo-myélite, la coxo-tuberculose, etc.

Ces variations des angles cervico-fémoraux existent-elles aussi à l'état de maladie primitive, au même titre que le genu-valgum, par exemple? La réponse ne nous paraît pas douteuse. Les observations anatomiques de E. Müller (3), Hofmeister (4), les constatations opératoires de Bruns (5), Hoffa (6), Kocher (7), Kraske (8), Büdinger (9) ; les épreuves de Röntgen (10) ont démontré qu'il est certains états anatomiques s'accompagnant d'une diminution des angles d'inclinaison et de déclinaison. C'est ce que Hofmeister et Kocher appelèrent « coxa vara » et Kraske « incurvation statique du fémoral ». En d'autres termes, le col est abaissé et tordu en arrière.

Malheureusement, ces constatations anatomiques sont peu nombreuses, souvent peu précises. M. Kirmisson (1) pense que des maladies fort disparates se sont rangées sous cette étiquette : coxalgies légères, luxations congénitales à peine ébauchées, etc. Mais la maladie existant incontestablement au point de vue anatomique, il n'y a plus qu'à essayer d'en fixer les traits cliniques et ne point faire montre à son égard d'un ostracisme exagéré. Il est assez naturel de penser que la hanche ne jouit pas d'une immunité spéciale en ce qui concerne les déformations pathologiques, analogues au genu valgum.

Au point de vue clinique, il existe certainement un syndrome, qui ne peut être rangé, jusqu'à preuve du contraire, dans aucun des cadres admis jusqu'ici. Certains malades, en effet, souffrent de la hanche ; les douleurs, à irradiations diverses, s'accompagnent de boiterie. L'attitude est tout l'opposé de celle de la coxalgie : la cuisse est à la fois en adduction et en rotation externe. D'après Kocher, la marche serait caractéristique : le membre malade décrirait un arc de cercle avant de porter sur le sol et, à ce moment, le tronc s'inclinerait du même côté. En somme, ce serait une combinaison du « mouvement de faux » des amputés marchant avec un pilon, et du « plongeon » de la luxation congénitale, avec cette différence que le plongeon est très limité. Dans le décubitus horizontal, on remarque que le membre malade présente 2, 3 centimètres ou plus de raccourcissement ; mais ce qui frappe le plus, c'est la rotation externe de la cuisse et, par suite, de la pointe du pied. Si l'affection est double, le sujet ressemble à une grenouille décapitée [Schede (2)]. La rotation interne et la flexion de la cuisse sont limitées : dans ce dernier mouvement, la jambe malade croise le genou sain et l'attitude est celle des tailleurs travaillant sur leur établi [A. Ogston (3)]. Si l'affection est double, le sujet s'accroupit à la turque, quand on lui fait fléchir simultanément les deux cuisses. Quand le malade s'agenouille, la jambe malade croise encore la saine (Hofmeister), ce qu'on pourrait appeler le « signe de la prière ». Au palper, on ne remarque rien d'anormal, sinon que le grand trochanter est au-dessus de la ligne Roser-Nélaton.

Dans l'hypothèse de la coxa vara, c'est-à-dire d'une incurvation en bas et en arrière du col fémoral, Hofmeister explique la diminution de l'abduction de la façon suivante : l'affaissement du col mettrait le fémur en adduction, si la tête fémorale gardait dans le cotyle les mêmes rapports qu'à l'état normal ; pour prévenir cette attitude vicieuse ou la corriger, le malade est alors obligé de mettre son fémur en abduction. Abduction due à la malformation et abduction corrective ont un résultat moyen, qui est l'attitude d'adduction apparente, bien qu'elle réponde en réalité à un certain degré d'abduction, d'où diminution de l'amplitude physiologique de celle-ci.

Hofmeister donne de la diminution de la rotation interne une explication analogue. L'incurvation du col fémoral en arrière (ou diminution de l'angle de déclinaison) met le fémur en rotation externe ; d'où rotation interne compensatrice et inconsciente de la part du sujet. Ici encore la compensation n'est pas parfaite et le malade, avec une rotation externe apparente de la cuisse, se trouve être déjà en rotation interne.

(1) JABOULAY. *Lyon méd.*, 2 oct. 1892.

(2) P. MAUCLAIRE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894, pp. 196 et 243; *Bull. méd.*, 1895, p. 347. Nous renvoyons à ce travail pour une étude d'ensemble de la question. — Congr. de gynécol., obstétrique et pédiatrie, Bordeaux 1895, in *Gaz. des hôpit.*, p. 1120 et seq. — Dans le musée de l'École de Reims, nous avons trouvé trois pièces avec diminution de l'angle d'inclinaison : la première n'est malheureusement pas classée; dans la seconde, il s'agit d'une coxalgie avec luxation pathologique; dans la troisième, il y a une fracture du tiers moyen. Ces déformations secondaires du col sont sans doute assez fréquentes, et il suffirait de les rechercher : en tout cas en voici trois exemples, sur sept pièces que nous possédons.

(3) MULLER. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1888, Bd IV, Heft 1.

(4) HOFMEISTER. *Ibid.*, Bd. XII, Heft 1.

(5) BRUNS. Cité par E. Müller.

(6) HOFFA. Cité par SCHULTZ, *Zeits. f. Orthopæd. Chir.*, 1890, Band I, Heft 1.

(7) KOCHER. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1894, Bd XXXVIII, Heft 6, et *Ibid.*, 1895, Bd XL, Heft 3 et 4.

(8) KRASKE. *Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 6, p. 121.

(9) BUDINGER. *Wien. Klin. Wochens.*, 1896, n° 32.

(10) RÖNTGEN. Congr. allem. de chir., 1897 (Hofmeister).

(1) KIRMISSON. *Rev. d'orthop.*, 1894, p. 367; *Ibid.*, 1897, p. 233 et 302.

(2) SCHEDE. Congr. allem. de chir., 1894. — Nasse a vu un cas où il y avait rotation interne (*Ibid.*, 22 avril 1897).

(3) OGSTON. *Practitioner*, avril 1896.

La diminution de la flexion est attribuée par Kocher à une troisième torsion du col du fémur, cette fois autour de son axe transversal (grand axe). Elle s'explique encore comme les altérations des mouvements de rotation et abduction (1).

Mais Kraske fait remarquer très justement qu'à tous ces facteurs mécaniques, il faut ajouter un facteur physiologique : la contracture musculaire. Il a vu souvent les mouvements redevenir très libres sous le chloroforme. De son côté, M. Kirmisson (2), dans une série d'états se rapprochant plus ou moins de la coxa vara, a noté des lésions capsulaires : si elles peuvent être primitives, comme incline à le penser ce chirurgien distingué, il est permis de penser aussi qu'elles peuvent être parfois secondaires à des incurvations cervico-fémorales, et c'est ce qui expliquerait ces cas graves, hémi-ankylotiques, qu'a observés Kocher. Une arthrite déformante pourrait même venir se surajouter [Maydl (3)].

Ces formes graves de la coxa vara semblent être surtout celles qu'ont vues les chirurgiens allemands. Aussi, comprenons-nous très bien les réserves très prudentes de M. Kirmisson. Dans plusieurs des faits par eux présentés, on peut certainement songer à des coxalgies ou des luvations congénitales.

Mais, il est des cas légers et c'est sur eux surtout que nous désirons attirer l'attention. Motta (4) en a, paraît-il, déjà signalé plusieurs cas. Il faut en rapprocher peut-être les observations de « fausses coxalgies rachitiques tardives » décrites par Levrat (5). Une observation de Rotter (6) se rapproche aussi de celle que nous allons rapporter, par l'âge du malade, l'absence d'antécédents morbides, et surtout de douleurs et de gonflement. (*A suivre.*)

## ACTION THÉRAPEUTIQUE DU TANNATE D'OREXINE

L'auteur rappelle la difficulté que l'on éprouve souvent à stimuler l'appétit des enfants à la suite des pyrexies graves et surtout dans la tuberculose, où, même quand les lésions sont à peine ébauchées, l'anorexie est complète.

Dans tous ces cas, M. Goliner a eu beaucoup à se louer de l'emploi du tannate d'orexine. Chez douze enfants, âgés de quatre à dix ans, il a administré le tannate d'orexine à la dose de 1 gramme par jour, pris avant les deux principaux repas, sous forme de tablettes de chocolat contenant chacune 25 centigrammes de tannate d'orexine; le traitement est suspendu après cinq jours, pour être repris après une interruption de trois jours. Chez dix des petits malades, l'appétit était rétabli au bout de cinq jours; dans deux cas seulement il fallut continuer le traitement plus longtemps.

Enfin, M. Goliner a obtenu d'aussi bons résultats chez l'adulte tuberculeux ou convalescent. (*Allg. med. Central-Zeitung*, 1898, n° 54.)

(1) Kocher, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, Bd XL, p. 420 et 421.

(2) Kirmisson. *Rev. d'orthop.*, 1897, p. 302 et seq.

(3) Maydl. Coxa vara u. arthritis deformans, *Wien. Klin. Rundschau*, 1897, n° 10-12.

(4) Motta. Cité par Mauclaire, *Bull. méd.*, loc. cit., et *Reale Academia di Torino*, déc. 1894.

(5) Levrat. *Province méd.*, 29 nov. 1890, et Congr. de chir., 22 avril 1892, p. 452.

(6) Rotter. *Münch. med. Wochens.*, 1890, cité par Deydier, Th. de Lyon, 1894-1895, n° 977.

## THÈSES

### SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

M. Cleuet. Étude sur les abcès et phlegmons de la paroi abdominale antérieure. — M. Théret. Étude sur la rétention des membranes dans les délivrances à terme. — M. Lemaire. Les injections de solutions salines dans les bronchopneumonies infantiles. — M. Bommier. De la constriction thoracique et de son influence sur l'organisme. — M. Levezier. Traitement de l'impétigo par la franklinisation. — M. Bulté. Contribution à l'étude des chancres du sein. — M. Brulant. Contribution à l'étude du paraphimosis. — M. Painblan. Contribution à l'étude du rôle du pneumocoque en pathologie oculaire. — M. Favier. Le cœur dans la chorée. — M. Marsat. Le rhumatisme blennorragique et son traitement. — M. Descheemaeker. Contribution à l'étude de l'antisepsie intestinale. — M. Tavernier. De la dacryocystite tuberculeuse considérée comme point de départ du lupus de la peau, de la muqueuse nasale, de la conjonctivite palpébrale. — M. Quiret. Le dermatol dans les diarrhées. — M. Vanbremeersch. De l'appendicite : quand l'intervention opératoire devient-elle indispensable? — M. Petit. Des greffes osseuses hétéroplastiques. — M. Fichaux. Épilepsie larvée à forme gastrique. — M. Vanheeger. De la dilatation des bronches chez l'enfant. — M. Bret. Contribution à l'étude des perforations spontanées du tube digestif au point de vue médico-légal. — M. Éloy. Contribution à l'étude des fractures ouvertes du cou-de-pied. — M. Devauchelle. Le diagnostic bactériologique dans la pratique médicale courante.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante : MM. Duflocq, Ballet, Moizard, Jaccoud; Championnière, Campenon, Marc Sée, Monod; Maygrier, Bouilly.

— *Concours de l'Externat.* — Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante : MM. Triboulet, Parmentier, Souques, Méry; Souligoux, Glantenay, Bouglé; Baudron.

— Par décret en date du 29 septembre 1898, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe pour prendre rang du 1er octobre 1898 et ont reçu les affectations ci-après : MM. Lafforgue, pour l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; — Metzquer, pour le 28e dragons; — Rivet, Fischer et Carrive, pour l'hôpital militaire de Saint-Martin, à Paris; — Tartavez, Duchême, Marullaz et Bernard, pour l'hôpital militaire de Versailles; — Sandras, pour le 20e dragons; — Raoult-Deslongchamps, pour le 43e d'infanterie; — Jodry, pour le 2e d'artillerie; — Vitry et Desse, pour l'hôpital militaire de Vincennes; — Doumeng, pour le 20e d'infanterie; — Duchesne, pour le 2e hussards; — Peltier, pour le 41e d'infanterie; — Bouillier, pour le 107e d'infanterie; — Demilly, pour le 29e d'infanterie; — Daireaux, pour le 101e d'infanterie; — Mazellier, pour le 4e hussards; — Raymond, pour le 29e d'artillerie; — Mazière, pour le 19e bataillon de chasseurs à pied; — Lambroschini, pour le 15e chasseurs; — Chassin, pour le 110e d'infanterie; — Cousergue, pour le 13e bataillon de chasseurs à pied; — Rauzy pour le 143e d'infanterie; — Pascal, pour le 3e génie; — Melliès, pour le 25e d'infanterie; — Long, pour le 11e cuirassiers; — Coche et Oullier, pour l'hôpital militaire de Lille; — Magerand, pour l'hôpital militaire de Nancy; — Vidal, pour le 163e d'infanterie; — Grysez, pour le 27e d'artillerie; — Vincent et Imbert, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons; — Clerc, pour le 12e cuirassiers; — Drevet, pour le 123e d'infanterie; — Dupuy, pour le 152e d'infanterie; — Bonhomme,

pour le 154e d'infanterie; — Neumann, pour le 13e hussards; — Donier, pour l'hôpital militaire de Nancy; — Fournereaux, pour l'hospice mixte d'Épinal; — Anthony, pour l'hôpital militaire de Maubeuge; — Combe, pour le 6e cuirassiers; — Etcheverry, pour l'hôpital militaire de Briançon; — Deyrolle et Blan, pour l'hôpital militaire de Toul; — Bourgeois, pour le 5e chasseurs; — Natalelli, pour le 146e d'infanterie; — Ménard, pour le 20e bataillon de chasseurs à pied; — Friaque, pour le 26e bataillon de chasseurs à pied; — Letainturier de la Chapelle, pour l'hospice mixte de Lunéville; — Thomas et Blary, pour l'hospice mixte de Verdun; — Chambon, pour l'hospice mixte d'Epinal; — Rousset, pour l'hôpital militaire de Belfort; — Béranger, pour l'hôpital militaire de Longwy.

— Par décret en date du 1er octobre 1898, M. Bartet, médecin de deuxième classe de la marine, a été promu au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par décision présidentielle, du 17 septembre 1898, M. Collet, médecin aide-major de première classe, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— Par décision ministérielle, en date du 1er octobre 1898, M. Hürstel, médecin-major de première classe au 20e d'infanterie, est désigné pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

M. Simon, médecin-major de première classe à l'école d'application de cavalerie de Saumur (provisoirement), est désigné pour le 120e d'infanterie.

— Liste de départ pour les colonies de MM. les médecins principaux, médecins de première et de deuxième classe du service des troupes de la marine :

1° Médecins principaux : MM. 1 Mercié, 2 Négadelle, 3 Alix (P.-M.), 4 Prat, 5 Curet, 6 Alix (L.), 7 Hervé (H.-M.-V.), 8 Rit.

2° Médecins de première classe : MM. 1 Aubert, 2 Bertrand, 3 Percheron.

3° Médecins de deuxième classe : MM. 1 Béraud, 2 Préboist, 3 Porre, 4 Mailliu, 5 Binard, 6 Bérard, 7 Micholet, 8 Chabannes, 9 Chalibert.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Année scolaire 1898-1899. — I. *Immatriculation.* — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (cours, bibliothèque, travaux pratiques, laboratoires, cliniques, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897).

L'immatriculation a lieu soit d'office, soit sur demande :

L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle est immatriculé d'office; il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Doivent se faire immatriculer : 1° les étudiants pourvus de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les étudiants dont la scolarité est interrompue; 3° les docteurs français et étrangers; 4° les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté. — A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 30 francs.

Les immatriculations d'office auront lieu aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles. — Les immatriculations sur demande seront effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1) les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par tiers.

II. *Inscriptions.* — Les inscriptions seront délivrées, pendant l'année scolaire 1898-1899, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à trois heures :

Premier trimestre 1898-1899 : 1° inscriptions de première année (voir l'affiche); 2° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années, du 5 au 29 octobre (lundis et mardis excepté).

Deuxième trimestre 1898-1899 : les inscriptions des quatre années seront délivrées du 5 au 24 janvier 1899 inclus (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre 1898-1899 : 1° les inscriptions des quatre années seront délivrées du 12 au 27 avril inclus (excepté les lundis et mardis);

Quatrième trimestre 1898-1899 : 1° inscriptions de troisième et quatrième années (officiat), le 22 juin; 2° inscriptions de première année (doctorat), en juillet : les 1er, 3, 4 et 5; 3° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années (doctorat), du 6 au 15 juillet inclus.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

III. *Cartes.* — Cartes d'immatriculation. — Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. Elle ne vaut que pour l'année scolaire et doit être renouvelée chaque année contre la remise de la carte précédente. En cas de perte, il ne peut en être délivré un duplicata. Les cartes sont rigoureusement personnelles et ne doivent pas être prêtées.

Pour l'année scolaire 1898-99, les cartes d'immatriculation seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté, au moment de l'immatriculation, qu'il s'agisse d'une immatriculation d'office, ou d'une immatriculation sur demande.

MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie, feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 4, les lundis et mardis, de midi à trois heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches recevront une carte d'entrée dans ces laboratoires. Elle sera délivrée au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, jeudis et samedis, de midi à trois heures, sur la présentation de la quittance du versement des droits réglementaires.

IV. *Travaux pratiques réglementaires.* — Les travaux pratiques sont réglementaires ou facultatifs et sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre.

Les droits afférents aux travaux pratiques réglementaires sont acquittés trimestriellement en prenant l'inscription correspondante.

MM. les étudiants immatriculés, mais dont la scolarité est interrompue, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours de scolarité.

V. *Travaux de laboratoire, travaux pratiques facultatifs.* — Peuvent y être admis, à condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite et après immatriculation : 1° tous les étudiants de la Faculté; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers, etc. L'autorisation est valable pour un trimestre.

Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est fixé de 50 à 150 francs.

---



---

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

**Ce journal paraît trois fois par semaine**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

**Administration : 4, rue de l'Odéon, 4**
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

**PRIX DE L'ABONNEMENT :**
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La vie revient un peu à l'Académie. Le bureau lui-même, pour la première fois depuis longtemps, était au complet. Après un rapport de prix fait par M. Lereboullet, et dont les conclusions ont été lues en comité secret, la parole a été donnée à M. Hallopeau pour la lecture d'une note intéressante sur l'infection purulente tégumentaire (impétigo herpétiforme de Hébra). Cette infection purulente tégumentaire se distingue de l'infection purulente vulgaire par l'absence d'infarctus viscéraux, par sa durée parfois très longue et par la possibilité de la guérison.

M. Laborde, chargé d'un rapport sur la section du sympathique comme traitement chirurgical de l'épilepsie, a, dans une communication préalable, fait connaître un résultat expérimental qui se rapporte à ce sujet. Ce résultat est basé sur deux expériences : dans l'une, il fait préventivement, sur un cobaye, la résection du sympathique cervical, puis détermine chez cet animal, par un des procédés physiologiques connus, l'épilepsie expérimentale ; dans l'autre, il détermine d'abord cette épilepsie et fait ensuite la résection du sympathique. Voici la conclusion à laquelle conduisent ces expériences : la résection préventive du sympathique n'empêche pas les accès épileptiques ; la résection thérapeutique, c'est-à-dire la résection faite après la production expérimentale de l'épilepsie, atténue notablement les accès. L'importance de ces résultats expérimentaux n'échappera pas aux chirurgiens.

### CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DE LA HANCHE
[INCURVATION DU COL DU FÉMUR, COXA VARA] (1)

Par R. DE BOVIS,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Reims.

II

OBSERVATION. — F... (Eugénie), quatorze ans et demi, entrée à la Clinique chirurgicale de Reims le 20 août 1897.

Antécédents héréditaires : père de santé robuste, mort à quarante ans de congestion pulmonaire, après six mois de maladie (?). Mère bien portante et vivante. Une sœur, âgée de six ans, également bien portante. A perdu deux frères en bas âge (cause ?).

Antécédents personnels : nuls. Aidant sa mère dans les soins du ménage. Habitation salubre. Ni froid, ni coups, ni efforts, ni fatigues exagérées.

Boite du côté droit depuis six mois. Jamais de fièvre, de gonflement ou de douleurs.

Examen du 21 août. Jeune fille mince, élancée, de taille un peu au-dessus de la moyenne pour son âge. État général bon cependant ; pas d'anémie. N'est pas encore réglée.

La marche s'accompagne simplement d'une légère inclinaison à droite. Mais les mains appliquées sur les hanches ne perçoivent aucune élévation du grand trochanter, au moment où le pied droit pose à terre.

Dans la station debout, les deux pieds sont à peu près parallèles et séparés par un intervalle de 8 à 10 centimètres. Le membre sain (gauche) se fléchit légèrement au niveau du genou, masquant ainsi le genu valgum léger qui existe des deux côtés, et la différence de longueur des membres inférieurs. Le droit est en extension : le genu valgum de ce côté en est rendu plus manifeste ; l'angle interne du genu valgum se glisse en partie dans la partie la plus interne du creux poplité gauche. La cuisse droite est en adduction légère. Pas de rotation apparente.

Dans le décubitus, la seule chose qui frappe est le genu valgum et la différence de longueur des membres, quand on les rapproche. La différence est de 2 centimètres (droit : 90 ; gauche : 92, de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe).

Les divers mouvements de la hanche droite s'exécutent *parfaitement bien*. Ils n'offrent d'anomalie que quand on les compare avec ceux du côté gauche : la flexion et l'abduction en flexion sont un peu diminuées. On n'observe pas cependant la « corde » des adducteurs. Les deux membres étendus et parallèles, on voit que la rotation externe du pied est un peu plus étendue à droite qu'à gauche ; par contre, la rotation interne est notablement plus faible à droite. L'abduction, le membre étant en extension, est également plus faible à droite. « Signe de la prière. »

Ces divers mouvements ne réveillent aucune douleur.

Quand on fait exécuter à la cuisse droite des mouvements alternatifs d'abduction en flexion, on perçoit au moment où le genou atteint la limite de sa course en dehors, une sorte de claquement articulaire, dont nous devons l'observation à notre maître, M. le professeur Decès.

Pas d'atrophie musculaire.

Le raccourcissement du membre ne porte pas sur les

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 1037.

diaphyses : celles-ci sont d'ailleurs peut-être plus longues à droite :

Fémur droit : 45° } (d'un grand trochanter
— gauche : 44°5 } à l'interligne du genou).
Tibia droit : 39°
— gauche : 38°5

Le pied droit est un peu plus petit que le gauche.

*Ligne de Roser-Nélaton.* — A gauche, elle donne des rapports normaux pour le grand trochanter. A droite, celui-ci la dépasse de 2 centimètres et demi : chiffre dont nous pouvons garantir l'exactitude, l'ayant pris ou fait prendre maintes fois.

*Rapports du grand trochanter avec la crête iliaque.* — Nous mesurons successivement la distance qui sépare le grand trochanter : 1° de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; 2° d'un point de la crête située verticalement au-dessus du grand trochanter; 3° de l'épine iliaque postérieure et supérieure. Ces trois distances sont respectivement : 10, 14 et 16 centimètres à droite ; 11, 16, 18 centimètres à gauche.

*Triangle de Bryant.* — Le sujet étant couché bien horizontalement, sur le dos, on tire une ligne horizontale à partir du grand trochanter : sur elle, on fait tomber une verticale partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le triangle rectangulaire ainsi obtenu est isocèle chez un sujet normal.

Dans la coxa vara, d'après A. Ogston (1), le triangle ne serait plus isocèle : le côté horizontal, devenant plus petit que le côté vertical (malade couché), nous trouvons :

Côté horizontal : 6°8 à droite, 8° à gauche.
Côté vertical : 7°5 à droite, 8° à gauche.

Remarquons, en passant, que ce triangle de Bryant est d'une mensuration difficile et partant peu rigoureuse.

*Triangle de Giraud-Teulon.* — Il a pour base la ligne de Roser-Nélaton : soit, 18 centimètres environ. Son sommet est au condyle interne du fémur; on mesure les deux côtés : lignes iléo-fémorale et ischio-fémorale, et par une petite épure bien simple on trouve la longueur de la médiane (2); or, la médiane passe par le sommet de la tête fémorale.

Côté droit : ligne Roser-Nélaton : 18°
— — ilio-fémorale : 48°
— — ischio-fémorale : 36°
Côté gauche : respectivement, 18°, 50° et 38°.

La médiane droite a 40°5 et la gauche 43 centimètres.

9 septembre. J'applique un appareil à extension continue dans le genre de celui du professeur Tillaux.

L'appareil est retiré six semaines plus tard, le 21 octobre. Pendant toute la durée de ces tractions, le membre n'avait présenté aucun allongement.

Nous reprenons nos mensurations le 24 novembre. Elles sont, à peu de chose près, les mêmes : variations d'un demi-centimètre à 1 centimètre, s'expliquant très bien par l'impossibilité de prendre des mensurations exactes à travers les parties molles. L'ascension du grand trochanter est toujours de 2 centimètres à droite; en mesurant la distance séparant les deux grands trochanters de la crête sacrée, on trouve 18,5 à gauche, 17,5 à droite. La malade présente un excellent état général : elle n'est pas encore réglée, malgré ses quinze ans qui viennent de sonner.

Au point de vue fonctionnel, la seule chose à noter est que la marche se ferait plus aisément, au dire de la malade, et que la boiterie serait également moindre.

Exeat le 29 novembre.

(1) A. Ogston. *Practitioner*, avril 1896.

(2) Cf. Hamilton. *Traité des fractures et luxations*, traduction Poinsot.

Diagnostic. — Il ne peut s'agir en l'espèce d'une coxalgie même atténuée : mobilité presque parfaite, absence complète de douleurs, de fièvre, de gonflement, d'atrophie musculaire et d'adénopathie. État général excellent. On invoque beaucoup contre la coxa vara ces coxalgies atténuées; mais, il est bon de remarquer combien les foyers exclusivement osseux sont rares ; encore plus peut-être dans le jeune âge, où les formes synoviales prédominent, au dire de König lui-même. Donc, l'argument des coxalgies atténuées est un argument qui peut se retourner assez légitimement : ne peut-on pas les accuser d'être des coxa vara méconnues? C'est la conclusion de Bruns (1). Nous ne serons pas cependant aussi affirmatif.

Il ne s'agissait pas davantage d'une luxation congénitale. D'abord, elle eût été rien moins que congénitale ! Mais, nous sommes en droit d'affirmer qu'il n'y avait pas luxation : en effet, tous les mouvements avaient une amplitude presque normale ou peu anormale (rotation externe); pendant la marche, on ne sentait aucune ascension du grand trochanter ; enfin, l'extension continue n'eut aucun effet sur la longueur du membre.

Ces derniers arguments nous servent aussi à réfuter une hypothèse nouvelle : l'agrandissement du cotyle.

Tout récemment, Maydl vient de signaler les ressemblances cliniques et quelquefois la combinaison de l'arthrite déformante et de la coxa vara. Mais, chez notre malade, il n'y avait pas trace d'arthrite.

Rappelons qu'il n'y a pas eu de traumatisme (2), d'entorse, de fièvre ou de douleurs pouvant faire penser au rhumatisme ou à l'ostéo-myélite aiguë ou chronique.

Au point de vue du diagnostic anatomique, nous étions en présence d'une incurvation du col en bas et en arrière. L'abaissement du col nous était démontré par l'ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton; la torsion en arrière, par nos mensurations, qui indiquaient toutes le rapprochement du grand trochanter de la médiane sacrée, et par l'étendue relative des mouvements de rotation.

A quelle cause attribuer cet état?

Nous avons éliminé le rhumatisme, l'ostéomyélite, la tuberculose. Reste le rachitisme. Il ne pouvait être question que de rachitisme tardif, facteur encore peu défini, c'est vrai, mais auquel on rattache la scoliose, le genu valgum, le pied plat des adolescents, etc. En un mot, toutes les déformations « statiques » des auteurs allemands. C'est l'étiologie à laquelle se sont rattachés Hofmeister, Kocher, etc...

L'affection se développe en effet, de préférence, pendant l'adolescence; elle frappe de même les sujets minces, élancés. Kocher a vu coexister un pied plat, Witman un genu valgum, Hofmeister les deux (3). Chez notre jeune malade, on trouvait en effet un genu valgum léger, c'est vrai, mais réel : et comme il était double, il ne nous paraît guère possible d'admettre qu'il fût secondaire, opinion dont les observations de Jaboulay (4) nous forcent à tenir compte.

(1) Bruns. Congr. allem. de chir., 18 avril 1894.

(2) Bien que le traumatisme puisse produire ou au moins faire remarquer de pareilles déformations. Bauer (*Hygiea*, Bd II, p. 722) et Borchard (*Centralbl. f. Chir.*, 1897, nº 25, p. 689) en citent quelques exemples; et nous avons vu quelque chose de fort analogue chez une jeune fille de vingt-deux ans. Mais, ici, bien des réserves nouvelles sont de mise.

(3) Hofmeister. Congr. allem. de chir., 22 avril 1897.

(4) Jaboulay. *Lyon méd.*, 2 oct. 1892.

Quant à savoir s'il s'agit dans ces rachitismes tardifs de lésions absolument comparables à celles si bien décrites par Parrot, c'est une question encore discutée et que nous ne prétendons pas trancher. Bornons-nous à signaler cette « ostéite fibreuse », décrite par Kuester (1) et qui pourrait, d'après lui, jouer un rôle dans l'étiologie de l'affection dont nous venons d'esquisser les traits (2).

Traitement. — La coxa vara a déjà donné lieu en Allemagne à de nombreuses interventions : résections ou ostéotomies. Nous ne voulons pas entrer dans leur détail, car nous ne visons que les cas légers. A ceux-ci le repos et l'extension continue suffisent bien, nous paraît-il, pour calmer les douleurs, s'il y en a, arrêter les progrès de la déformation, s'il s'agit d'une espèce de ramollissement rachitique. Borchard n'eut qu'à s'en louer dans un cas assez semblable au nôtre, au point de vue de la déformation. Nous la recommandons d'autant plus volontiers que Nasse déclarait, au Congrès allemand de chirurgie de 1897, que von Bergmann n'avait obtenu que d'assez médiocres résultats du traitement opératoire de la coxa vara.

## MÉNINGITE TUBERCULEUSE EN PLAQUE

### DÉBUT PAR UNE HÉMIPLÉGIE SOUDAINE (3)

Par M. le docteur J. Comby.

D... (Madeleine), âgée de sept ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 19 avril 1898. Père rhumatisant, mère morte tuberculeuse, six autres enfants bien portants. La fillette est née à terme et a été nourrie au biberon. Rougeole et coqueluche à trois ans.

Il y a un mois, l'enfant se plaignait de la tête, devenait triste ; elle a traîné ainsi pendant trois semaines. Il y a huit jours, impossibilité de marcher, les membres supérieur et inférieur du côté droit étant paralysés (hémiplégie complète). En même temps, cris plaintifs, céphalalgie, somnolence, anorexie, vomissements, pas de constipation.

On la conduit à la consultation le 19 avril, elle se plaint à ce moment de douleurs de ventre. Nous constatons une hémiplégie du côté droit affectant les deux membres, sans toucher la face ; pas d'aphasie. Sensibilité intacte. Douleur frontale. Arythmie du pouls ; à l'auscultation du cœur, nous entendons un souffle au second temps et à la base (insuffisance aortique).

En présence de ces symptômes, nous sommes fort embarrassés ; nous pensons à la *paralysie infantile* au début, puis à une *embolie cérébrale* à cause de la lésion aortique. Mais l'enfant ayant été reçue à l'hôpital et suivie pendant quelques jours, tous les doutes s'effacent et nous pouvons affirmer l'existence d'une méningite tuberculeuse anormale, d'une *méningite en plaque*, diagnostic que l'autopsie ne devait pas tarder à vérifier.

Le jour de l'entrée à l'hôpital, la température rectale ne dépasse pas 37°4, mais le surlendemain, le thermomètre accuse 38°4, et oscille pendant dix jours entre 38, 39 et même 40 degrés. La courbe est très irrégulière, les températures matinales étant très basses et les vespérales très hautes. Prescription : vessie de glace sur la tête, calomel à doses fractionnées (10 centigrammes par jour en cinq paquets). L'enfant étant agitée, ne dormant pas, se plaignant de la tête, nous parvenons à la calmer avec 75 centigrammes de trional donnés en trois fois dans les vingt-quatre heures. Le 21 avril apparaît pour la première fois la raideur de la nuque ; la langue est très saburrale, la céphalalgie très vive. Pas de raie méningitique ni d'inégalité pupillaire.

Le 23, céphalalgie très intense, insomnie, cris plaintifs, décubitus en chien de fusil, raideur de la nuque très accentuée, raie méningitique. Hémiplégie droite persistante, sans participation de la face.

Le 25, état comateux ; le 28, asphyxie, dyspnée, inégalité pupillaire, fièvre vive (40 degrés) ; le 29, mort à deux heures de l'après-midi, sans convulsions.

*Autopsie le 1er mai.* — Le cerveau ayant été enlevé, on constate à la convexité un foyer de méningite tuberculeuse en plaque, occupant la partie supérieure de l'hémisphère gauche, au niveau des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, et empiétant sur le lobule paracentral du même côté. La plaque de méningo-encéphalite est épaisse, caséeuse, elle s'enfonce assez profondément dans la substance cérébrale. Rien à la base, pas de méningite basilaire. Quelques granulations disséminées sur le lobe occipital gauche. Rien à la coupe du cerveau et du cervelet. Liquide céphalo-rachidien abondant.

Les autres viscères présentent des granulations tuberculeuses ; on en trouve dans le foie, les reins, les poumons ; les ganglions trachéo-bronchiques sont caséeux et quelques-uns calcifiés. Là se trouvent les lésions les plus anciennes, c'est par le poumon que l'enfant s'est infectée. La méningite en plaque, comme les autres localisations granuliques, était secondaire à la tuberculose des ganglions bronchiques.

L'examen du cœur montre un rétrécissement de l'orifice mitral ; le souffle du second temps, entendu pendant la vie, n'était donc pas aortique.

En résumé, nous avons été en présence d'un cas typique de méningite tuberculeuse en plaque chez l'enfant. Le début soudain, au milieu de la santé, par une hémiplégie motrice, pouvait faire admettre, soit une *paralysie spinale aiguë*, soit un foyer de *ramollissement* ou d'*hémorragie* du cerveau. L'évolution ultérieure n'a pas tardé à éclairer le diagnostic, qui a été confirmé de point en point par l'anatomie pathologique.

(1) Kuester. Congr. allem. de chir., 24 avril 1897.

(2) A notre grand regret, nous n'avons pu avoir une épreuve de Röntgen. Mais, dans les cas légers, cette épreuve n'est peut-être pas très démonstrative. La photographie étant une projection, il suffit de bien peu de chose pour que la direction d'une ligne se trouve plus ou moins modifiée ou dénaturée. En tout cas, le malade et l'appareil devraient être placés avec grand soin et les attitudes soigneusement notées. C'est ce qui nous empêcherait peut-être de rejeter complètement le diagnostic d'incurvation du col dans une observation de M. Kirmisson (*Rev. d'orthop.*, 1897, p. 302).

(3) *Arch. de méd. des enfants.*

## THÉRAPEUTIQUE

### Comment il faut formuler la pommade au précipité jaune.

M. Schantz (de Dresde) critique longuement la composition de la pommade au précipité jaune, telle qu'on a coutume de la prescrire, et il recommande de formuler :

Rec. Oxyde jaune de mercure (obtenu fraîchement par voie humide) . . . . . 10 à 20 centigr.
Adeps lanæ . . . . . } ãã 1 gramme.
Eau distillée . . . . . }
Vaseline jaune américaine, parfaitement pure . . . 10 —

Mêlez. — A conserver à l'abri de la lumière. Au dire de l'auteur, cette pommade offrirait les avantages suivants : elle est plus onctueuse grâce à l'eau qu'elle renferme, se mélange facilement avec le liquide conjonctival, ne rancit pas,

et renferme la substance active à l'état de particules extrêmement ténues. Enfin, grâce à l'opacité du récipient, elle n'est point altérée par la lumière. (*Gaz. hebd.*)

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### COMMUNICATIONS

**Étude sur l'infection purulente tégumentaire; impétigo herpétiforme de Hébra.** — M. HALLOPEAU. Cette maladie n'est pas seulement du ressort de la dermatologie; elle offre également de l'intérêt au point de vue de l'obstétrique, car elle a été surtout observée chez les femmes gravides, et aussi de la pathologie générale. L'auteur en a étudié trois faits qui permettent d'en compléter la description et d'en déterminer la nature.

Deux de ces faits sont survenus comme complications de la maladie que l'auteur a décrite sous le nom d'acro-dermatite continue suppurative : rapprochés du troisième fait dans lequel cette maladie a été également consécutive à des suppurations anciennes, du cas de Rille dans lequel elle a eu pour point de départ un abcès du cou et de ceux dans lesquels on a trouvé une endométrite suppurée, permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une infection purulente.

Limitée aux téguments, elle est caractérisée par des suppurations multiformes, superficielles, à progression excentrique, envahissant les téguments sur de larges surfaces et récidivant incessamment par poussées successives qu'accompagne une réaction fébrile parfois très intense; il est difficile d'en établir la statistique par ces deux raisons qu'elle est fréquemment méconnue et qu'on lui rapporte des faits qui lui sont étrangers.

La lésion initiale est un soulèvement de l'épiderme par un exsudat épais, miliaire; sa saillie est habituellement nulle; il est entouré d'une auréole érythémateuse, il peut se disposer en séries arrondies ou linéaires; plus souvent les éléments se multiplient excentriquement en même temps qu'ils deviennent croûteux dans leur partie centrale : après la chute des croûtes, on voit une surface rouge, vernissée, parfois squameuse; souvent les éléments deviennent confluents, soit en soulèvements lenticulaires, soit en traînées curvilignes de formes variées, on les observe surtout dans l'aire des placards éruptifs qui peuvent envahir des surfaces très étendues, par exemple les deux tiers du tronc ou la presque totalité d'un membre; ils sont formés par la réunion de placards isolés dont la séparation initiale ne laisse pas de traces; ces grands placards continuent à s'étendre, précédés d'une auréole érythémateuse, zone d'attaque de Dubreuilh, par plusieurs rangées de soulèvements purulents qui laissent derrière eux des rangées de croûtes.

Les traînées curvilignes prennent dans l'aire des placards les formes les plus singulières : elles représentent ainsi tantôt des lettres de l'alphabet telles que des C, des J, des G; tantôt des chiffres tels que le 3; tantôt des points d'interrogation accolés dos à dos; tantôt des arabesques diverses, des croissants, des spirales ou des cercles parfaits ; ces figures résultent de la progression suivant diverses courbes de l'exsudat d'abord miliaire; aux membres, ces lésions suivant une marche ascendante représentent des paires de bas ou de gants rouges et blancs de longueur croissante; les ongles s'altèrent et tombent; il se produit, aux plantes des pieds, de larges phlyctènes purulentes; au pourtour des genoux, on voit un fin plissement de l'épiderme constitué par des soulèvements parallèles très ténus et serrés, comparables suivant Dubreuilh à ceux que l'on imprime à du papier à cigarettes mouillé; les muqueuses buccale, digestive et vaginale sont également intéressées, l'éruption peut devenir végétante, elle procède par poussées fébriles, elle peut durer plusieurs mois, elle se termine le plus souvent par la mort, on ne peut savoir si elle est due à l'action de staphylocoques modifiés, ou d'un microbe pyogène encore indéterminé (il serait probablement aérobie) ou de toxines émanées d'un foyer superficiel ou profond.

**Section du sympathique dans l'épilepsie expérimentale.** — M. LABORDE fait connaître un résultat expérimental qui se rapporte à un sujet d'actualité. Il le donne, pour le moment, sans commentaire, à titre de simple constatation et de fait brut, se réservant de le discuter, ultérieurement, dans un rapport.

Cette question est celle de l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'épilepsie, par la section du sympathique, ou l'abrasion de ses ganglions cervicaux et thoracique supérieur.

La facilité avec laquelle, depuis les expériences de Brown-Séquard et de M. Laborde, on détermine sur l'animal l'épilepsie, avait dès longtemps suggéré l'idée de transporter sur le terrain expérimental l'innovation et la pratique chirurgicales dont il s'agit; et c'est cette idée qui a reçu un commencement de réalisation dans les essais suivants, présentant deux alternatives ou conditions différentes, de nature à répondre respectivement à l'intention curative et préventive de la maladie :

En premier lieu, M. Laborde pratique sur un jeune cobaye une hémisection de la moelle épinière, en vue de la production consécutive, presque toujours fatale dans cette condition expérimentale, de l'épilepsie subordonnée dans ses manifestations, soit spontanées, soit provoquées, à l'apparition d'une zone épileptogène cervicale.

Après l'attente du temps à la suite duquel se montre, d'une façon nette et complète, l'attaque épileptique, et qui varie, en moyenne, de trois semaines à un mois, il pratique la section ou plutôt la résection (d'un centimètre environ) du sympathique cervical, soit d'un seul côté, soit des deux (selon la localisation de la zone épileptogène); et il observe les effets de cette opération sur l'affection épileptiforme.

M. Laborde montre un cobaye qui, après avoir subi d'abord l'hémisection myélitique pathogène, et offert les plus complets accès épileptiques provoqués à volonté par l'excitation d'une zone épileptogène parfaitement déterminée dans la région cervicale gauche, et se renouvelant ensuite spontanément, a été soumis à la résection du sympathique cervical de ce dernier côté (côté gauche); et les suites de l'opération une fois réparées, ce qui a eu lieu très rapidement et sans le moindre accident appréciable, M. Laborde a observé ce qui suit :

L'excitation appropriée de la zone épileptogène, primitivement efficace, à gauche, continue à provoquer un accès épileptiforme, mais qui n'est plus qu'à l'état initial et d'ébauche; tandis que, du côté opposé, il s'est développé une zone épileptogène nouvelle, donnant lieu à un accès plus complet, présentant surtout les signes et le caractère de l'épilepsie spinale.

Il semble, en conséquence, résulter de ce premier fait : 1° que la résection du sympathique du côté de la zone épileptogène primitivement unique modifie, en les atténuant, les accès épileptiques, mais sans les faire complètement disparaître; 2° que, dans cette condition expérimentale, il se montre et se développe, consécutivement, une zone épileptogène effective du côté où il n'en existait pas primitivement.

En second lieu, M. Laborde pratique, sur un jeune animal de la même espèce, la résection préalable, préventive, des deux filets sympathiques cervicaux; et, après avoir attendu

un temps suffisant (un mois et demi environ, dans le cas actuel), il cherche à déterminer, sur le même animal, par une opération secondaire, habituellement pathogène, résection de l'un des nerfs sciatiques, l'épilepsie expérimentale.

Sur ce second sujet, on peut constater, de la façon la plus évidente, le résultat suivant : l'accès épileptique complet et typique est immédiatement déterminé par l'excitation appropriée de la région cervicale gauche (côté de la section nerveuse pathogène); en sorte qu'il est permis d'inférer de ce fait que la résection préalable, préventive, du sympathique ne semble pas exercer d'influence appréciable sur la détermination expérimentale de l'épilepsie.

M. Laborde donne, à l'état brut d'observation et de constatation ces premiers résultats qui demandent à être complétés, notamment par l'extension de l'opération thérapeutique, et l'abrasion, telle qu'elle a été pratiquée par les chirurgiens, des ganglions sympathiques.

Mais tels quels, et en dehors de toute interprétation, ces faits se présentent d'eux-mêmes, avec la signification et l'importance que leur confère un déterminisme expérimental constant et invariable en ses conditions; alors que l'intervention chirurgicale dont il s'agit se produit et se réalise au milieu et en face de variabilités pathogènes multiples, dont elle ne semble pas, du reste, et pour le dire par anticipation, suffisamment se préoccuper.

---

## ORDRE DES MÉDECINS

### AVANT-PROJET DES MÉCECINS SYNDIQUÉS DE LA GIRONDE

Nous reproduisons, simplement à titre de document, le projet ci-dessous que nous empruntons à la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* :

Article premier. — Il est institué dans chaque département (ou arrondissement) un *Collège médical*.

Art. 2. — Tout médecin qui aura régulièrement sollicité et obtenu son inscription au tableau de son Collège, aura seul qualité pour concourir à l'enseignement des Écoles et des Facultés de l'État, pour exercer des missions judiciaires et des fonctions médicales conférées par l'État, les départements, les communes, les établissements publics ou d'utilité publique, les sociétés de bienfaisance ou de secours mutuels, etc. (A compléter, s'il y a lieu.)

Art. 3. — Chaque *Collège* élira une *Chambre médicale* composée de... (nombre, composition et mode d'élection à déterminer par un règlement.

Art. 4. — Il sera dressé tous les ans, par les soins de la Chambre médicale, un tableau des membres composant chaque Collège. Ce tableau devra être déposé à la préfecture dans la dernière quinzaine de décembre. Il sera, dans le mois de son dépôt, publié par les soins de l'Administration.

Art. 5. — Les attributions de la Chambre médicale sont :

1° De prononcer sur les demandes d'inscription au tableau du Collège et sur les difficultés qui y sont relatives;

2° De veiller à la conservation de l'honneur des médecins, de maintenir les principes de probité et de délicatesse qui font la base de leur profession, et d'assurer la protection de leurs intérêts, sans que jamais aucune ingérence soit permise dans les doctrines médicales honorablement pratiquées;

3° De prévenir et concilier tous différents entre médecins;

4° De prévenir et concilier toutes plaintes et réclamations de la part de tiers contre les médecins à raison de l'exercice de leur profession;

5° D'émettre son opinion sur les poursuites ou responsabilités auxquelles ils pourraient être exposés;

6° De donner son avis sur les difficultés concernant le règlement des honoraires et sur tous différents soumis à cet égard aux tribunaux;

7° De représenter, même en justice, tous les médecins du Collège collectivement, sous le rapport de leurs droits et intérêts communs;

8° De prononcer ou provoquer, suivant les cas, l'application de toutes les sanctions disciplinaires.

Art. 6. — Les peines disciplinaires sont... (par exemple : l'avertissement, le blâme, le blâme avec affichage aux lieux de réunion du Collège, l'interdiction temporaire de paraître aux lieux de réunion du Collège, l'interdiction du vote, l'inéligibilité, l'amende, la suspension, la radiation).

Art. 7. — Aucune peine de discipline ne peut être prononcée sans que le médecin inculpé ait été entendu ou appelé, avec délai de huitaine franche; dans le cas où le médecin dûment convoqué n'aurait pas comparu, la décision de la Chambre médicale ne pourra être rendue que par défaut.

Art. 8. — Les décisions par défaut seront susceptibles d'opposition dans la huitaine de leur notification.

Les notifications et oppositions seront faites par lettres recommandées.

Art. 9. — Au cas de décision contradictoire prononçant une peine supérieure à..., le médecin frappé pourra se pourvoir par la voie de l'appel.

La même faculté est réservée, dans les mêmes limites, au médecin frappé par défaut qui n'aura pas fait opposition en temps utile.

L'appel devra être interjeté dans le mois de la notification de la décision. Notification et appel seront également faits par lettres recommandées.

Art. 10. — Les appels seront portés devant un Conseil médical supérieur, désigné sous le nom de *Conseil d'appel* (élection, organisation et fonctionnement à déterminer).

Art. 11. — La Chambre médicale de chaque Collège déterminera la cotisation qui devra être acquittée annuellement par chacun de ses membres pour faire face aux dépenses d'intérêt commun.

---

## THÈSES

### SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

M. Lecompt. Contribution à l'étude des pigments urohématiques. — M. Faré. Contribution à l'étude de la stomatite ulcéro-membraneuse. — M. Verbèke. Érythèmes scarlatiniformes dans les suites de couches. — M. Lavialle. La stypticine dans les hémorragies. — M. Potié. Pathogénie du phlegmon du ligament large. — M. Ruyssen. Projet d'un enseignement médical de l'anti-alcoolisme. — M. Decoopman. Epilepsie et anémie. — M. Laurent. L'idée fixe et son rôle en pathologie mentale. — M. Vasseur. Quelques moyens de révulsion chez les enfants. — M. Debuchy. De la conservation partielle du talon.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante : MM. Duflocq et Moizard (qui ont accepté), et MM, Ballet, Mauriac; Nélaton, Campenon, Le Dentu, Monod; Maygrier et Guéniot.

— *Concours de l'Externat.* — Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante : MM. Triboulet, Parmentier, Souques, Souligoux, Glantenay, Bouglé et Baudron (qui ont accepté), et M. Méry.

— Le V<sup></sup>e Congrès international d'hydrologie, de climatologie

et de géologie, dont la dernière réunion avait eu lieu à Clermont-Ferrand, vient de s'ouvrir à Liège. Le ministre De Bruyn présidait et a adressé aux congressistes les paroles de bienvenue en exprimant les sympathies du gouvernement pour leur œuvre. Le Congrès a duré jusqu'au 3 octobre. Il est divisé en trois sections d'études qui feront des excursions à Ostende, Remonchamps, Spa et Aix-la-Chapelle. Trois cents personnes y ont adhéré. Comme toujours, la France y était très bien représentée. M. Laussedat y était le délégué du gouvernement français. MM. Durand-Fardel et Tardieu, médecins à Clermont-Ferrand, assistaient à l'ouverture. La Chine elle-même y avait son représentant, en la personne de Lo-Toung-Yao, secrétaire de la légation de Chine à Londres et à Bruxelles.

— Le jeudi 10 novembre 1898, à une heure, il sera ouvert à l'asile clinique, rue Cabanis, 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes au 1er janvier 1899, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 13 au mercredi 26 octobre 1898 inclusivement.

— *Faculté de médecine de Paris.— Inscriptions des stagiaires.* — Seront inscrits d'office, sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1898-1899, et qui auront pris l'inscription de juillet 1898 à la Faculté de médecine de Paris; savoir : huitième ou douzième (régime de 1878), quatrième, huitième ou douzième (régime de 1893).

MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1898 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou École des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre), sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1898.

*Classement des stagiaires.* — Les stagiaires seront répartis par année et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec; pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers. C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux stagiaires.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu les 3, 4 et 5 novembre 1898, de neuf à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique. Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7), le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

*Stage d'accouchement et stage spécial.* — Pendant la troisième année de stage, les élèves du nouveau régime d'études seront attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires (art. 1er, § 4, du décret du 20 novembre 1893).

Ces dispositions seront mises en vigueur à partir de l'année scolaire 1898-1899; mais elles ne seront pas appliquées à MM. les internes et externes des hôpitaux appartenant au nouveau régime d'études que l'administration de l'Assistance publique n'aurait point attachés à l'un de ces services spéciaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes des hôpitaux devront justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchements.

*Justification du stage.* — Les notes concernant l'assiduité et le travail de MM. les stagiaires régulièrement classés, au début de l'année scolaire, dans les services affectés à l'enseignement clinique, sont transmises à la Faculté par les soins de l'administration générale de l'Assistance publique.

L'inscription de janvier est délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé; l'inscription d'avril ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus; l'inscription de juillet ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin.

MM. les étudiants, internes et externes titulaires des hôpitaux sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier.

Pour la prise des inscriptions trimestrielles, MM. les étudiants, internes et externes titulaires des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le trimestre précédent. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

MM. les étudiants délégués par l'administration de l'Assistance publique pour suppléer des externes absents fourniront à la Faculté : au moment de leur entrée en fonctions, un certificat de M. le secrétaire général de l'Assistance publique attestant leur délégation dans les fonctions d'externes; trimestriellement, pour les incriptions à prendre, un certificat de leur chef de service, dans les mêmes conditions que MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

MM. les internes en pharmacie, étudiants en médecine, sont autorisés à accomplir le stage hospitalier dans le service auquel ils sont attachés en qualité d'internes en pharmacie. Pour la prise des inscriptions trimestrielles, ils remplissent les mêmes formalités que MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

MM. les élèves officiers de santé ne sont pas compris dans le classement officiel des stagiaires. Ils se font inscrire au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique (3, avenue Victoria) sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions; une carte leur est délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers.

MM. les élèves officiers de santé justifient de leur stage au moyen d'un certificat de leur chef de service, qu'ils produisent trimestriellement dans les mêmes conditions que celles indiquées plus haut pour MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

---

**Traité de médecine et de thérapeutique**, par P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais. — Tome V : *Maladies du foie, de la rate, du pancréas, des reins, de la vessie et des organes génitaux*. Un vol. gr. in-8° avec fig. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 115. — SAMEDI 8 OCTOBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 8 OCTOBRE 1898. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.



**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Les poliomyélites.

Par M. Maurice FAURE, interne des hôpitaux de Paris.

I

DÉFINITION. — Le terme de « poliomyélite » (πολιος, gris) désigne une lésion de la substance grise de la moelle. C'est un terme d'anatomie pathologique, et en faire l'étiquette d'un groupe d'affections de la moelle, c'est annoncer que ces affections ont au moins un trait commun : la lésion de la substance grise. Ce qui constitue essentiellement la substance grise, aussi bien dans la moelle que dans le cerveau inférieur ou supérieur, c'est la cellule nerveuse. Les vaisseaux, la névroglie que l'on y rencontre, n'ont rien de particulier; et l'on conçoit que leurs lésions, n'étant point indépendantes de celles qui peuvent frapper les vaisseaux ou la névroglie de la substance blanche, ne méritent point d'être étudiées dans un chapitre spécial. Au contraire, les lésions de la cellule nerveuse de la moelle ne doivent point être confondues avec les lésions de la substance blanche ou des méninges, car la cellule nerveuse possède une sensibilité qui lui est propre, et qui l'oblige à réagir d'une manière particulière en face de certains agents, dont la présence laisse silencieuse la substance blanche, aussi bien que les tissus interstitiels. Il s'ensuit que, de par sa nature, la cellule nerveuse peut être atteinte, souffrir, mourir, et manifester sa souffrance et sa mort par des symptômes qui lui sont personnels, sans que rien ne permette de penser que les autres éléments de la substance médullaire soient concurremment intéressés. C'est cela que l'on nomme « poliomyélite ». Ce terme correspond donc essentiellement à une lésion et à un cortège symptomatique : la lésion de la cellule nerveuse médullaire, et les symptomes constitués par la disparition de ses fonctions. Il correspond encore à une série de notions étiologiques et pathogéniques, dont l'ensemble constitue les causes habituelles et le mécanisme ordinaire des lésions de la cellule nerveuse.

Ces causes sont nombreuses : ce sont des actions générales qui s'exercent sur l'organisme entier. A cette variété de causes ne correspond pas une variété de mécanisme : leur action sur la moelle se produit à peu près de la même manière et détermine la même lésion. Cette lésion n'est souvent qu'une de leurs localisations. D'autres localisations peuvent simultanément frapper d'autres organes, le foie, le rein ou, particulièrement, le cerveau et, dans ce dernier cas, déterminer des troubles épileptiques.

Telle est ce qu'on pourrait appeler la définition théorique des poliomyélites. En fait, il suffit de dire qu'il existe un certain nombre de maladies générales, d'étiologie et de pathogénie communes, qui présentent cet intérêt particulier d'atteindre le système nerveux et d'y déterminer une lésion des cellules spinales. Cette lésion, malgré la variété de son origine, se traduit par des symptômes toujours les mêmes, car ils se résument dans la disparition de la fonction cellulaire. Dès lors, il importe peu que la maladie originelle diffère de nature; il importe peu qu'elle frappe concurremment d'autres points de l'économie, voire même d'autres points du système nerveux, si ces lésions ne troublent point l'évolution des symptômes poliomyélitiques; il importe peu, enfin, que la lésion spinale ne soit point exactement limitée aux cellules grises, si la symptomatologie se limite au trouble des fonctions de la cellule.

En résumé, des maladies générales localisées dans la substance grise de la moelle, se traduisant extérieurement par les signes qui accompagnent la souffrance et la mort de la cellule, telles sont les poliomyélites.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ainsi, l'élément caractéristique, distinctif, des poliomyélites est une lésion particulière de la moelle, sans laquelle il ne peut y avoir de poliomyélite, puisque ce terme est synonime de cette lésion. C'est donc par une description anatomique que doit s'ouvrir l'étude des poliomyélites. C'est ainsi en effet, que ce chapitre de pathologie s'est ouvert dans l'histoire de la médecine, avec les descriptions de Cruveilhier, Charcot et Joffroy, Parrot, Roger et Damaschino, etc.

Macroscopiquement, les grosses cellules motrices qui forment, au niveau des renflements lombaires et cervicaux, dans les cornes antérieures, trois groupes nets composés d'individus nombreux, sont diminuées de nombre ; et, parfois, sur une même coupe de moelle, à peine on en voit quatre ou cinq. Et même, les cellules qui persistent n'ont point leur forme normale. Elles sont de petit volume, de

contours arrondis, d'aspect globuleux, quelquefois à peine reconnaissables.

En somme, atrophie des cornes antérieures appréciable à l'œil nu, atrophie des cellules motrices appréciable au microscope, tels sont les signes qui frappent d'abord l'observateur. Ces lésions sont généralement limitées à un étage de la moelle, à une colonne motrice; au-dessus et au-dessous, la substance grise peut retrouver son volume et son aspect normal. Parfois on les retrouve en divers points, de sorte que la corne antérieure droite peut être atteinte dans le renflement lombaire, et la corne antérieure gauche dans le renflement cervical.

Dans ces points, il existe des lésions vasculaires. Les parois des vaisseaux sont épaissies ou altérées, entourées d'infiltrations embryonnaires.

Enfin, pour peu que la lésion soit ancienne, l'on y constate l'organisation d'un tissu de sclérose, qui a remplacé presque complètement la substance grise, comme une cicatrice remplace le tissu dans lequel elle s'est formée.

On conçoit que, pour observer des lésions aussi bien constituées que celles que nous venons de décrire, il faut rencontrer des moelles qui n'aient point été atteintes sur des territoires trop étendus. En effet, un certain temps est nécessaire pour produire l'atrophie d'un élément cellulaire et la sclérose du tissu qui l'environne; il faut donc que l'individu qui présente de semblables désordres ait survécu plusieurs mois ou plusieurs années à sa lésion, ce qui n'est pas possible lorsque cette lésion est étendue à la totalité de la substance grise de la moelle, ou lorsqu'elle frappe des territoires dont la conservation est essentielle, comme les territoires bulbaires (moelle allongée).

Voilà pourquoi j'ai circonscrit ces lésions dans certains points des renflements lombaires et cervicaux. Il n'en faudrait point conclure que les autres territoires de la substance grise spinale soient à l'abri de semblables désordres. Mais lorsqu'ils sont atteints, la lésion ne peut alors trouver le temps d'évoluer complètement car le sujet succombe plus tôt. Dans ce cas l'on observe alors les lésions suivantes (1).

Macroscopiquement, la moelle peut être congestionnée, vascularisée, hémorragique. Alors même que l'autopsie est précoce, l'organe est mou, diffluent, s'écrase de lui-même.

Microscopiquement, la congestion vasculaire est la lésion qui domine, les vaisseaux sont dilatés, entourés de manchons hémorragiques. Des territoires de substance grise sont ramollis, infiltrés de leucocytes et de microbes, et dissociés par de petites hémorragies. Mais, dans tout cela, il n'y a rien qui mérite particulièrement le nom de poliomyélite, car ce qui nous importe surtout, ce sont les altérations cellulaires. Celles-ci sont très visibles lorsque le processus est de quelque durée : les cellules perdent leurs prolongements, leur protoplasma se gonfle et change d'aspect. Il devient granuleux et se désagrège. Mais lorsque le processus est très aigu et que le malade, gravement atteint par des lésions bulbaires ou généralisées, succombe en quelques jours, ces altérations cellulaires sont moins aisément décelables. Il faut alors avoir recours à des techniques plus délicates. Les lésions que nous avons décrites jusqu'ici, sont en effet visibles sur des moelles colorées par les procédés ordinaires à l'hématoyline et au carmin. Pour apercevoir le premier degré des lésions cellulaires il faut s'adresser au procédé de Nissl (1). Les éléments chromatophyles qui donnent à la cellule normale un aspect pigmenté, se sont dissociés et fondus dans le corps cellulaire qui prend alors un aspect trouble et une coloration uniforme et nébuleuse. Les prolongements protoplasmiques sont rompus, la cellule est déchirée, ce qui témoigne d'une fragilité particulière. Ainsi se présentent les premiers signes physiques, accessibles à nos moyens d'investigation, de la destruction cellulaire. Dans ces cas, les lésions sont étendues à la totalité de la substance grise, c'est-à-dire qu'à tous les étages, les cornes postérieures et antérieures sont également frappées. Nous avons vu qu'il n'en était point de même lorsque le processus affectait une allure chronique et une localisation restreinte. Mais les cornes antérieures sont tout spécialement atteintes. Toutefois, les cornes postérieures peuvent être exceptionnellement frappées.

Il nous reste à signaler des altérations d'un intérêt secondaire, telles que l'atrophie des racines antérieures, la sclérose de la zone radiculaire, la dégénérescence des nerfs périphériques et de quelques fibres médullaires. Ce sont là des conséquences de la dégénérescence cellulaire : elles témoignent, en effet, de la dégénérescence des prolongements de la cellule et du cylindraxe, lesquels constituent les zones radiculaires, les racines antérieures et le nerf, qui n'est lui-même qu'un prolongement de la cellule.

Après avoir ainsi juxtaposé les différentes lésions rencontrées par des observateurs différents dans des poliomyélites diverses, il nous devient aisé de concevoir le mécanisme et l'évolution de la lésion poliomyélitique (2).

Sous l'influence de causes que nous chercherons plus loin à déterminer, il se produit une congestion intense et généralisée de la moelle. Les vaisseaux se dilatent, leurs parois donnent issue aux leucocytes, des transsudations sanguines se font dans des gaines adventices ou même, lorsque celles-ci ne résistent point, dans les tissus environnants. Parfois, des agents pathogènes, transportés par le courant sanguin, passent ainsi dans la substance nerveuse (3). Sans doute, tout peut se terminer là et ces lésions, en somme bénignes, peuvent se réparer en peu de temps, laissant comme souvenir des petits foyers hémorragiques. Mais, que cet état de chose persiste, le territoire irrigué par tel vaisseau encombré ne reçoit plus son contingent habituel de nourriture sanguine; par contre, il baigne dans un exsudat chargé de principes nocifs. Les éléments nobles s'altèrent, leurs granulations chromatophiles disparaissent d'abord, leur protoplasma se gonfle, devient granuleux, se désagrège, se rompt. Si de telles lésions sont étendues à la totalité de l'axe gris, ou seulement aux noyaux de la moelle allongée, la mort du sujet ne tarde point à survenir. Si ces désordres se limitent à un territoire d'utilité secondaire (tel, par exemple, que la colonne motrice du membre inférieur droit) ils n'entraînent point de troubles des fonctions de la vie organique et, pendant que les autres parties de l'axe gris retournent *ad inte-*

(1) Voyez Prof. RAYMOND. Paralysies ascendantes aiguës, *Clinique des maladies du système nerveux*, Paris 1897.

(1) P. MARIE, ŒTTINGER, MARINESCO. Soc. méd. des hôpit., 1895, et *Semaine méd.*, 30 janv. 1895. — BALLET et DUTIL. Soc. méd. des hôpit., 1895. — BACLEY et EWING. *New-York med. Journ.*, 1896, July 4 et 11. — (Sur la paralysie ascendante aiguë.)

(2) Exposé pour la première fois par P. Marie, Leçons sur les maladies de la moelle.

(3) Œttinger et Marinesco (loc. cit.) ont trouvé un bacille indéterminé. On a trouvé avant eux le bacille d'Eberth (3 cas), le staphylocoque (2 cas).

grum, l'individu retrouve la santé. Mais les cellules désagrégées restent telles, et, bientôt, elles ne sont plus qu'un petit corps protoplasmique informe et dégénéré. Autour d'elles, dans le teritoire ramolli et enflammé, des cellules embryonnaires prolifèrent, et, pendant que les phénomènes aigus se calment, la sclérose s'organise. Plus tard, il restera une cicatrice où l'on verra à peine les vestiges de ce qui fut une colonne de cellules nerveuses motrices : les fonctions de cette zone sont à jamais perdues.

Si c'est ainsi que se comporte une poliomyélite en son grand appareil, il est des évolutions plus insidieuses. Sans action générale, sans retentissement aucun, une cause nocive peut aller frapper tel vaisseau de la moelle, et dérouler lentement, en dix années, toute l'histoire qui, dans d'autres circonstances, se complète en quelques semaines. Peu nous importe, car l'histoire est la même : l'arrivée, sur un point de la substance grise et par la voie sanguine, d'une cause nocive qui change les conditions d'existence de la cellule, et progressivement la détruit.

III

Étiologie. Pathogénie. — Quelle est cette cause nocive? Voici le moment d'exposer deux groupes de faits qui apportent à cette question leurs réponses concordantes.

Le premier groupe est formé d'observations nombreuses tendant toutes à établir que la poliomyélite peut survenir sous l'influence d'une maladie infectieuse (1).

Tout d'abord, certaines formes de poliomyélites évoluent à la manière des maladies infectieuses : début assez brusque, fièvre, lassitude, céphalalgie, courbature, malaise général, nausées, vomissements, constipation ou diarrhée, anorexie, frissons; en somme, un syndrome qui se retrouve au début de la plupart des grandes infections. Après une lutte de quelques jours, on peut observer l'amaigrissement, l'albuminurie, une élévation légère de la température, des troubles digestifs, des douleurs des membres qui, parfois, prennent l'aspect connu sous le nom de pseudo-rhumatisme infectieux, des érythèmes polymorphes; puis l'on voit ces symptômes généraux s'amender, et, à moins que le malade ne succombe aux progrès des symptômes poliomyélitiques que nous exposerons plus loin, le retour à la santé se fait progressivement.

Alors même que la poliomyélite n'était point accompagnée de ces signes, qui sont assurément les signes d'une infection générale, l'on a trouvé souvent, dans son histoire ou dans l'histoire des malades, des signes du même ordre. Ainsi, il n'est pas très rare de voir la poliomyélite survenir à la suite d'une maladie infectieuse caractérisée, telle qu'une fièvre éruptive, ou cet ensemble d'infections gastro-intestinales que l'on désigne facilement sous le nom d'embarras gastrique (2). Il est plus fréquent encore de voir la poliomyélite précédée, durant quelques semaines, d'un état fébrile léger ou de troubles fonctionnels qui peuvent ne point attirer l'attention, mais dans lesquels il n'est pas très difficile de reconnaître un état infectieux d'apparence bénigne. Parfois des poliomyélites ont pu frapper des familles, des villes, des régions, d'une manière épidémique que l'on n'explique plus guère maintenant en dehors de l'existence d'un germe pathogène (1).

Enfin, l'autopsie des malades atteints de poliomyélites a montré quelquefois des signes anatomiques et microbiens, qui permettent d'affirmer l'infection (2): foyers d'inflammation, de ramollissement inflammatoire de la moelle, présence des microbes dans le tissu nerveux, dans les vaisseaux. Réciproquement, on a trouvé chez des malades, morts assurément d'infection et ayant présenté des symptômes de poliomyélite, des lésions poliomyélitiques [infections urinaires, infections puerpérales, rage, peste, diphtérie (3)].

Si donc l'évolution clinique de la poliomyélite s'accompagne assez souvent des symptômes qui évoquent l'idée d'une infection; si, d'autre part, l'examen anatomo-pathologique et microbiologique des malades morts au cours d'une poliomyélite, permet de déceler parfois des lésions d'aspect infectieux, il est permis de penser que la poliomyélite est l'œuvre d'une infection. Un deuxième groupe de faits, empruntés à la pathologie expérimentale, vient précisément consolider cette hypothèse. Charrin, Roux et Yersin, Manfredi et Traversa, Grancher, Martin, Ledoux-Lebard, Gilbert et Lion, Roger, Bourgès, Widal et Besançon, Sabrazès et Mongour, Vincent, Thoinot et Masselin, Ballet et Lebon (4), en inoculant à des cobayes, à des lapins, des cultures de bacilles pyocyaniques, diphtériques, tuberculeux, typhiques, coli, des cultures de cocci, et en produisant chez ces animaux des infections plus ou moins généralisées, observèrent des symptômes poliomyélitiques (5). A l'autopsie, on trouva dans la moelle de véritables foyers de poliomyélite infectieuse, caractérisés par la vascularité, le ramollissement inflammatoire du territoire irrigué, la destruction et l'atrophie des cellules nerveuses. Ce sont ces mêmes lésions qu'on observe chez l'homme et chez l'animal dans les myélites infectieuses (rage, infections variées); ce sont ces mêmes lésions que nous avons décrites dans les poliomyélites.

Ces essais démontrent que plusieurs agents pathogènes sont également propres à amener les désordres poliomyélitiques. Cela corrobore précisément diverses constatations que l'étude des poliomyélites humaines nous avaient permis de faire : le polymorphisme des accidents infectieux qui accompagnent la poliomyélite ou la précèdent, les variétés de l'évolution de ces affections, enfin, la multiplicité des agents pathogènes rencontrés dans les foyers poliomyélitiques.

(1) Voyez l'énumération de ces faits dans le rapport du professeur Grasset sur les myélites infectieuses (Congr. de Bordeaux), *Semaine méd.*, 1895, p. 338, et Potzer, *Contribution à l'étude des myélites infectieuses*, Th. de Paris, 1896.

(2) Voir Prof. Landouzy. *Paralysies dans les maladies aiguës*, Th. d'agrég., Paris 1880. (On y trouvera énumérés les cas de paralysies avec ou sans lésions appréciables de la moelle à la suite de dysenterie, choléra, fièvre typhoïde, variole, charbon, etc. Depuis, l'on en vit après des pneumonies, rougeoles, rhumatisme aigu, blennorragies, etc.)

(1) Cordier. *Lyon méd.*, 1888. — Medin. Congr. de Berlin, 1890.

(2) Voyez les travaux déjà cités de Marie, Marinesco, Ballet et Dutil.

(3) Sabrazès, Cabannes, Babès, Pernice, Scaliozi, Mongour et Carrière, etc. — Voyez, pour l'étude des lésions cellulaires dans ces états toxi-infectieux : Marinesco. *Pathologie de la cellule nerveuse*, Paris 1897; — Rapport au Congr. de Moscou et *Presse méd.* de janvier 1897.

(4) Voyez G. Ballet. Congr. de Bordeaux, 1895; Th. de Lebon, *Myélites infectieuses*, Paris 1896, et G. Ballet. Myélites infectieuses expérimentales, *Leçons cliniques*, Paris 1897.

(5) Voyez Vaillard. Les myélites infectieuses, rapport au Congr. de Bordeaux, *Semaine méd.*, 1895, p. 339 : « Les troubles consistent ordinairement en une paraplégie flasque, amyotrophique, intéressant les membres postérieurs, quelquefois un seul membre, restant localisée ou se généralisant à la façon de la paralysie de Landry. »

Ces idées, une fois bien établies, amenaient naturellement cette question : la poliomyélite est-elle due à la présence d'un agent pathogène, ou n'est-elle que la conséquence indirecte de sa présence? n'est-elle que la réaction d'un territoire médullaire en face des toxines sécrétées par les parasites introduits dans l'organisme?

Ici encore, la pathologie expérimentale devait fournir des réponses précises. Charrin, Enriquez et Hallion, Bianchi et Marolli, Scherbach, Crocq, Claude, observèrent les mêmes phénomènes à la suite d'injection de toxines stérilisées diphtériques, streptococciques, typhiques, etc. Il en résultait que la présence d'un agent infectieux n'est pas immédiatement nécessaire à la production d'une lésion poliomyélitique, et que l'artérite, la péri-artérite et la destruction de la substance grise sont l'œuvre des toxines solubles. Bien plus, l'artérite n'est pas l'intermédiaire obligé des lésions cellulaires, et, dans la plupart des cas que nous venons de citer, l'action de la toxine avait semblé porter directement sur la cellule, car celle-ci était détruite, alors que les vaisseaux étaient restés sains (1).

Ce sont là des constatations grosses de conséquences. En effet, il n'y a pas à dissimuler maintenant que, si nombre de poliomyélites sont accompagnées ou entourées de signes d'infections, cliniques ou anatomo-pathologiques, il en est aussi beaucoup dans l'histoire desquelles on chercherait en vain des stigmates infectieux. L'explication de ces faits devient facile avec ce que nous venons d'apprendre. Les toxines microbiennes, introduites dans un organisme, poursuivent parfois durant des mois et des années leur action insidieuse et prolongée (2), et vont détruire les éléments nobles de la substance nerveuse, sans laisser sur les vaisseaux de traces apparentes de leur passage (3), et sans provoquer aucun signe extérieur (4).

Cela explique pourquoi l'on a remarqué parfois que les poliomyélites apparaissaient sur des sujets syphilitiques, ou ayant eu des maladies infectieuses (5). Cela explique pourquoi on les voit quelquefois évoluer sur des saturnins, des alcooliques, car l'action lente et prolongée d'un toxique produit les mêmes désordres que l'action d'une toxine (6). Cela peut faire prévoir, enfin, que les sécrétions anormales de nos viscères (7), que les vices de fonctionnement de nos appareils d'élimination, entretenant dans notre organisme des foyers permanents de toxines, réaliseront les conditions qui font naître les lésions vasculaires et poliomyélitiques (8).

(1) « L'intégrité relative des vaisseaux contraste avec l'opinion maintes fois émise que les lésions vasculaires constituent la marque des désordres infectieux. » (VAILLARD. Loc. cit.)

(2) Voir H. CLAUDE. *Essais sur les lésions du foie et du rein*, Th. de Paris, 1897.

(3) Congr. de Bordeaux, *Semaine méd.*, 1895, p. 340.— Henriquez et Hallion ont vu évoluer une atrophie musculaire progressive chez un singe. Cette atrophie était due à des lésions de poliomyélites, secondaires à des injections de cultures diphtériques, et avec des lésions vasculaires de peu d'importance.

(4) Claude a observé des lésions cellulaires accentuées chez des animaux intoxiqués, alors même qu'ils n'avaient point de troubles nerveux. Congr. de Nancy, 1896.

(5) Par exemple, la maladie d'Aran-Duchenne, la paralysie labio-glosso-laryngée (Traités classiques).

(6) Landouzy.

(7) NOUNE. Poliomyélite et atrophie musculaire dans le diabète, *Berlin. Klin. Wochens.*, 9 mai 1896.

(8) « La grande cause des myélites est l'intoxication d'origine animale, végétale ou minérale. » (GRASSET. Loc. cit.)

## IV

SYMPTÔMES DES POLIOMYÉLITES. — Après l'étude que nous venons de faire, l'on peut s'attendre à la description d'un grand nombre de symptômes dans l'histoire clinique des poliomyélites. En effet, nous avons vu que des infections, ou même des intoxications très variées, peuvent leur donner naissance. Il est certain que la physionomie de telle poliomyélite se ressentira de la nature de sa cause, et que les symptômes qui appartiennent à telle infection, à telle intoxication, se mélangeront intimement à ceux de la lésion poliomyélitique.

D'autre part, nous avons appris que cette lésion pouvait siéger sur des points très variés de l'axe spinal. Or, chaque étage de la moelle correspond à une région différente du corps; chaque district de la substance grise possède même des fonctions distinctes : les cornes antérieures sont motrices, les cornes postérieures sensitives. Dans la région lombaire sont les centres vésicaux, anaux, génitaux. Dans la région cervicale sont les centres respiratoires, thermiques, vaso-moteurs. Par suite, les signes cliniques qui traduisent la lésion poliomyélitique varieront avec le siège de cette lésion. L'évolution même de la maladie, son pronostic, son diagnostic varieront avec la nature de sa cause, l'intensité et le siège de l'atteinte portée aux fonctions médullaires. Aussi existe-t-il plusieurs formes de poliomyélite, et les différences qui les séparent sont assez nettes pour que l'on ait longtemps hésité à reconnaître l'identité de nature et de mécanisme de ces différentes affections.

Nous pouvons cependant, avant de tracer la description des différentes poliomyélites, réunir dans un tableau unique les symptômes poliomyélitiques en les débarrassant de tout ce qui vient accidentellement, dans la clinique, s'y ajouter. Nous pouvons ne pas tenir compte, pour l'instant, des symptômes de l'infection, de l'intoxication causale ; nous pouvons réduire les multiples manifestations de l'insuffisance nerveuse à ses signes essentiels. En d'autres termes, notre description va réunir tout d'abord en un faisceau les symptômes communs aux différentes poliomyélites, et négliger les symptômes propres à telle poliomyélite, parce qu'ils tiennent particulièrement à la nature de sa cause, à son siège, à son évolution.

Pour cela, nous nous souviendrons que les études anatomo-pathologiques ont montré que la lésion siégeait habituellement dans les cornes antérieures (1) et que, par conséquent, les cellules les plus souvent frappées étaient les cellules motrices. Le symptôme ordinaire, le symptôme capital des poliomyélites sera donc la disparition des fonctions des cellules motrices. Or, cela se résume en trois manifestations :

1° L'action réflexe est diminuée ou même abolie, c'est-à-dire que l'excitation sensitive, normalement transformée en un mouvement involontaire, n'est plus suivie d'une contraction musculaire. Les réflexes sont diminués ou abolis.

2° Les mouvements sont diminués ou même abolis, qu'ils soient volontaires ou involontaires, et les muscles restent flasques, mous, ballants, entre leurs insertions, parce qu'ils ne reçoivent pas l'excitation motrice. Il y a paralysie ou parésie.

(1) « Les lésions observées se concentrent d'une manière prépondérante ou exclusive sur les grandes cellules des cornes antérieures. » (VAILLARD. Loc. cit.)

3° L'action trophique de la cellule sur le territoire périphérique correspondant est suspendue, et la nutrition de ce territoire cesse de se faire normalement. La circulation du sang y est ralentie, affaiblie, les échanges s'y font mal, et l'on perçoit souvent dans ce territoire rougeâtre ou violacé un abaissement notable de la température. Les sécrétions y sont modifiées, la sueur change en quantité et en qualité; les poils, les ongles s'y développent anormalement. Les éléments osseux, musculaires, cutanés, loin de s'y développer y subissent des transformations et des résorptions. Il y a atrophie musculaire, atrophie osseuse, atrophie cutanée. Le tissu cellulaire y prend une place excessive. Il s'y développe aisément des ulcères. Enfin, si l'individu, au moment où furent frappées les cellules nerveuses trophiques n'avait pas atteint son complet développement, le membre cesse de croître normalement et demeure infantile.

Tous ces troubles présentent un caractère définitif. Cela ne veut pas dire qu'il ne puisse survenir, au cours des poliomyélites, des parésies, ou même des paralysies passagères. L'on conçoit que les conditions anatomiques qui réalisent la souffrance de la cellule peuvent être assez passagères pour que celle-ci ne meure point, et même retrouve son état antérieur. Mais cela veut dire que lorsque ces troubles sont complètement et nettement constitués, ils témoignent de la mort de la cellule, et c'est là, évidemment, une lésion définitive. Aussi voit-on souvent, au cours d'une poliomyélite, ces deux catégories d'accidents : des troubles fonctionnels étendus, vagues et transitoires; des troubles fonctionnels limités, graves et définitifs. C'est que la cause de la poliomyélite a frappé à la fois plusieurs territoires médullaires, mais que l'atteinte portée n'a pas été partout assez profonde pour détruire l'élément cellulaire.

Bien qu'il soit de règle que ce soit la cellule motrice qui fasse seule les frais de la poliomyélite, il n'en est pas nécessairement ainsi dans tous les cas. L'on observe parfois chez les malades des élancements douloureux, des sensations de torsion, de brûlure, des douleurs provoquées par la pression ou même par l'effleurement de la peau; quelquefois la perception tactile, thermique et douloureuse est diminuée, exagérée, pervertie. L'on observe quelquefois aussi des troubles des fonctions sphinctériennes. Ce sont là des accidents rares, et qui témoignent que la lésion poliomyélitique envahit les parties postérieures de l'axe spinal (1).

V

Évolution. — Les symptômes poliomyélitiques se présentent de deux manières différentes : 1° ou bien l'on assiste à une invasion plus ou moins brusque, s'étendant rapidement à divers points de l'organisme. Dans ce cas, si la marche progressive continue quelque temps et si les troubles fonctionnels viennent à gagner les muscles respiratoires et circulatoires, la mort du malade en peut résulter, pour peu que le trouble prenne quelque intensité (2). Si, au contraire, les muscles atteints sont des muscles de la vie de relation, le malade peut traverser sans danger cette période d'invasion, et l'on voit alors les symptômes rétrocéder en divers points pour s'installer en d'autres d'une manière définitive (3); 2° ou bien les accidents poliomyélitiques surviennent avec une telle lenteur que leur début passe tout à fait inaperçu, et ce sont seulement les progrès insidieux, mais incessants, des désordres fonctionnels, qui attirent l'attention. Dans ce cas, il faut habituellement de longues années pour que de semblables accidents amènent une terminaison, mais il suffit encore que les troubles atteignent les fonctions organiques pour que leur durée en soit abrégée (4).

En résumé, les troubles d'origine poliomyélitique sont graves, d'abord parce qu'une fois bien constitués ils ne retrocèdent point et quelquefois progressent, ensuite par ce qu'il suffit d'une atteinte légère portée sur certains territoires pour déterminer rapidement la mort. D'autre part, il n'est pas rare de voir disparaître des troubles qui s'étaient étendus rapidement à la presque totalité de l'organisme; réciproquement l'on voit aussi des troubles débutant insidieusement par un point restreint, s'étendre progressivement aux régions voisines et gagner enfin les fonctions organiques.

Cette description générale et schématique terminée, abordons l'étude des formes de poliomyélites. C'est là ce qui pourra servir d'une aide efficace lorsqu'il faudra appliquer à des malades les notions théoriques que nous venons d'exposer. La description précédente ne peut être en effet qu'un fil conducteur dans le polymorphisme des manifestations cliniques où nous allons entrer. Ce n'est point qu'il y ait des difficultés spéciales à réunir dans une description unique et complète, l'ensemble des symptômes habituels aux poliomyélites; on peut le faire ici comme on le fait en maint autre chapitre de la pathologie; mais c'est là, à mon sens, une œuvre inutile, car le défaut de semblables descriptions est de ressembler à toutes les néphrites, à toutes les myocardites, à toutes les poliomyélites, et, par conséquent, de ne ressembler à aucune.

I. Paralysie infantile (Rilliet, Duchenne, Charcot, Vulpian, Cornil, Joffroy, Parrot, Roger, Damaschino). — On désigne sous ce nom une poliomyélite antérieure évoluant chez l'enfant de la manière suivante : tout d'abord apparaissent des signes généraux qui témoignent de l'infection de l'organisme : de la fièvre, des troubles digestifs, de la courbature. Puis surviennent les troubles poliomyélitiques : parésies ou paralysies des membres revêtant la forme d'une hémiplégie, d'une paraplégie, d'une quadriplégie. Habituellement, les sphincters, les muscles de la face et du cou, les muscles de la vie organique sont respectés. Accidentellement, il existe quelques douleurs révélant la forme du pseudo-rhumatisme infectieux. Puis, ces symptômes retrocèdent, sauf en un point, et l'on voit se constituer, après quelques semaines, une paralysie définitive, bientôt accompagnée de troubles trophiques, localisés à un membre ou à un segment de membre. Ce sont habituellement les membres inférieurs, et particulièrement les muscles antéro-externes de la jambe (extenseurs du pied), qui sont définitivement frappés. Il en résulte l'atrophie d'un territoire et, comme l'individu n'a pas atteint son complet développement, le membre malade reste notablement en retard sur le développement du reste de l'organisme, ce qui imprime un cachet particulier à cette affection.

Tout cela correspond à la localisation spinale d'un pro-

(1) Poliomyélites postérieures, myélites centrales, péri-épendymaires.

(2) Paralysie de Landry, paralysie ascendante aiguë, paralysies spinales de l'enfant, de l'adulte, paralysies bulbaires.

(3) Poliomyélites ordinaires, paralysie infantile.

(4) Atrophies musculaires progressives. Paralysie labio-glosso-laryngée.

cessus infectieux indéterminé. On le voit apparaître à la suite des fièvres éruptives, à la suite d'infections gastro-intestinales. Parfois les signes de l'infection restent inaperçus, et la paralysie infantile paraît alors se constituer sans cause. L'intermédiaire entre l'infection et la destruction cellulaire est l'artérite, amenant le ramollissement inflammatoire dans le territoire irrigué. Lorsque la paralysie est définitivement constituée, la lésion est arrivée au stade cicatriciel, et l'on ne trouve plus dans la moelle qu'un noyau de sclérose. Il ne paraît pas, jusqu'ici du moins, que ces épisodes soient l'œuvre d'un agent pathogène spécifique, mais, plus probablement, des agents pathogènes multiples des infections ordinaires (1).

II. Paralysie spinale de l'adulte (Duchenne, Charcot, Gombault, Raymond, P. Marie). — C'est une affection de tous points analogne à la paralysie infantile, et l'on peut dire qu'elle est pour l'adulte ce que la paralysie infantile est pour l'enfant. Elle se comporte de même manière, et les symptômes sont les mêmes. Toutefois il est encore plus fréquent ici d'assister à l'apparition de la paralysie sans avoir pu reconnaître les phénomènes infectieux généraux qui la précédent. Par le fait que les désordres atteignent des membres qui ont terminé leur évolution de croissance, ils sont moins accentués, et parfois peuvent même être presque intégralement réparés (2).

III. Paralysie spinale, aigue, subaigue et chronique (Duchenne, Charcot, Raymond). — *Paralysie de Landry.* — Ici encore, le syndrome clinique débute assez souvent par des troubles infectieux et par des accidents gastro-intestinaux qui, parfois, se prolongent durant des semaines. Puis apparaît la paralysie qui débute habituellement par les extrémités. Ce sont les muscles des jambes qui sont d'abord atteints. Les pieds sont tombants, le malade ne peut plus se tenir debout. Les muscles des cuisses perdent bientôt leur force. Les mains, les avant-bras sont ensuite atteints (paralysie ascendante). Comme dans les formes précédentes, les réflexes sont de bonne heure abolis et il se produit de l'atrophie musculaire et de l'infiltration graisseuse. En outre, ici, les sphincters sont souvent atteints, et il survient de l'incontinence des urines et des matières, de la rétention d'urine et de la constipation. Les muscles des bras, des épaules, de la face, sont pris ensuite et, finalement, il survient des troubles cardiaques (tachycardie, arythmie, ralentissement du pouls et de la respiration, dyspnée, irrégularité et défaut d'amplitude des mouvements inspiratoires, parésie du diaphragme et des intercostaux, impossibilité du moindre effort et bientôt du moindre mouvement). Il arrive alors des lipothymies, des syncopes, et le malade succombe à la paralysie progressive, du myocarde et du diaphragme.

L'on peut observer ici quelques troubles sensitifs, douleurs irradiées, constrictions thoraciques, angoisses précordiales, qui témoignent que la substance grise sensitive n'est point indemne d'atteintes.

Comme l'indique son titre, cette affection peut évoluer en quelques jours, en quelques semaines, en quelques mois. Quand elle évolue rapidement, elle correspond au syndrome connu sous le nom de paralysie de Landry. Mais il ne serait pas juste de dire que ces deux expressions : paralysie spinale ascendante aiguë et paralysie de Landry sont synonymes, car cette dernière peut être réalisée par d'autres lésions que des lésions poliomyélitiques, ce qui prouve (et nous reviendrons sur ce point) que d'autres lésions peuvent amener des symptômes semblables à ceux des poliomyélites (1).

L'ordre dans lequel nous avons exposé ces symptômes, pour être habituel, n'est point nécessaire, et l'on voit des paralysies spinales débuter par les parties supérieures de la moelle et, en vertu du principe que nous avons énoncé plus haut, arrêter la maladie en tuant le malade par troubles cardiaques et respiratoires, avant que le reste de la symptomatologie ait pu évoluer. Dans d'autres cas, elle débute au niveau des membres supérieurs et, progressant de haut en bas, mérite alors le nom de paralysie descendante progressive. L'on voit, par contre, des paralysies spinales, après avoir progressé quelque temps, s'arrêter dans leur évolution, et ne réaliser qu'une partie de ces désordres.

L'infection qui cause ces paralysies est inconnue, peut être multiple, mais bien que les examens anatomo-pathologiques soient ici fort peu nombreux (2), l'on est autorisé à penser que le mécanisme des lésions est le même que pour les affections précédentes.

IV. Poliomyélite aigue diffuse (Vulpian, Leyden, Roger). — Parfois, au cours de phénomènes infectieux caractérisés, l'on voit survenir des symptômes moteurs et sensitifs qui témoignent de l'altération de la substance grise de la moelle : rachialgie, douleurs irradiées, sensation d'engourdissement, de fourmillements, abolition des réflexes, paralysies flasques, troubles des sphincters, troubles de la sensibilité tactile, thermique et douloureuse. L'évolution est aiguë, et la mort arrive parfois avec des troubles trophiques graves rapidement développés (*decubitus acutus*).

Cette affection, qui évolue parfois d'une manière ascendante aiguë et qui, par suite, est proche parente de la paralysie de Landry, s'en distingue cependant en ceci que les lésions sont moins nettement localisées. Ici, non seulement la substance grise est atteinte dans ses cornes antérieures, postérieures et dans la région périépendymaire, mais la substance blanche n'est point respectée. En outre, les lésions se diffusent rapidement à des territoires étendus ou même à la totalité de la moelle. Ce sont là, en somme, des cas que l'on peut aussi désigner sous le nom de myélites aiguës, et leur nature infectieuse se démontre aisément par ce fait qu'ils sont le plus souvent secondaires à des accidents infectieux locaux ou généraux de toute nature (infections secondaires de la moelle). On peut considérer, d'ailleurs, que c'est là un chapitre encore à l'étude, et dont les limites et les détails sont encore difficiles à préciser. Toutefois, la part principale dans la symptomatologie et dans les lésions anatomiques appartient à la poliomyélite (3).

(1) P. Marie. Paralysie infantile, *Traité de médecine* Charcot-Bouchard-Brissaud. — G. Ballet. *Leçons 1896-97-98.* — Thérèse. Paralysie infantile, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 23 janv. 1897.

(2) Profr Raymond. Paralysie spinale et poliomyélites, *Cliniques de la Salpêtrière*, Paris 1897.

(1) Voyez, à propos des paralysies spinales de l'adulte, la série des leçons du professeur Raymond, déjà citées.

(2) Marie, Œttinger et Marinesco, Ballet et Dutil, Bacley et Ewing. Loc. cit. — Roger et Josué. *Presse méd.*, juin 1898.

(3) Voyez les articles de P. Blocq, Dutil, in *Manuel de médecine* Debove-Achard (Myélites).

V. Poliomyélite bulbaire aigue (Leyden). — Cette affection se place à côté de la précédente, en ce sens que les lésions n'y sont pas plus exactement limitées à la substance grise. Néanmoins, comme la symptomatologie (aussi bien que dans les poliomyélites aiguës) est dominée par l'existence d'une lésion poliomyélitique, nous l'ajouterons, pour la commodité de l'étude, à notre description.

Elle est caractérisée par l'apparition brusque de troubles de la déglutition et de la parole, survenant au milieu de symptômes généraux graves : fièvre, vertiges, céphalalgie, etc. Les muscles du voile du palais, de la langue, de la face, se paralysent et le malade meurt de troubles cardiaques et respiratoires, après quelques semaines. L'aspect des lésions, comme dans la poliomyélite aiguë (congestions, hémorragies, ramollissements, artérites, destruction de la substance grise), démontre nettement leur nature infectieuse (1).

VI. Atrophie musculaire progressive d'Aran-Duchenne (Luys, Hayem, Charcot, Dutil, J.-B. Charcot).— Sous ce titre, il ne faut plus songer aujourd'hui à ranger des affections correspondant à un type anatomo-pathologique et pathogénique unique. D'ailleurs, dans leurs descriptions inaugurales, les auteurs dont cette affection porte aujourd'hui les noms, ne se préoccupèrent d'aucune idée anatomique nerveuse. C'était une « atrophie musculaire progressive », c'est-à-dire une lésion des muscles débutant en certains points limités, toujours les mêmes, gagnant progressivement les muscles voisins, s'y traduisant par la disparition du tissu musculaire remplacé par de la graisse, et par la perte des fonctions motrices, c'est-à-dire la paralysie. Cette conception, à laquelle on devrait entièrement revenir aujourd'hui, nous permettrait de dire que toutes les affections capables de déterminer des atrophies d'évolution semblables pourraient se ranger dans la pathogénie et dans l'anatomie pathologique de la maladie d'Aran-Duchenne. Mais l'usage, irrespectueux des enseignements de l'histoire et des intentions véritables des premiers parrains de cette affection, rattacha au syndrome clinique la lésion anatomique qui parut, à chaque époque, l'expliquer le mieux. Ainsi, lorsque Cruveilhier, Luys, Lockart-Clarke, Hayem, Charcot, Joffroy eurent rencontré des lésions cellulaires des cornes antérieures, on fit du terme « Atrophie musculaire progressive » un synonyme de Poliomyélite. Mais, lorsque, plus tard, on observa (Leyden, Möbius, Landouzy, Déjerine, Erb), beaucoup plus fréquemment, l'atrophie musculaire au cours des myopathies, la maladie d'Aran-Duchenne devint une myopathie. Plus tard encore, on la vit souvent chez des malades qui, par la suite, présentaient les symptômes de la syringomyélie, de la sclérose latérale amyotrophique, et l'atrophie musculaire progressive devint simplement une forme clinique de ces affections.

Au milieu de ces différentes conceptions, il devint malaisé de saisir les traits véritables et les limites précises de l'atrophie musculaire progressive d'Aran-Duchenne, ce qui fit dire à une voix des plus autorisées : « L'atrophie musculaire progressive d'Aran-Duchenne a cessé d'exister » (P. Marie).

Revenons donc au point de départ. Le syndrome clinique qui fut décrit, à peu d'intervalle, par Aran et par Duchenne, survient insidieusement chez l'homme adulte, en pleine santé. Il consiste dans une gêne progressive des mouvements de la main. En même temps, les petits muscles des éminences thénar et hypothénar s'aplatissent, les espaces interosseux se creusent ; en somme, les muscles de la main s'atrophient. Puis, les muscles fléchisseurs de la main sur l'avant-bras sont frappés à leur tour, et la main s'immobilise dans l'attitude que lui commande l'action des muscles extenseurs antagonistes, c'est la main en « griffe ». Plus tard, l'atrophie et la paralysie pourront gagner progressivement les muscles de l'avant-bras, du bras, de l'épaule et du cou. Lorsqu'elle arrive aux muscles de la respiration, elle amène la mort.

Il n'est pas essentiel que l'atrophie débute par les points que nous venons de citer. On l'a vue commencer par le membre inférieur, atteignant d'abord le pied, puis les muscles antéro-externes de la jambe ; — ou on l'a vue commencer par le bras et l'épaule (type scapulo-huméral, Vulpian).

Rappelons-nous maintenant que l'on a observé, chez quelques malades atteints de tels symptômes, des lésions poliomyélitiques des plus nettes (1). La corne antérieure est parfois diminuée de volume, les vaisseaux y sont dilatés, épaissis ; les cellules atrophiées, les fibres dégénérées, et, au pourtour, l'on rencontre à la fois un tissu de jeune sclérose qui s'organise et des corps granuleux, détritus qui témoignent du ramollissement inflammatoire de la région. A cela viennent se joindre les lésions secondaires habituelles aux poliomyélites chroniques : dégénérescence radiculaire, atrophie des nerfs et des muscles correspondants.

L'atrophie musculaire progressive peut donc être liée à des lésions poliomyélitiques, et c'est pour nous la raison nécessaire et suffisante de la place que nous donnons ici. Nous savons aussi que le symptôme clinique décrit par Aran-Duchenne peut être dû à d'autres lésions (2), et ce sera pour nous l'occasion de rechercher les signes qui différencient les poliomyélites des quelques affections qui en reproduisent les symptômes.

Pouvons-nous pénétrer les causes de l'atrophie musculaire myélopathique (type Aran-Duchenne) ? Dans la majorité des cas, l'examen des malades n'offre point de données précises ; mais, parfois, l'on apprend que l'atrophie musculaire progressive est apparue à la suite d'une syphilis, d'une maladie infectieuse, d'une paralysie infantile (3). Son début est toujours fort insidieux, sa marche lente, et, parfois, un espace de longues années sépare le moment où la maladie fut nettement constituée, du moment où florissait l'infection préalable.

C'est ici le moment de rappeler que l'on a vu (Charrin, Enriquez, Hallion, Claude) des paralysies, des atrophies musculaires suivre à longue échéance l'injection de toxines à des singes, des chiens, des lapins. Ces atrophies étaient

(1) Myélites et Myélites bulbaires de Blocq et Parmentier (*Manuel de médecine* Debove-Achard).

(1) Pour la description de ces lésions et particulièrement de la sclérose radiculaire qui accompagne la poliomyélite, voyez Th. de J. Charcot, *Atrophie musculaire type Aran-Duchenne*, Paris 1895.

(2) Nous avons fait la même remarque à propos de la paralysie de Landry.

(3) Faits d'atrophie musculaire progressive (sans autopsie) consécutifs à la fièvre typhoïde, à la rougeole, au rhumatisme, au choléra, à la pneumonie. (In Rapport de Grasset, déjà cité.) — Atrophie musculaire progressive à la suite de paralysie infantile. (Ballet et Dutil. *Rev. de méd.*, janv. 1884, p. 18.) — Brissaud. *Presse méd.*, 1896, n° 25. — Poliomyélite par syphilis spinale (Minerbi. Acad. med. di Ferrara, 1896).

l'effet de lésions poliomyélitiques (1), qui ne différaient point essentiellement de celles que l'on observe chez l'homme, et qui y constituent l'affection que nous étudions. Nous sommes donc autorisés à penser actuellement que celle-ci n'est que l'expression tardive d'une action lente et prolongée des toxines microbiennes ou cellulaires sur la substance grise de la moelle.

Est-il possible de prévoir, en face d'une atrophie musculaire progressive, l'existence de lésions poliomyélitiques? Dans la majorité des cas, cela est possible. Nous savons, en effet, que les poliomyélites s'accompagnent d'abolition des réflexes. Lorsque l'atrophie musculaire progressive est l'expression clinique de lésions syringomyéliques ou de sclérose latérale amyotrophique, elle s'accompagne de réflexes exagérés. D'autre part, les myopathies primitives donnent lieu à des atrophies musculaires d'un type clinique assez différent du type Aran-Duchenne, pour qu'il soit possible de les distinguer.

VII. Paralysie labio-glosso-laryngée (Duchenne, Charcot, Joffroy). — L'on pourrait, pour la paralysie labio-glosso-laryngée, redire à peu près ce que nous avons dit à propos de la maladie d'Aran-Duchenne. Il nous suffit que cette affection puisse être causée par des lésions de poliomyélite bulbaire pour qu'elle trouve ici une place légitime. Or, on a pu, dans quelques autopsies, vérifier cette hypothèse (Clarke, Charcot, Joffroy, Raymond, etc.). D'ailleurs, nous avons dit que la maladie d'Aran-Duchenne pouvait atteindre le bulbe; réciproquement, la paralysie labio-glosso-laryngée peut decendre dans la moelle. Dans les deux cas, l'on voit se succéder le symptôme atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne) et le syndrome labio-glosso-laryngé.

Cette deuxième affection débute insidieusement par la gêne des mouvements de la langue. En même temps, celle-ci s'atrophie, devient plate, molle et vermiculée. Ce sont ensuite les muscles des lèvres qui s'aplatissent et ne concourent plus aux jeux de physionomie. Puis le malade ne peut plus exécuter les mouvements de préhension, de succion; et, de sa bouche perpétuellement entr'ouverte, la salive coule au dehors. Plus tard, la paralysie gagne le pharynx, puis le larynx. Les mouvements de déglutition deviennent difficiles, et le malade ne peut plus se nourrir, ou bien court le risque d'engager dans ses voies respiratoires un bol alimentaire qui peut l'étouffer. Les troubles peuvent enfin s'étendre aux muscles de la respiration et de la circulation, ce qui est, nous l'avons vu déjà souvent, le mode de terminaison habituel des poliomyélites progressives.

Tout cela dure quelques années, sans bruit, sans secousses, sans symptômes généraux. Les lésions qui occasionnent ces accidents sont les mêmes que dans l'atrophie musculaire progressive, et les raisons qui nous ont fait supposer l'origine toxi-infectieuse de l'une de ces deux affections sont les mêmes qui nous font prévoir l'origine toxi-infectieuse de l'autre.

Tels sont les syndromes cliniques que l'état actuel de nos connaissances nous permet de décrire sous le nom de poliomyélites. Il est vraisemblable que les progrès de l'anatomie pathologique et l'étude plus minutieuse des symptômes de nombre d'états, imparfaitement classés actuellement sous les noms de myélites, de névrites, d'atrophies musculaires, voire même de myopathies, grossiront un jour ce chapitre. Je ne puis aujourd'hui que signaler deux affections qui paraissent vouloir marquer déjà leur place à côté des syndromes dont nous venons d'exposer l'étude.

*Paralysie de Erb* (1). — Les symptômes des poliomyélites sont ici au complet, mais tous les signes sont moins accentués que de coutume; les réflexes sont diminués, la parésie remplace la paralysie, l'atrophie est peu accentuée. De plus, l'évolution de l'affection, tout en reproduisant le tableau d'une paralysie spinale, est plus bénigne, puisque sa terminaison habituelle est la guérison. Les signes débutent habituellement par la face.

*Paralysies générales spinales de Landouzy-Déjerine.* — Comme dans la forme précédente, la terminaison est habituellement favorable, et cependant les signes peuvent, par leur extension à tous les muscles du corps (sauf la face) et par leur intensité plus grande que dans la forme de Erb, reproduire le tableau de la paralysie extenso-spinale.

## VI

Diagnostic des poliomyélites. Pronostic et traitement. — Il ne nous est point possible d'examiner le diagnostic de chaque forme poliomyélitique en particulier, car les détails de ce diagnostic varient évidemment avec les caractères propres à chaque poliomyélite. Nous ne tiendrons pas compte non plus des difficultés qui peuvent survenir du fait de la présence, dans le tableau clinique de la poliomyélite, des symptômes généraux d'une infection ou des signes cliniques d'une autre maladie des centres nerveux. Cette coexistence signifie, pour nous, que des signes de poliomyélite peuvent se montrer, lorsqu'une infection générale ou une lésion chronique du système nerveux (syringomyélie, sclérose latérale amyotrophique) arrivent à désorganiser, d'une manière accidentelle ou durable, la structure ou les fonctions des cellules médullaires.

Les seules difficultés dont nous voulons nous préoccuper sont celles-ci : l'on peut constater tous les signes d'une poliomyélite et cependant n'avoir point affaire à une poliomyélite. En effet, nous avons dit, en étudiant le mécanisme des poliomyélites, que toute leur symptomatologie pouvait se résumer en ceci : la suppression des fonctions cellulaires. Or, pour que ces fonctions disparaissent, il n'est point nécessaire que la cellule soit atteinte; il suffit que le prolongement cylindraxile qui relie la cellule à son territoire fonctionnel soit interrompu. Il n'est point nécessaire qu'il y ait poliomyélite, il suffit qu'il y ait polynévrite. Aussi les symptômes des polynévrites motrices reproduisent-ils exactement le tableau clinique des poliomyélites.

Il est cependant quelques différences qui peuvent permettre de distinguer ces deux affections (2). L'on ne doit point s'étonner que ces différences soient minimes; l'état de nos connaissances anatomo-pathologiques nous permettent de penser aujourd'hui qu'il n'y a point, théoriquement tout au moins, de lésions cellulaires, sans un certain degré de

(1) La description d'Enriquez et Hallion est des plus suggestives (chez le singe).

(1) Brissaud et Lautzenberg. Le syndrome bulbaire d'Erb, *Arch. gén. de méd.*, mars 1897. — Widal et Marinesco. Paralysie bulbaire de Erb avec autopsie, Soc. méd. des hôpit. et *Presse méd.* du 14 avril 1897.

(2) On trouvera l'exposé détaillé de ce diagnostic différentiel dans une série de leçons du professeur Raymond, *Poliomyélites et polynévrites* (Salpêtrière 1895-96).

lésions névritiques, et réciproquement (1). Il est cependant indispensable de connaître ces différences et de savoir les utiliser, car, si les lésions de poliomyélite, dans la règle, ne guérissent point, les lésions de polynévrite, au contraire, guérissent. Si donc le diagnostic des poliomyélites comporte un pronostic grave, le diagnostic de polynévrite comporte un pronostic bénin. Il importe, par conséquent, en face d'un tableau clinique à peu près identique, de savoir choisir avec discernement l'un ou l'autre de ces deux diagnostics.

Tout d'abord, la polynévrite ne reste jamais aussi strictement « motrice » que la poliomyélite. Alors même qu'elle en reproduit exactement les traits, il s'y ajoute quelques signes douloureux : la pression des masses musculaires provoque des sensations pénibles, la pression le long du trajet des centres nerveux amène quelquefois des douleurs aiguës. Il existe des troubles légers ou intenses de la sensibilité tactile, thermique ou douloureuse. Alors que les troubles sensitifs des poliomyélites sont de la catégorie dite subjective (sensation de fourmillements, d'engourdissements, de chaud, de froid, douleurs irradiées en éclair, en coup de couteau, en morsure), les troubles sensitifs des polynévrites sont à la fois objectifs et subjectifs (troubles de la sensibilité cutanée et profonde). Par contre, les troubles vasomoteurs sont moins accentués que dans les poliomyélites. Enfin, les sphincters y sont plus souvent atteints.

D'autre part, les symptômes d'origine polynévritique sont habituellement plus fugaces et plus généralisés que les symptômes poliomyélitiques; et, lorsqu'on assiste à des apparitions répétées de parésies transitoires, atteignant aussi bien les petits muscles des yeux que ceux du membre inférieur, il y a des chances pour que la lésion originelle soit polynévritique. De plus, les symptômes, au moins dans les poliomyélites aiguës, atteignent très rapidement leur apogée, alors que, dans les polynévrites, il peut exister comme une phase d'hésitation, de tâtonnement, avant que le syndrome atteigne son maximum d'intensité. L'on peut voir, au cours d'une polynévrite, des réflexes exagérés; en tout cas, leur étude ne fournit point, au cours de cette affection, des signes qui corroborent exactement l'examen de la motricité volontaire. Au contraire, dans la poliomyélite, la courbe des réflexes et de la motricité sont rigoureusement parallèles, diminués avec les parésies légères, abolis dans les paralysies accentuées. C'est enfin dans les polynévrites qu'il est le plus facile de saisir le lien qui unit les symptômes nerveux à la toxi-infection causale; ce sont elles, en effet, qui fournissent le plus fort contingent aux paralysies dans les maladies aiguës (2); ce sont elles encore qui apparaissent habituellement avec des phénomènes non douteux d'infection générale; ce sont elles, enfin, que l'on voit se développer au cours des intoxications chroniques endogènes ou exogènes.

Mais tout cela ne fournit point matière à des solutions faciles : il est des poliomyélites qui ne sont point seulement motrices, et dont le polymorphisme et la fugacité ne le cèdent point aux polynévrites. Aussi est-ce, en somme, l'habitude et l'instinct du clinicien qui lui tiendra lieu de loi. Souvent, d'ailleurs, il devra se réserver, et il ne regrettera pas sa prudence, lorsqu'il aura vu des malades qu'un diagnostic de poliomyélite condamnait à une infirmité perpétuelle, parfois à la mort, guérir en quelques semaines, au grand détriment de leur médecin. Et cela ne veut point dire que le diagnostic de polynévrite convienne nécessairement aux cas bénins; il est des polynévrites mortelles, comme il est des poliomyélites bénignes. En définitive, c'est par l'observation attentive du malade, par l'expectation prolongée jusqu'à l'apparition d'éléments pronostiques certains, que le médecin pourra éviter des erreurs, dont le moindre inconvénient serait de le faire passer pour responsable d'une infirmité irrémédiable, qu'il n'aurait pas su prévoir et prédire. Je dois signaler ici l'utilité des examens électriques. Dans la poliomyélite, les résultats de ces examens suivent parallèlement les degrés de la paralysie et de la diminution des réflexes, c'est-à-dire que l'excitabilité des muscles diminue avec leur force, et proportionnellement à l'intensité de leur atrophie. L'on peut, au contraire, dans les polynévrites constater une divergence constante des résultats. D'une manière générale, l'on peut dire qu'un muscle qui perd complètement son excitabilité faradique ne retrouvera pas sa motricité, et c'est là encore un précieux élément de pronostic.

Si l'électricité peut être d'une certaine utilité, dans l'étude pronostique et diagnostique des poliomyélites, peut-elle rendre les mêmes services à titre thérapeutique? Cela n'est probable que lorsque les muscles n'ont pas complètement perdu leur réaction, et lorsque l'affection a franchi sa période aiguë. Cette ressource, pour minime qu'elle soit, ne doit pas être négligée, à cause de la pauvreté extrême de la thérapeutique des poliomyélites. Il va sans dire qu'en acceptant la pathogénie toxi-infectieuse de ces affections, on accepte aussi la prophylaxie armée qu'en est la conséquence : dépuration intestinale, thérapeutique générale des troubles de la nutrition, des infections, des intoxications, etc., mais tout cela ne constitue pas un traitement de lésion poliomyélitique. Tout au plus peut-on tenter de lutter contre elle par la révulsion à l'extérieur (pointes de feu), par le traitement résolutif iodo-hydrargyrique à l'intérieur. Mais c'est encore au traitement tonique général que nous devons le moins de mécomptes (arsénic, phosphates, cures hydrominérales aux stations sulfureuses faibles, chlorurées sodiques, et indifférentes).

Une fois la lésion organisée, le poliomyélitique n'est plus un malade, c'est un infirme; c'est alors à la prothèse qu'il convient de s'adresser pour transformer un membre inutile en un membre utile. Il reste encore à éviter les rétractions, les déformations, les ankyloses, les douleurs qui résultent de l'abandon d'un membre, dont quelques groupes musculaires sont paralysés. Ce sera l'œuvre du massage, de la mobilisation, de l'exercice. Il faut enfin se préoccuper de l'hygiène générale du malade qui est peut-être devenu impotent.

C'est ici le lieu de rappeler en terminant que les poliomyélites, comme toutes les lésions nerveuses, surviennent de préférence chez ceux qui ont héréditairement ou personnellement le système nerveux en état d'infériorité (1), et qu'il importe, par conséquent, de les soumettre à l'hygiène

(1) Voyez G. Ballet. *Les polynévrites*, loc. cit. (Leçons de 1895-1896.)

(2) Voyez Th. de Landouzy, 1880, déjà citée : *Paralysies dans les maladies aiguës.*

(1) Cette infériorité peut être aussi l'œuvre d'un surmenage local et momentané d'un membre ou d'un groupe musculaire (surmenage professionnel).

spéciale des névropathes, c'est-à-dire la vie régulière, l'hydrothérapie, l'absence de fatigue morale et intellectuelle (1).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — Le jury est provisoirement constitué de la façon suivante : MM. Moizard, Fernet, Nélaton, Potherat et Beurnier (qui ont accepté), MM. Vaquez, Galliard, Monod, Maygrier et Potocki.

— *Concours de l'Externat.* — Le jury est définitivement constitué de la façon suivante : MM. Triboulet, Parmentier, Souques, Méry; Souligoux, Glantenay, Bouglé; Baudron.

— M. le médecin principal Couteaux est désigné pour remplir les fonctions de médecin de division à l'École supérieure de la marine pendant l'année scolaire 1898-1899.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Consignations pour examens qui se passent en sessions. — I. *Ancien régime.* — *Premier examen de doctorat.* — 1° Session d'octobre 1898 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 10 et 11 octobre 1898. La session aura lieu du 24 au 29 octobre 1898.

2° Session de janvier 1899 : Seront admis les élèves-docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1898. La cinquième et la sixième inscriptions seront délivrées en janvier 1899, aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1898, après immatriculation et versement des droits réglementaires. Les consignations seront reçues les 19 et 20 décembre 1898. La session aura lieu dans la première quinzaine de janvier 1899.

3° Session de juillet 1899 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 19 et 20 juin 1898. La session aura lieu du 3 au 8 juillet 1899.

*Deuxième examen (première partie).* — Session de mars à mai 1899 : Seront admis tous les candidats pourvus de dix inscriptions au moins, non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 6 et 7 mars 1899. La session commencera le 13 mars 1899.

*Deuxième examen (deuxième partie).* — Session de novembre 1898 à mars 1899 : Seront admis les candidats pourvus de douze inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 3 octobre 1898 au 7 février 1899. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La quatorzième inscription (ancien régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus à la deuxième partie du deuxième examen.

*Examens de fin d'année (Officiat).* — 1° Session d'octobre 1898 : Seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1898 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté. Les consignations seront reçues les 10 et 11 octobre 1898. La session aura lieu du 24 au 29 octobre 1898.

2° Session de juillet 1899 : Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, quatre, huit ou douze inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 12 et 13 juin 1899. La session commencera le 26 juin 1899.

*N.-B.* — MM. les élèves officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

II. *Nouveau régime.* — *Premier examen de doctorat.* — Session de mars à mai 1899 : Seront admis les candidats pourvus de six inscriptions non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 2, 3 et 4 mars 1899. La session commencera le 13 mars 1899.

*Deuxième examen de doctorat.* — Session de novembre 1898 à mars 1899 : Seront admis les candidats pourvus de huit inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 3 octobre 1898 au 7 février 1899. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La dixième inscription (nouveau régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus au deuxième examen.

III. *Avis aux candidats ajournés.* — Les candidats au deuxième examen de doctorat (deuxième partie), ancien régime, et au deuxième examen de doctorat, nouveau régime, ajournés avant le 1er mars 1899, pourront se présenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 15 au 30 mai 1899. Ils devront consigner les 1er et 2 mai 1899. En cas de nouvel échec, ils pourront bénéficier de la session indiquée ci-dessous pour les candidats ajournés au deuxième examen (première partie), ancien régime, et au premier examen, nouveau régime.

Pour les candidats ajournés au deuxième examen de doctorat (première partie), ancien régime, et au premier examen de doctorat, nouveau régime : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la première quinzaine de juin (à partir du 12 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 12 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 14 mai; à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 14 mai et avant le 31 mai.

Les candidats ajournés avant le 14 mai consigneront les 23, 29 et 30 mai inclusivement, dernier délai. Les candidats ajournés après le 14 mai et avant le 31 mai, consigneront les 12 et 13 juin inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec.

*N.-B.* — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3), pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Inscription des élèves nouveaux. — L'inscription des élèves nouveaux, pour l'année scolaire 1898-1899, aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 3 octobre au 15 novembre 1898.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° acte de naissance; 2° consentement du père ou tuteur (ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur); 3° diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie); 4° certificat d'études physiques, chimiques et naturelles; 5° certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté.

Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés du 28 octobre au 2 novembre seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 novembre.



(1) Faut-il conclure de cette étude que les seules causes de poliomyélites soient l'action d'un toxique ou d'une toxine sur des centres nerveux en infériorité physiologique? En l'état présent de nos connaissances, c'est là, assurément, le résumé des causes principales. Mais nous ne savons pas si, dans un avenir peu éloigné, on ne connaîtra pas d'autres explications, qui conviendront, sans doute, à quelques faits, qui paraissent mal s'accommoder aujourd'hui des idées que nous venons d'exposer.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

**PRIX DE L'ABONNEMENT :**

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — **1** an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35** fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### ANGIOMES CAVERNEUX PARA-SYNOVIAUX

Par L. MARTEL,
Ex-chef de clinique à la Faculté de Lyon.

Les angiomes profonds des membres sont rares et ils créent parfois de grandes difficultés de diagnostic : ils ne sont guère soupçonnés, à moins que l'attention ne soit attirée par quelques signes tels que les battements, la réductibilité marquée ou la dilatation apparente des veines, lorsque la lésion s'étend aux tissus voisins plus superficiels.

Les angiomes profonds affectant des rapports avec le squelette (angiomes parostaux et périostiques, Juvanon, th. Lyon, 1896) peuvent quelquefois siéger au voisinage des articulations. Cette variété est si rare que nous n'en connaissons que deux cas : l'un a été publié par L. Tripier (Acad. méd. et *Mercredi médical*, 1891), l'autre a été observé dans le service de M. le docteur Rochet.

OBSERVATION I. — *Angiome caverneux para-synovial du genou* (L. TRIPIER). — Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui, depuis son enfance, ressentait des douleurs dans le genou gauche.

Il était entré à différentes reprises dans les hôpitaux, où on l'avait traité pour une tumeur blanche. En fait, il existait une tuméfaction de la partie interne de l'articulation et une douleur très nette quand on pressait sur la tubérosité correspondante du tibia.

Toutefois ce n'étaient pas des fongosités; on avait plutôt pensé à une tumeur graisseuse. De plus, en déprimant ces tissus, on arrivait facilement sur le squelette, et cependant les culs-de-sac ne se gonflaient pas. C'est alors que M. Tripier eut l'idée de placer un lien constricteur sur la partie moyenne de la cuisse et, immédiatement, la tuméfaction augmenta. En employant une bande de caoutchouc et en faisant un bandage descendant depuis la racine de la cuisse jusqu'au-dessus de la rotule, outre que la tuméfaction s'exagérait davantage, on voyait apparaître un lacis veineux, très net au niveau du point le plus saillant. La contre-épreuve ne fut pas moins décisive; autrement dit, après avoir enlevé la bande de caoutchouc, on vit le lacis veineux disparaître et la tuméfaction diminuer à son tour. Enfin, en élevant le membre, cette dernière diminuait encore davantage, au point de disparaître complètement. A l'aide d'applications chaudes et froides sur le genou, on pouvait également et à volonté en quelque sorte faire augmenter ou diminuer la tuméfaction. Celle-ci était donc due à l'ectasie veineuse. Comme il existait des irrégularités à la surface de la tubérosité du tibia, on aurait pu penser, vu l'âge du malade, à un sarcome télangiectasique; mais la date du début (douze ans) permettait *a priori* d'écarter cette hypothèse. En outre, le diamètre transversal de l'os aurait dû être augmenté et, précisément, il était diminué comparativement avec celui du côté opposé. Pour ces différents motifs, on s'arrêta au diagnostic d'angiome simple développé dans la couche parostale.

Pour l'opérer, M. Tripier a fait une incision de 10 centimètres sur la partie la plus saillante et parallèlement au membre.

Arrivé sur le néoplasme vasculaire, hémorragie abondante qui force à placer la bande d'Esmarch. Dès lors, le tissu qu'on a sous les yeux est composé de travées analogues à des toiles d'araignée; on cherche à les contourner et on les excise ensuite, en arrière d'abord, puis en avant. Arrivé sous le tendon du triceps, on s'aperçoit que la tumeur se continue en dehors; il en est de même sous le tendon rotulien. Pour ne pas produire plus de désordres, on se contente de faire une contre-ouverture en haut et en bas sur la face externe et, à l'aide du Paquelin, on touche aussi largement que possible les parties qu'on ne peut pas enlever. Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible. Réunion par première intention. M. Tripier dit en terminant que, depuis le mois d'août, le malade ne ressent plus de douleurs, il peut rester longtemps debout et même faire de longues marches sans être fatigué. Enfin, les mouvements de l'articulation ont la même amplitude qu'avant l'opération. C'est donc un résultat aussi satisfaisant que possible.

Cet exposé si complet au point de vue des difficultés du diagnostic et de l'ingéniosité employée pour démontrer l'existence d'une tumeur vasculaire réductible profonde, montre combien l'attention doit être éveillée pour ne pas laisser passer inaperçus et ignorés les cas analogues.

OBS. II. — *Angiome caverneux para-synovial du genou. Infection secondaire par arthrite suppurée, coagulation vasculaire artérielle avec perméabilité des veines* (ROCHET et MARTEL). — Th. J., 23 ans, menuisier, entre le 17 janvier 1897 dans le service de M. Ollier, suppléé par M. Rochet. Aucun antécédent héréditaire. Aucun antécédent personnel si ce n'est un traumatisme il y a quatre ans : le malade fit sur le genou droit une chute qui produisit une fracture (?) de la rotule,

avec une douleur intense, suivie d'une violente réaction. Le membre fut immobilisé quarante jours dans un appareil silicaté ; après ce temps, le malade marche en s'appuyant sur une canne et, au bout de huit jours, il peut marcher normalement et reprendre son travail, tout symptôme d'impotence fonctionnelle avait disparu. Mais, dit-il, à la région rotulienne, il était apparu une tumeur pulsatile que le malade n'avait jamais remarquée avant l'application du silicate. Cette tumeur est du reste, à son dire, demeurée telle depuis son apparition jusqu'à l'entrée du malade dans le service.

Le malade entre dans le service, non pour cette lésion, mais pour une coxalgie gauche suppurée et ouverte datant de huit mois. C'est cette affection qui, jointe à des lésions tuberculeuses du poumon, entraîne la mort du malade quelques mois plus tard (juin 1897).

L'examen de la tumeur pulsatile du genou droit, durant la vie, est le suivant : tumeur du volume d'un petit œuf de poule, mal limité, siégeant sur le bord interne de la rotule, en avant du condyle interne du fémur ; elle fait disparaître la dépression normale qui indique le bord interne de la rotule ; quelques veines de la grosseur d'une plume d'oie sillonnent la région et remontent vers la cuisse en disparaissant rapidement. La peau est plus chaude. Par la palpation on perçoit que la tumeur, principalement développée sur le bord interne de la rotule, contourne l'os en haut et empiète un peu sur son bord externe en dehors du tendon tricipital. Elle est parfaitement mobile sur le condyle fémoral, mais suit les mouvements imprimés à la rotule. La tumeur donne la sensation d'une masse molle, incomplètement irréductible, irrégulière à sa surface ; elle ne donne pas la sensation d'un paquet de ficelles, mais plutôt d'une tumeur kystique avec des séparations d'une consistance plus grande et résistante. On sent un cordon flexueux, partant de la tumeur et remontant vers le faisceau vasculaire de la cuisse où il se confond vite, si bien qu'on hésite entre une dilatation serpentine du pédicule vasculaire ou de l'artère fémorale.

Celle-ci paraît cependant plus dure et augmentée de volume par places, sans toutefois donner nettement la sensation de dilatations serpentines.

Le fait le plus saillant est bien certainement la sensation de soulèvement, de battements et de thrill, perçue par la main appliquée sur la tumeur. Les battements sont visibles à l'inspection : ces battements sont légèrement en retard sur le pouls radial.

Le thrill est très sensible et à renforcements systoliques ; la compression de la fémorale au pli de l'aine supprime les battements et le thrill.

Les battements de l'artère tibiale, bien sensibles à gauche, sont difficilement perçus à droite. L'auscultation donne un souffle continu intense avec renforcement systolique.

Les mouvements articulaires sont absolument intacts ; aucune douleur, pas d'empâtement, pas d'hydarthrose, pas de troubles trophiques ni autres du côté de ce membre.

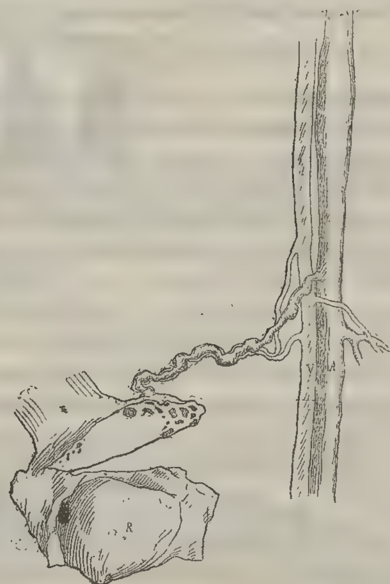
Le malade à son entrée avait été placé dans un lit-gouttière pour le soulager de sa coxalgie G ; les lésions pulmonaires et l'abcédation de la lésion de la hanche ne laissaient aucun espoir. Très soulagé par l'immobilisation dans le lit-gouttière, il s'achemina lentement vers la cachexie. A la dernière période, des eschares se produisirent ; l'une se développa au niveau du condyle interne du genou droit ; une ouverture articulaire spontanée se produisit et, le 27 mai, on nota l'existence d'une arthrite purulente du genou droit, sans que le malade manifestât de douleur bien vive à cet endroit, l'écoulement du pus était suffisamment assuré par l'orifice spontané : quelques jours après (juin 1897) le malade mourut.

Autopsie. — Aucun détail intéressant à noter relativement aux lésions banales des poumons et de la hanche gauche ; toute l'attention se porte sur la tumeur vasculaire du genou droit.

*Genou droit.* — Arthrite suppurée du genou, très probablement due à l'ouverture de l'article par la chute d'une eschare développée au niveau du condyle interne, sur sa face postérieure : la cavité articulaire et les culs-de-sac contiennent une mince couche de pus mal lié ; légères érosions cartilagineuses ; aucune altération osseuse. Au niveau de la tumeur, sur la région synoviale sous-jacente, il existe une mince couenne blanchâtre, décollée sur ses bords, ayant la consistance d'un caillot en voie d'organisation ou plutôt donnant l'aspect d'une fausse membrane épaisse adhérente en son centre à la surface de la synoviale.

Aucune autre membrane, ni pseudo-caillot dans la cavité articulaire. Cette fausse membrane, une fois détachée, montre qu'elle était intimement adhérente en un point qui a l'aspect d'un orifice vasculaire de 3 mm., obturé par un caillot. C'est une ouverture directe des vaisseaux de la tumeur dans l'article ou du moins le point d'infection de l'angiome par l'arthrite primitive et le point de départ probable de la thrombose.

La rotule est intacte et ne présente aucun trait de fracture ancienne (soigneusement dépouillée sur sa face antérieure, elle est séparée en partie du tendon tricipital par une coupe transversale de celui-ci).



L'angiome (sur la figure) a été coupé aussi transversalement et montre les orifices béants des vaisseaux dilatés et comblés par des caillots. La tumeur est très réduites de volume, la thrombose l'a injectée, sans distendre les vaisseaux.

L'angiome est nettement limité à l'aileron interne de l'insertion rotulienne du triceps, il s'étend sur le bord interne de la rotule, mais n'empiète ni sur l'os, ni sur les parties voisines ; il laisse indépendant le fémur ; il est développé au voisinage de la rotule et sur la face antérieure de la synoviale du genou. Il dépend du territoire de l'artère grande anastomotique qui ici remplace l'articulaire supérieure interne ; l'artère articulaire inférieure interne ne présente aucune modification ; seule l'articulaire supérieure externe a quelques branches dilatées qui, à la coupe du tendon du triceps, donnent quelques orifices caverneux vides de coagulum.

L'artère fémorale présente quelques bosselures et quel-

ques flexuosités de l'anneau de Hunter à l'origine de la fémorale profonde.

Le thrombose artérielle, partie de l'angiome, a gagné le tronc de l'artère grande anastomotique et de là s'est étendue remontant à la fémorale jusqu'à l'origine de la fémorale profonde, qui est vide, et en descendant, a envahi la portion terminale de l'artère fémorale, l'artère poplitée et ses branches articulaires et jumelles sans aller jusqu'à leurs terminaisons; la thrombose s'est arrêtée en bas dans la tibiale antérieure au niveau de son tiers inférieur et dans le tronc tibio-péronier au niveau de sa bifurcation; les artères pédieuse, tibiale postérieure, péronière, plantaires sont vides.

Les veines satellites de l'artère grande anastomotique sont vides et aucun coagulum ne s'y trouve, pas plus que dans le tronc de la veine fémorale.

Ces deux faits ont certainement de l'intérêt à être rapprochés non seulement pas tant pour leur rareté, que pour l'histoire même des angiomes profonds, établissant deux étapes successives et progressives de la même lésion : l'un ne se traduisant extérieurement que par des signes incertains qui expliquent l'erreur de diagnostic faite au début, l'autre au contraire se révélant d'emblée à l'examen par la netteté des symptômes et leur intensité, ce qui le fit même regarder comme un anévrysme cirsoïde constitué. Ce second fait est en effet juste sur la limite qui sépare l'angiome caverneux de l'anévrysme cirsoïde, de l'anévrysme artério-veineux.

Cependant la coagulation inflammatoire, qui se localisa exclusivement sur le trajet des branches artérielles en s'étendant dans le tronc et les divisions de la fémorale, mais respecta complètement la lumière des veines, paraît établir que la communication artérioso-veineuse n'existait certainement pas en tant qu'ouverture directe de l'artère dans la veine (Terrier-Malassez) et que même la communication par les capillaires dilatés devait être assez étroite.

Ce n'est pas qu'il faille distinguer absolument l'angiome caverneux de l'anévrysme cirsoïde, il est des cas-limites où le rigorisme des classifications cesse et en examinant une variété de tumeur vasculaire présentant des dilatations serpentines des artères aussi étendues qu'elles l'étaient dans l'observation II, on peut ad libitum qualifier ces tumeurs d'angiome caverneux ou d'anévrysme cirsoïde, sans trop s'étonner de la similitude symptomatique.

La coagulation d'origine infectieuse partie de l'articulation infectée a reproduit accidentellement ce que cherche à obtenir la méthode des injections coagulantes : ici elle s'étendit certes plus loin qu'il ne serait désirable, mais c'est un accident et non le plus grave, qui doit être prévu dans l'emploi de cette méthode qui agit nécessairement à l'aveugle. Ici la circulation eût eu de la peine à se rétablir si le malade eût survécu, par suite de l'obturation étendue de la fémorale et de plusieurs de ses branches collatérales ou de division.

L'intervention sanglante a été pratiquée par L. Tripier (Obs. I), qui fit l'ablation à peu près complète de la tumeur, tout en évitant d'ouvrir l'articulation voisine : si l'intervention ne fut pas pratiquée dans le second cas, c'est que le malade présentait d'autres lésions vitales (coxalgie suppurée et tuberculose pulmonaire) qui, contre-indiquaient toute tentative.

---

## UN CAS D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

PRATIQUÉE A LA CAMPAGNE POUR UNE VASTE DÉCHIRURE DE L'UTÉRUS, SURVENUE VINGT-TROIS HEURES AUPARAVANT AU COURS D'UNE VERSION; GUÉRISON.

Par M. le docteur LOUSSOT (de Landivisiau).

Le sujet de la présente observation est une nommée R... Marguerite, âgée de trente-six ans. Cette femme a eu dix enfants, et a, en outre, fait trois pertes dont la dernière, survenue en août 1897, avait été suivie, quelques jours après, d'hémorragie et de phénomènes d'infection qui cédèrent d'ailleurs rapidement à un curetage.

Le 27 août dernier elle accouche de nouveau à 6 heures du soir. La sage-femme qui l'assiste, après plusieurs heures d'attente, trouvant que le travail se prolonge, le col étant, dit-elle, complètement dilaté, la tête en bas mais peu engagée, croit devoir faire la version. Elle amène un enfant qui ne tarde pas à succomber, ce qui fait penser que l'opération avait offert quelques difficultés, quoique les autres accouchements de la femme R... aient été tous spontanés. Délivrance facile, par tractions sur le cordon.

Jusqu'à minuit, rien de particulier dans l'état de l'accouchée. En ce moment, et presque brusquement, le ventre se ballonne, et des douleurs de plus en plus violentes apparaissent. Je suis appelé à quatre heures du matin, et j'arrive au domicile de la femme, une petite ferme située à 13 kilomètres environ de Landivisiau, vers six heures.

Je trouve, en effet, le ventre très ballonné et extrêmement sensible. Pas de vomissements, mais un peu de hoquet. Le pouls est bon. Température rectale 38°2. L'utérus rétracté se sent bien à gauche, moins facilement à droite. Rien ne s'écoule, et, au dire de l'entourage, presque rien ne s'est écoulé par le vagin depuis l'accouchement. Cette circonstance et la précocité des accidents péritonéaux me font songer à la possibilité d'une perforation utérine, et ne pouvant, sans chloroforme, introduire la main dans l'utérus à cause de l'extrême sensibilité de tout l'abdomen, je fais, après désinfection de la vulve et du vagin, une injection intra-utérine d'eau bouillie tiède. Immédiatement surviennent des douleurs intenses, irradiées à tout le ventre, et, bien que j'aie soin de déplacer ma canule en tous sens, rien ne ressort par le vagin. Mon diagnostic me semble confirmé.

Je fais part au mari de la nécessité d'une intervention, qui est acceptée. Mon idée, à ce moment, était qu'il s'agissait d'une perforation peu étendue, la femme n'ayant pas présenté de signes d'hémorragie intense grave, et je pensais qu'il suffirait d'ouvrir le péritoine, de le laver, et, peut-être, de le drainer, puis de suturer la déchirure utérine.

Je fais appeler M. Prouff qui me donne, par télégramme, rendez-vous à quatre heures, et je reviens moi-même auprès de la malade, vers trois heures et demie, muni de tout ce qui me paraissait nécessaire pour l'opération projetée, et, en particulier, de compresses de gaze, de fils, de drains et de brosses préalablement passés chez moi à l'autoclave.

Dès mon arrivée, je fais disposer la table placée en face d'une petite fenêtre assez mal éclairée, et je fais bouillir les instruments pendant vingt ou trente minutes environ. Je les place ensuite dans des plateaux flambés à l'alcool; de même pour l'eau destinée aux lavages, et qui, après avoir été bouillie, est versée dans des cuvettes également flambées. M. Prouff, pour mieux se garantir de tout contact suspect, fait, en outre, recouvrir de linges frais et lessivés les tables où était disposé notre appareil instrumental.

Telles furent, en résumé, les précautions d'asepsie prises dans les conditions spéciales où nous opérions, quant à nous-mêmes et à la femme, nous procédâmes de la façon habituelle.

En ce moment la malade avait déjà eu plusieurs vomissements, dont les deux derniers verdâtres, le ventre était toujours très ballonné et très sensible. Température rectale 37°8. Nous l'endormons et confions ensuite le chloroforme à mon domestique depuis longtemps dressé à cet exercice. Puis, tout le champ opératoire lavé et désinfecté à nouveau, j'introduis la main dans l'utérus : j'y trouve l'intestin et l'épiploon prolabés, et une vaste déchirure, située à droite, et laissant passer la main dans la cavité péritonéale. M. Prouff fait la même constatation.

Le ventre ouvert depuis l'ombilic jusqu'au pubis, il s'écoule une assez grande quantité de liquide sanguinolent, avec quelques caillots. Les intestins sont refoulés et maintenus à l'aide d'une compresse aseptique, et, quoique nous n'ayons à notre disposition qu'une table non inclinée, ils ne nous gênent plus guère dans la suite. L'utérus attiré au dehors et rabattu sur le pubis, nous pouvons mesurer l'étendue et la situation de la déchirure : elle n'a pas moins de 12 centimètres de long, et s'étend parallèlement au ligament large droit, à 3 centimètres environ en avant de celuici, depuis le cul-de-sac latéral droit, où elle empiète un peu sur le vagin, jusqu'au bord supérieur des annexes. Les bords en sont contus et paraissent peu susceptibles de réunion immédiate.

Dans ces conditions, M. Prouff décide, et je me range à son avis, qu'une opération radicale, l'hystérectomie totale, s'impose. Nous ne disposions, pour cette opération, que d'une douzaine et demie de pinces ordinaires, et de deux flacons de catgut Leclerc.

Nous lions d'abord en chaîne le ligament large droit jusqu'à la région de l'utérine, et nous opérons de même à gauche. Nous étions ainsi débarrassés des utéro-ovariennes puis nous disséquons, ce qui fut du reste très facile, une collerette péritonéale sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ensuite, partant de l'extrémité inférieure de la déchirure, nous plaçons sur tout le pourtour du vagin une série de ligatures en anses et nous détachons au fur et à mesure au ciseau l'utérus du vagin, nous tenant prêts à pincer tout ce qui pourrait donner.

Nous avons, au niveau des utérines, tranché dans le tissu utérin lui-même, laissant en place une partie du col. L'hémorragie fut d'ailleurs minime, et la presque totalité des vaisseaux étaient déjà liés quand ils furent sectionnés. Nous faisons ainsi le tour complet du col et enlevons l'organe.

Nous terminons en suturant ce qui reste de la portion vaginale de la déchirure. Nous ne refermons pas notre péritoine pelvien que nous avions bien des raisons de croire infecté, et nous préférons le laver à l'eau bouillie salée et le drainer ensuite au moyen d'un tampon de gaze stérilisée que nous faisons ressortir par le vagin.

Puis le ventre est refermé. L'opération avait duré en tout une heure et quart. La femme se trouvant alors dans un état satisfaisant, nous ne croyons pas utile de faire une injection de sérum artificiel.

Les suites de notre intervention ont été extrêmement simples. Je revis notre opérée le lendemain et le surlendemain.

Le premier jour vomissements, probablement chloroformiques, ventre peu ballonné, nullement sensible à la pression. Température à l'aisselle, 37°5; pouls, 140; respiration, 52; urines, 1 litre environ, non albumineuses.

Le deuxième jour les vomissements ont cessé, le ventre est toujours indolore. Température, 37°2; pouls, 102; respiration, 38; urines, 1 litre 1/2. Je retire le tampon, non sans quelques difficultés, et le remplace par un tampon vaginal.

Le troisième jour je ne vois pas la femme, mais on me rapporte qu'elle a été spontanément à la selle, et que son état reste excellent.

Le premier pansement est levé le 4 septembre, et les fils retirés le 7 septembre. Lavage vaginal à l'eau bouillie, le seul qui ait été pratiqué.

La guérison suit son cours normal et est aujourd'hui complète. La femme a été munie d'une ceinture abdominale.

---

## RECHERCHES ET OBSERVATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

### SUR LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

Par M. H. Geschwind, médecin principal de première classe.

*Conclusions.* — I. — La méningite cérébro-spinale épidémique est une entité morbide et non pas une forme accidentelle d'une autre affection.

II. — Le germe pathogène de la maladie paraît être permanent dans certaines villes, certaines garnisons, où il reste parfois longuement à l'état d'inertie.

III. — Parmi les causes secondes qui président à la mise en activité, il y a lieu de retenir spécialemeut la coexistence de la grippe et le refroidissement humide, les hivers pluvieux.

IV. — La maladie exerce surtout son activité dans le milieu militaire, où elle atteint spécialement les recrues.

V. — La contagion paraît être le mode principal de propagation. La transmission s'exercerait surtout par les sécrétions naso-buccales et parfois par l'intermédiaire d'effets contaminés. Elle peut se faire à grande distance. Le retour à l'activité de germes autochtones sous diverses influences ne serait qu'un mode spécial de contagion, de la contagion retardée. Il se produit alors de petits foyers rayonnant autour d'eux.

VI. — L'incubation individuelle de la maladie paraît être de très courte durée, ne dépassant parfois pas vingt-quatre heures.

VII. — Les traitements préconisés jusqu'à présent contre cette maladie ne paraissent pas avoir eu d'influence sensible sur son évolution et sa terminaison.

Les mesures prophylactiques principales à recommander sont : l'isolement précoce des malades en observation et des malades avérés; la désinfection du linge, des effets et de la literie, ainsi que du local qui peut avoir été contaminé, l'emploi de gargarismes et de prises antiseptiques; la surveillance active de l'alimentation, la préservation du refroidissement, l'éloignement des causes de fatigue générale et surtout de fatigue cérébrale, spécialement chez les recrues; enfin, l'envoi en permission d'au moins quinze jours de toutes les recrues, pour peu que la maladie fasse mine de prendre de l'extension. Cette dernière mesure nous paraît la plus importante. (*Arch. de méd. milit.*)

---

## THÉRAPEUTIQUE

**Pommade contre l'impétigo du cuir chevelu et de la face chez les nourrissons** (M. W. P. Kistler).

| | |
|---|---|
| Acide salicylique. . . . . . . | 1 gramme. |
| Sous-nitrate de bismuth. . . . | 20 — |
| Onguent rosat. . . . . . . . . | 50 — |
| Poudre d'amidon. . . . . . . . | 7gr50 |

Mêlez. — Usage externe.

S'agit-il de la variété humide de l'eczéma impétigineux, on applique sur la tête et sur la face des compresses de tarlatane enduites d'une couche épaisse de cette pommade. Si, par contre, on a affaire à la variété sèche, squameuse, il faut faire sur les parties atteintes des onctions avec la pommade ci-dessus formulée. Ces applications qu'on doit ré-

péter fréquemment ne tardent pas à amener la production d'une croûte blanche et sèche, sous laquelle le prurit et la congestion de la peau diminuent rapidement, ce qui rend possible la formation d'une cuticule épidermique saine.

**Potion antidiarrhéique.**

Écorce de Simarouba . . . 4 à 8 grammes.
Eau. . . . . . . . . . . . 400 —

faire bouillir jusqu'à réduction de moitié. Ajouter :

Laudanum de Sydenham . . . . . . x gouttes.

à prendre en deux fois matin et soir.

(*Rev. intern. de méd. et de chir.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 octobre 1898. — Présidence de M. Berger.

### COMMUNICATION

**Plaie pénétrante de l'abdomen.** — M. Follet (de Lille) adresse une observation de plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu avec neuf perforations intestinales. Il s'agit d'un jeune homme qui, en se promenant sur les remparts de la ville, reçut un coup de feu de carabine tiré par une sentinelle. Il fut aussitôt transporté à l'hôpital où il fut examiné et opéré deux heures après l'accident. On constatait sur la partie latérale droite de l'abdomen, au-dessus de l'arcade crurale, un orifice circulaire; tous les muscles de l'abdomen étaient contracturés, la douleur était peu vive mais généralisée à tout le ventre. M. Follet pratiqua la laparotomie, trouva du sang épanché dans la cavité abdominale, rechercha les perforations intestinales, en trouva neuf qu'il sutura avec des fils de soie fine et referma le ventre. A la suite de l'opération, le blessé présenta une certaine dépression qui fut combattue par les injections sous-cutanées de sérum artificiel et la guérison fut promptement obtenue.

### RAPPORTS

**Corps étrangers de la vessie.** — M. Picqué fait plusieurs rapports.

Il rend compte d'abord d'une observation adressée par M. Rochard dans laquelle il s'agit d'une jeune fille qui s'était introduit une épingle à cheveux dans la vessie. Après deux tentatives d'extraction par les voies naturelles qu'il fit sans succès, M. Rochard pratiqua la taille hypogastrique, fit l'extraction de l'épingle, referma la vessie et obtint une réunion par première intention et une rapide guérison.

M. Picqué a eu l'occasion d'intervenir dans trois cas analogues; dans deux cas, il s'agissait également d'épingles à cheveux, dans l'autre d'un manche de porte-plume. Chez ces trois malades, il fit la taille vaginale qu'il préfère à la taille hypogastrique, celle-ci, suivant lui, devant être pratiquée dans certains cas seulement, chez des petites filles à vagin très étroit. Il croit qu'il faut abandonner les recherches de ces corps étrangers vésicaux par les voies naturelles. Pour bien déterminer la présence et le siège de ces corps étrangers, M. Picqué a recours à la cystoscopie.

**Plaie profonde de la région épiglottique.** — M. Isambert, médecin militaire, a adressé une observation de plaie profonde de la région épiglottique par instrument tranchant. Il s'agissait d'un soldat qui s'était fait au cou une entaille profonde, ayant coupé entièrement le sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche, ayant sectionné le larynx, l'épiglotte flottant au fond de la plaie. M. Isambert fit la suture des jugulaires, fixa l'épiglotte et le larynx, sutura les parties molles et le blessé fut guéri en moins de trois semaines.

**Hémarthrose du genou.** — Une autre observation, adressée également par M. Isambert, a trait à une hémarthrose du genou d'origine spontanée. La malade, deux ans auparavant, avait eu une première hémarthrose guérie par compression. Deux ans après, il y eut de nouveau de la gêne fonctionnelle et, sans aucun traumatisme, apparut une nouvelle hémarthrose. Une ponction donna issue à 160 grammes de sang. La radiographie montra l'existence d'un corps étranger sur la tubérosité interne du fémur. M. Isambert fit l'arthrotomie, trouva un épaississement de la synoviale avec une saillie osseuse anguleuse. Il enleva cette saillie qui, examinée histologiquement, était composée d'éléments épiphysaires normaux.

**Fracture bilatérale du maxillaire inférieur.** — M. Loison, médecin militaire, a communiqué une observation de fracture bilatérale du maxillaire inférieur par coup de pied de cheval. Il y avait une interposition musculaire qui se serait opposée à toute consolidation. M. Loison pratiqua donc la suture, qui a donné une parfaite guérison.

**Arthrite suppurée de la hanche.** — Il s'agit d'un soldat ayant eu à huit ans une rougeole, suivie d'otite suppurée, puis plusieurs atteintes d'otites, qui fut pris récemment d'arthrite suppurée de la hanche droite. M. Loison fit l'arthrotomie. Il trouva les surfaces articulaires indemnes. Le pus contenait des streptocoques. M. Picqué, en analysant cette observation, fait remarquer que la résection, souvent proposée dans ces cas, n'est pas nécessaire, et qu'une simple arthrotomie suffit le plus souvent.

### LECTURE

**Traitement chirurgical de la névralgie faciale.** — M. Guinard lit, sur ce sujet, un mémoire basé sur neuf observations.

### PRÉSENTATIONS

**Appendicite et salpingite.** — M. Routier présente une pièce provenant d'une malade qui était atteinte d'hématocèle rétro-utérine, de salpingite et d'appendicite. En effet, la trompe droite contenait un calcul qui provenait directement de l'appendice perforé.

**Gastrostomie.** — M. Beurnier présente des pièces provenant d'un malade auquel il a pratiqué une gastrostomie.

La séance est levée.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes des 14 et 15 octobre 1898)

**Examens de doctorat.**

Vendredi 14 octobre, à une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Gaucher et André; — M. Desgrez, suppléant.

Samedi 15 octobre, à une heure. — 4e : MM. Pouchet, Charrin et Langlois; — M. Achard, suppléant.

## THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1897-1898

M. Deligny. De l'ascite dans les fibromes de l'ovaire. — M. Delbecque. Résultats consécutifs et éloignés de la résection du coude chez les enfants. — M. Thibout. Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du larynx chez l'adulte et de leur traitement chirurgical par la voie endo-laryngée. — M. Sougniez. Du rôle de l'hyperchlorhydrie dans la formation des lésions sto-

macales et la production des hématémèses. — M. Makereel. Congestions et spléno-pneumonie grippales. — M. Huyghe. L'ataxie aiguë. — M. Bigot. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. — M. Caplet. La peste à Lille au XVIIe siècle. — M. Mahieu. Contribution à l'étude de la luxation sous-glénoïdienne et de ses complications. — M. Creutzer. Le lupus tuberculeux traité par le mercure et l'iodure et principalement par les injections intramusculaires d'huile grise. — M. Galand. Etude thérapeutique des eaux de Saint-Parise-le-Chatel. — M. Delarra. Inconvénients du calomel. — M. Baude. Traitement de la colique saturnine par les injections sous-cutanées de sérum artificiel. — M. Dhaussy. Contribution à l'étude de l'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques. — M. Demeulenaere. Quelques documents relatifs à la mortalité par gastro-entérite chez l'enfant. — M. Dubois. Documents relatifs à l'alcoolisme dans le Nord. — M. Lepoutre. De l'asthme adénoïdien. — M. Bigotte. Contribution à l'étude de la prétendue hypertrophie cardiaque de croissance. — M. Hérin. Des hernies internes rétropéritonéales et particulièrement de la hernie intersigmoïde. — M. Debary. De l'indicanurie et de sa valeur symptomatique, principalement dans la tuberculose. — M. Dupré-Lefebvre. De l'épilepsie d'origine gastrique.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — Le jury est définitivement constitué de la façon suivante : MM. Galliard, Vaquez, Moizard, Fernet; Nélaton, Potherat, Beurnier, Monod; Maygrier et Potocki.

— *Hôtel-Dieu d'Orléans.* — Un concours pour deux places d'interne titulaire et cinq places d'interne provisoire s'ouvrira le mardi 13 décembre prochain, à deux heures du soir.

Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

— *Le programme du Congrès français de chirurgie.* — Lundi 17 octobre, à deux heures : séance d'inauguration dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine : 1° Discours de M. le professeur Le Dentu, président du Congrès; 2° Compte rendu du secrétaire général.

A trois heures précises : première question mise à l'ordre du jour : *De la néphrotomie*, MM. F. Guyon et Albarran, rapporteurs. — M. Albarran (de Paris) : Lecture du rapport. — M. Le Dentu (de Paris) : Néphrite douloureuse et néphrotomie. — M. Tédenat (de Montpellier) : Sur quatre cas de néphrolithotomie. — M. Schwartz (de Paris) : Indications de la néphrotomie. — M. Léonte (de Bucarest) : Quelques cas de chirurgie rénale. Néphrotomie et néphrectomie. — M. Reynier (de Paris) : Technique opératoire de la néphrotomie. — M. Bazy (de Paris) : Indications de la néphrotomie. — M. Tuffier (de Paris) : A propos de la néphrotomie. — M. Doyen (de Paris) : Sur les indications de la néphrotomie. — M. Pousson (de Bordeaux) : Sur la néphrotomie. — M. Michaux (de Paris) : De la néphrotomie. Suites éloignées. — M. Picqué (de Paris) : Des indications de la néphrotomie. — M. Legueu (de Paris) : Sur la néphrotomie. — M. Barette (de Caen) : Note sur une observation de néphrotomie. — M. Février (de Nancy) : Quelques remarques à propos d'un calcul du rein. — M. Albarran (de Paris) : Traitement des fistules rénales post-opératoires. — M. Phocas (de Lille) : Sur la néphrotomie. — M. Paul Delbet (de Paris) : Hydronéphrose tuberculeuse traitée par la néphrotomie, le curetage et l'injection d'éther iodoformé. — M. Loumeau (de Bordeaux) : Sur la néphrotomie. Résultats personnels. — M. Jonnesco (de Bucarest) : Sur les indications de la néphrotomie. — M. Lavaux (de Paris) : Sur la néphrotomie. — M. Chibret (d'Aurillac) : Néphrotomie pour anurie totale datant de six jours. Guérison.

Mardi 18 octobre, à trois heures. — Questions diverses.

*Crâne.* — M. Jonnesco (de Bucarest) : La craniectomie temporaire. — M. Reboul (de Nîmes) : Chirurgie cranienne, encéphalocèle, lipome congénital.

*Oreille.* — MM. Picqué et Mauclaire (de Paris) : Abcès du cervelet consécutifs aux suppurations de l'oreille. — M. Moure (de Bordeaux) : De la réunion immédiate du pavillon après l'ouverture large de l'antre et de la caisse.

*Yeux.* — M. Galezowski (de Paris) : Sur le glaucome. — M. Landolt (de Paris) : L'opération du strabisme.

*Fosses nasales, langue et larynx.* — M. Chibret (d'Aurillac) : Extirpation d'un gros polype naso-pharyngien, par la méthode de Doyen. — M. Ch. Rémy (de Paris) : Sur l'extirpation des néoplasmes de la base de la langue. — M. Castex (de Paris) : Technique des tailles laryngées.

*Mâchoires.* — M. Ceci (de Pise) : Nouveau procédé plastique pour la constriction cicatricielle des mâchoires.

*Nerfs du cou (spinal, grand sympathique).* — M. Faure (de Paris) : Traitement chirurgical de la paralysie faciale, par l'anastomose spino-faciale. — M. Coudray (de Paris) : Torticolis spasmodique. Résection du spinal. — M. Abadie (de Paris) : De la section du sympathique cervical. Indications thérapeutiques. — M. Jonnesco (de Bucarest) : La résection du sympathique cervical dans le traitement de l'épilepsie, du goitre exophtalmique et du glaucome. — M. Témoin (de Bourges) : Résection du ganglion du grand sympathique dans le traitement du goitre exophtalmique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Limites des consignations des examens qui ne se passent pas en sessions. — I. Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis et mardis, de midi à trois heures, aux dates ci-après désignées :

*Doctorat* (ancien régime). — Deuxième examen, première partie, jusqu'au 7 mars 1899. (Toutefois, les élèves entrant en troisième année au mois d'octobre 1898 ne pourront consigner que les 6 et 7 mars 1899.) Troisième examen, première partie, jusqu'au 21 février 1899. Troisième examen, deuxième partie, jusqu'au 18 avril 1899. Quatrième examen, jusqu'au 16 mai 1899. Cinquième examen, première partie, jusqu'au 13 juin 1899 (les candidats à cet examen ne seront admis à consigner que sur la justification du stage obstétrical exigé). Cinquième examen, deuxième partie, jusqu'au 27 juin 1899. Thèse, jusqu'au 4 juillet 1899.

*Officiat.* — Premier examen définitif, jusqu'au 7 mars 1897. Deuxième examen définitif, jusqu'au 18 avril 1899. Troisième examen définitif, jusqu'au 27 juin 1899.

*Doctorat* (nouveau régime). — Premier examen, jusqu'au 7 mars 1899 (toutefois, les élèves entrant en deuxième année au mois d'octobre 1898, ne pourront consigner que les 6 et 7 mars 1899). Troisième examen, première partie, jusqu'au 18 février 1899, deuxième partie, jusqu'au 18 avril 1899 (les deux parties du troisième examen, nouveau régime, sont subies entre la treizième et la seizième inscription).

II. MM. les candidats ajournés avant le 31 mai 1899 sont informés que : 1° l'épreuve pratique d'anatomie sera renouvelée dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 12 juin); l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 1er mai et dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 12 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 12 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 14 mai; à partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 14 mai et avant le 31 mai.

Les candidats ajournés pour la médecine opératoire consigneront les 17 et 18 avril, ou les 23, 29 et 30 mai, inclusivement, dernier délai. Pour les examens autres que la médecine opératoire : les candidats ajournés avant le 14 mai consigneront les 23, 29 et 31 mai, inclusivement, dernier délai; les candidats ajournés après le 14 mai et avant le 31 mai consigneront les 12 et 13 juin, inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Les élèves ajournés après le 31 mai à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Passé le 5 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

*N.-B.* — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3) pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Bibliothèque. — MM. les étudiants sont informés qu'ils sont tenus de présenter leur carte d'immatriculation pour être admis à la Bibliothèque. — A partir du 16 novembre, l'entrée de la Bibliothèque sera refusée à tout étudiant qui ne présentera pas sa carte d'immatriculation.

Nul ne peut prendre part aux travaux de la Faculté (cours, cliniques, bibliothèque, travaux pratiques réglementaires ou facultatifs, travaux de laboratoire), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897).

Sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste. — Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, deux sessions d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvriront pendant l'année scolaire 1898-99, savoir : la première, le 7 novembre 1898; la deuxième, le 29 mai 1899.

Première session : premier examen, du 7 au 19 novembre 1898; deuxième examen, du 5 au 17 décembre 1898; troisième examen, du 9 au 21 janvier 1899.

Deuxième session : premier examen, du 29 mai au 3 juin 1899; deuxième examen, du 19 au 24 juillet 1899; troisième examen, du 10 au 22 juillet 1899.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Davaine (de Paris).

— *Hôpital Andral.* — MM. Albert Mathieu, Maurice Soupault et J.-Ch. Roux commenceront le 7 novembre un cours complet sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. — Ce cours durera un mois.

Les élèves seront exercés aux manipulations indispensables pour le diagnostic, par M. Laboulais, pharmacien de première classe, ancien interne des hôpitaux. — Le prix de l'inscription pour les conférences et les exercices pratiques est de 120 francs. Pour les renseignements et l'inscription s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 117. — JEUDI 13 OCTOBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 13 OCTOBRE 1898. — N° 117.

Ce Journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au mois de juin de l'année dernière, M. Lancereaux présentait à l'Académie un malade atteint d'un énorme anévrysme de l'aorte, qui avait été guéri par des injections sous-cutanées de gélatine. Il a continué à appliquer ce mode de traitement sur d'autres malades, et c'est le résultat de ces essais qui fait l'objet d'une nouvelle communication faite en collaboration avec M. Paulesco. On trouvera plus loin les intéressantes observations de M. Lancereaux, d'où il résulte que la gélatine, introduite sous la peau, pénètre dans le sang, rend ce liquide plus coagulable, favorise ainsi une formation plus abondante de caillots, dans la poche anévrysmale, qui finissent par obstruer le sac. Ces caillots se rétractant par la suite, la poche diminue de volume et les phénomènes de compression disparaissent. M. Lancereaux se croit donc en droit de conclure que la gélatine constitue un excellent agent thérapeutique qui, s'il ne guérit pas les anévrysmes vrais, favorise tout au moins le processus naturel de leur guérison.

La première observation présentée l'année dernière par M. Lancereaux avait engagé M. Huchard à recourir à ce mode de traitement, et M. Huchard a déclaré en avoir obtenu d'excellents résultats. Toutefois, il faut savoir que ces injections gélatineuses peuvent n'être pas sans danger et, quelle que soit leur efficacité, il ne faut pas pour cela abandonner l'iodure de potassium, ce grand médicament, comme l'appelle M. Huchard. Bien précieux, en effet, ce médicament, non seulement comme agent thérapeutique, mais aussi comme moyen de diagnostic, ainsi que le prouve une fois de plus une curieuse observation relatée par M. Fournier, et dans laquelle il s'agissait, non pas d'un anévrysme de l'aorte, mais d'une gomme intrathoracique entourant et comprimant ce vaisseau au point de donner lieu à tous les signes de l'anévrysme, et qui a disparu en six semaines sous l'influence d'un traitement ioduré intensif. En rapportant cette observation, M. Fournier n'a pas manqué de signaler l'extrême fréquence des anévrysmes de l'aorte chez les syphilitiques.

M. Fernet a donné lecture d'un travail important sur le diagnostic précoce de la tuberculose. Le bacille de Koch ne se trouvant que dans la tuberculose confirmée, M. Fernet pense qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte; la tuberculine, si précieuse en médecine vétérinaire, ne saurait être employée chez l'homme à cause de ses dangers; quant aux rayons de Röntgen, tout en admettant leur utilité et leur importance, M. Fernet avoue en toute franchise qu'il ne « sait pas encore bien voir ». Il préfère, comme moyens d'investigation, ses doigts et son oreille, c'est-à-dire la percussion et l'auscultation ; et partant de là, M. Fernet nous a décrit, en fort bon style, les signes précoces de la tuberculose fournis par la percussion et l'auscultation. Il nous a rappelé les belles recherches de son maître Guéneau de Mussy sur l'adénopathie trachéo-bronchique et a insisté, avec raison, sur l'importance de ces signes cliniques qu'il est bon de rappeler de temps en temps aux jeunes générations médicales, que les études du laboratoire tiennent parfois trop longtemps éloignées des salles de malades.

Signalons deux rapports, l'un de M. Perier, sur le prix Chevillon, dans lequel il analyse des travaux sur le traitement du cancer par le chlorate de soude et par le carbure de calcium. Ce rapport a soulevé une petite réclamation de priorité de M. Reclus, sur l'emploi du chlorate de soude. L'autre rapport est celui de M. Rendu sur le prix Aubert. Les concurrents avaient à répondre à cette question : Existe-t-il chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose? La réponse à cette question est, paraît-il, fort difficile.

A la fin de la séance, M. Chiaïs a eu la parole pour la lecture d'un travail sur les modes de fonctionnement physique des reins.

---

## TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA GÉLATINE

### EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES

Par MM. LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine, et PAULESCO.

Le 22 juin 1897 nous avons présenté à l'Académie un malade atteint d'un énorme anévrysme de l'aorte, guéri, après avoir subi un traitement consistant en injections sous-cutanées de gélatine. Depuis lors, nous avons eu l'occasion d'appliquer cette méthode de traitement à plusieurs cas d'anévrysmes et de simples ectasies de l'aorte et aussi dans des cas d'anévrysme de l'artère sous-clavière.

Nous venons aujourd'hui communiquer les résultats obtenus, et vous présenter les malades dont il est question.

Le premier cas a trait à un homme atteint depuis trois ans d'un gros anévrysme de la crosse de l'aorte qui a été soumis à des injections sous-cutanées de gélatine.

Sous l'influence de ce traitement le sang qui pénétrait dans la poche se coagule et l'oblitère; puis, peu à peu, les caillots deviennent plus fermes et se rétractent; en même temps la poche diminue de volume et les douleurs atroces, dont le malade souffrait avant le traitement, disparaissent comme par enchantement.

Pendant un an la guérison se maintient, mais, tout à coup, il se produit un décollement à la partie inférieure de la poche; le sang lancé par le ventricule pénètre entre le caillot et la paroi; il se forme, à ce niveau, une petite poche adjacente à la précédente, molle, animée de battements d'expansion, et qui, comprimant un nerf intercostal, détermine de vives souffrances. Quelques injections de gélatine font coaguler le sang dans cette nouvelle poche qui se rétracte et presque en même temps les douleurs disparaissent.

La seconde observation a trait à un homme atteint depuis huit mois d'un anévrysme de la crosse de l'aorte; la poche, qui s'est développée surtout en arrière, comprime la veine cave supérieure; il en résulte une stase manifeste dans la circulation veineuse de la tête, du cou et de la partie supérieure du thorax, stase qui se traduit par l'apparition d'une circulation collatérale sous-cutanée.

Cet homme, comme le précédent, est soumis à des injections sous-cutanées de gélatine; sous l'influence de ce traitement, le sang qui pénétrait dans la poche, en produisant un double souffle, se coagule et l'oblitère, en même temps que le double souffle disparaît. Puis, peu à peu, les caillots se rétractent, et la poche, diminuant de volume, ne comprime plus la veine cave supérieure; consécutivement on constate la disparition de la cyanose et de la circulation veineuse collatérale.

Un résultat non moins satisfaisant a été obtenu par le même traitement chez un malade, atteint, depuis six mois, d'un anévrysme de l'artère sous-clavière droite qui comprimait les nerfs du bras et causait de vives souffrances, il fut soumis, comme les précédents, à des injections sous-cutanées de gélatine.

Sous l'influence de ce traitement on constata, au niveau de la poche, un double souffle qui n'existait pas auparavant; puis ce double souffle disparut, et avec lui les mouvements d'expansion dont l'anévrysme était animé; les caillots formés dans le sac se rétractant, la poche diminua de volume; elle cessa de comprimer les nerfs du bras et les douleurs disparurent. — Mais un jour, tout à coup, un décollement se produisit, identique, probablement, à celui que nous avons observé chez le malade qui fait le sujet de l'observation I; la poche augmente de volume, devient molle et on constate de nouveau des mouvements d'expansion. Deux injections de gélatine suffirent pour faire de nouveau coaguler le sang, pour que la poche durcît et que le mouvement d'expansion disparût de nouveau, en même temps que les douleurs nerveuses. Mais ce qu'il y a de plus remarquable et qui constitue, pour ainsi dire, la preuve sensible de l'oblitération de la poche anévrysmale, c'est *la réapparition des pulsations à la radiale.*

Les injections sous-cutanées de gélatine sont, comme on vient de le voir, d'une efficacité remarquable dans les cas d'anévrysmes sacciformes.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une simple dilatation fusiforme, répartie sur toute la circonférence du vaisseau; dans ces cas, une des conditions indispensables au dépôt de la fibrine, à savoir le ralentissement du cours du sang, faisant défaut, les injections de gélatine ne peuvent être d'aucune utilité.

Les conclusions qui découlent de ces faits sont des plus simples : la gélatine, introduite dans le tissu cellulaire sous-cutané, pénètre dans le sang et rend ce liquide plus coagulable que normalement, et comme au niveau d'une poche anévrysmale ce sang rencontre déjà deux conditions favorables à la coagulation, à savoir : le ralentissement de son cours et une paroi vasculaire souvent inégale, il se produit une formation plus ou moins abondante de caillots qui finissent par obstruer le sac.

Puis ces caillots se rétractent; la poche qui les contient diminue de volume et les phénomènes de compression auxquels elle donnait naissance s'atténuent et disparaissent. Toutefois, s'il vient à se produire un décollement du caillot, le sang pénètre entre celui-ci et les parois de la poche; dans ces conditions, heureusement, la coagulation est plus facile.

La gélatine, en conséquence, constitue un excellent agent thérapeutique qui, s'il ne guérit pas les anévrysmes vrais, favorise tout au moins le processus naturel de leur guérison.

---

## FURONCLE ET FURONCULOSE

### LEUR TRAITEMENT

Cette petite *infection de l'appareil pilo-sébacé,* qui constitue le furoncle, n'est pas sans occasionner des ennuis fréquents aux malades qui en sont porteurs. Ces ennuis peuvent devenir sérieux par le nombre et la répétition des lésions; et dans certains cas, de graves complications peuvent même survenir. C'est alors affaire de siège et de virulence.

La thérapeutique du furoncle est certainement des plus simples; mais elle varie néanmoins suivant les cas, suivant la période d'évolution, le nombre, le siège, suivant l'existence ou l'absence de phénomènes douloureux ou fébriles.

Prenons le cas d'un furoncle *au début,* alors qu'il n'est caractérisé que par une petite élevure rouge, déjà gênante mais à peine douloureuse. Dans ces cas, bien connus du furonculeux, qui n'ignore pas son mal, peut-on faire avorter le furoncle?

Traitement abortif. — Bretonneau cautérisait le sommet de l'élevure avec un crayon de *nitrate d'argent.* Plus récemment, on s'est adressé à des antiseptiques en solution concentrée; on a déposé sur le « clou » en voie de formation une goutte de solution alcoolique d'*acide phénique à* 10 p. 100, ou de solution de *sublimé* dans l'alcool à 1 p. 100. La *teinture d'iode* est peut-être encore ce qu'il y a de plus simple et de plus efficace, son pouvoir diffusible et pénétrant étant plus considérable.

On a pu ainsi faire avorter des furoncles qu'une absence de traitement aurait laissés mûrir. Mais il s'en faut que la réussite couronne chaque fois ces tentatives. Aussi existe-t-il encore nombre de traitements abortifs : on a conseillé l'application de petites rondelles d'ouate hydrophile imbibées d'*alcool camphré,* ou d'alcool absolu saturé d'*acide borique,*

ou bien des compresses humides imprégnées d'une solution chaude à 50 degrés d'acide borique et recouvertes d'un taffetas imperméable (Reclus).

Tous ces topiques appliqués extérieurement échouent d'ailleurs souvent, ce qui se conçoit, le foyer microbien étant plus profondément situé au fond des culs-de-sac glandulaires. Aussi, avec les connaissances modernes sur le siège primitif du mal, a-t-on été amené à ouvrir d'emblée le foyer pour s'opposer à son extension. Mais cette première ouverture, ou plutôt cette ponction, comment et avec quoi la pratiquer? Avec le bistouri? Évidemment non. Le malade pusillanime s'y refuse souvent et le bistouri, qui ne s'oppose pas à une inoculation, crée une plaie ouverte à vaisseaux béants, qui pour être protégée à son tour nécessiterait un pansement aussi encombrant et aussi gênant que celui du furoncle lui-même. Aussi vaut-il mieux recourir à la pointe fine du thermo-cautère ou du galvano-cautère, qui, enfoncé à 1 millimètre ou 2, détruit le foyer infectieux dans son centre et agit aussi sur la périphérie par la chaleur qu'il développe.

C'est le moyen le plus énergique; il n'est cependant pas à coup sûr efficace. Aussi nombre de malades préfèrent-ils recourir à des pansements anodins, recouvrir leur furoncle de compresses antiseptiques humides et laisser « mûrir » leur furoncle.

Période d'état. — A la période d'état, faut-il ouvrir le furoncle, faut-il se contenter de pansements? L'incision n'est indiquée que dans les furoncles volumineux, tendus, recouverts de téguments épais et rouges. Il semble que dans ces cas le foyer microbien ait plus de tendance à évoluer vers la profondeur que du côté du derme. La base du furoncle est large et indurée, souvent on note quelques traînées lymphatiques, de la fièvre, et outre la douleur toujours fort vive, un état général souvent défectueux.

Dans l'immense majorité des cas, quand le furoncle est de petit ou moyen volume, qu'il évolue rapidement vers la superficie, que le sommet, acuminé et aminci, laisse en peu de jours apparaître le bourbillon, il n'y a qu'à attendre sous le couvert de pansements.

Mais quels pansements?

Tout d'abord, dussé-je me faire honnir de mes collègues que le nom seul de cataplasme a le don de mettre en colère, je déclare que je ne suis pas ennemi du cataplasme. Mais cependant, je répudie d'une façon absolue le vulgaire cataplasme de farine de graine de lin, véritable nid à microbes, et dont l'action malfaisante a souvent pour résultat d'ensemencer la peau à distance, par un véritable procédé d'inoculation. Il n'est pas rare en effet, sous le cataplasme, de voir tout un semis de pustules confluentes.

Le seul cataplasme possible est le cataplasme de fécule de pomme de terre, fait avec la fécule délayée à froid dans une solution à 4 p. 100 d'acide borique et porté ensuite à l'ébullition. En réalité, c'est un cataplasme aseptique, calmant fort bien les douleurs du furoncle et dont certains malades font grand cas. Les pharmaciens possèdent d'ailleurs actuellement des cataplasmes tout préparés qu'il suffit de plonger dans de l'eau bouillie chaude. Ces cataplasmes n'ont plus de l'ancien cataplasme que le nom, ils n'en ont plus la composition septique et il n'y a point à rougir de recommander leur emploi. A côté de ces cataplasmes et sur le même rang il faut placer les pansements humides et maintenus tels par du taffetas imperméable. On a recommandé, pour imbiber ces compresses, des solutions phéniquées, sublimées ou boriquées. Les dernières seules sont réellement recommandables. Les premières utilisées à la dose de 1 1/2 à 2 p. 100, les deuxièmes à 1 pour 2, 3 ou 4000, ont l'inconvénient d'être plus irritantes qu'antiseptiques et l'on voit souvent sous ces pansements des pustules d'acné et même de petits furoncles, qui s'inoculent et se développent sous la chaleur humide de ces pansements plus nocifs que protecteurs pour l'épiderme.

Quant aux emplâtres, même modernisés par les formules actuelles, ils sont rarement aseptiques, soulagent peu, et s'ils ont l'avantage d'être peu encombrants, ils retiennent le pus et ne s'opposent pas au développement de l'infection.

A la période d'état, si le bourbillon sort mal et se trouve retenu, un léger débridement peut en faciliter l'expulsion et doit être préféré à l'expression brutale et douloureuse entre les doigts du médecin.

Le bourbillon une fois sorti, il est bon de continuer quelques jours le pansement humide, jusqu'à cicatrisation. Les emplâtres, les différentes sortes de taffetas ne peuvent être utilisés qu'après guérison complète pour protéger contre le frottement du vêtement, contre le bord dur d'un faux col, par exemple.

Le traitement général n'a aucune raison d'être lorsque le furoncle est isolé ou rare et résulte d'irritations locales persistantes, comme les furoncles des fesses chez les cavaliers : à lésion locale, un traitement local suffit. Mais si le malade est prédisposé à des éruptions plus ou moins confluentes de furoncles, à des poussées récidivant à intervalles variables, le traitement général est indispensable. Ce traitement de la furonculose doit être basé sur ce fait qu'il s'agit, en réalité, d'une infection de l'appareil tégumentaire, d'une véritable *staphylococcie cutanée*.

Le furonculeux se doit à lui-même des soins de propreté minutieux; Brocq recommande l'usage fréquent de *bains sulfureux*, et les lavages du corps avec l'*alcool camphré*. Il sera préférable de porter sur le corps de la toile fine plutôt que de la laine.

Il est également évident qu'il faudra chez tout furonculeux rechercher le sucre dans les urines, et le traiter comme *diabétique*, si l'examen des urines révèle la moindre trace de sucre.

Si la glycosurie n'existe pas, il faudra examiner avec soin le tube digestif. L'antisepsie intestinale a été fort recommandée par M. Bouchard, qui conseille de prendre chaque jour deux des cachets suivants :

| | |
|---|---|
| Naphtol β. . . . . . . | } *ââ* 50 centigrammes. |
| Magnésie anglaise. . . | |
| Salicyl. de bismuth . . | |

soit 1 gramme à $1^{gr}50$ par jour de chacune des substances. Cette pratique, théoriquement légitime, n'a cependant pas donné de résultats. M. A. Robin conseille les *grands lavements froids*, d'un ou deux litres par jour, et recommande l'emploi des cachets suivants :

| | |
|---|---|
| Soufre sublimé . . . . . . | 10 centigrammes. |
| Camphre pulvérisé. . . . . | 2 — |

pour un cachet, trois par jour.

M. Gingeot conseille, soit l'usage d'*eaux sulfureuses*, soit la solution suivante :

Hyposulfite de soude . . . . 36 grammes.
Eau distillée. . . . . . . . 300 —

à prendre trois cuillerées à café par jour. Ou encore la poudre sulfureuse de Pouillet, dissoute dans du lait ou de l'eau sucrée, et prise à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour, en plusieurs fois.

Brocq se serait bien trouvé de la *teinture de colchique*. A l'heure actuelle, et c'est le traitement qui paraît donner les meilleurs résultats, on recommande l'usage de la *levure fraîche de bière*, que l'on trouve chez les brasseurs, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour.

Enfin, l'hygiène alimentaire, dans les cas rebelles, doit être des plus sévères. On proscrira une alimentation trop abondante. On interdira les corps gras, les fromages avancés, la charcuterie, les moules, les fraises, certains poissons, le gibier, surtout faisandé, etc. Le vin sera remplacé par de l'eau et même par de l'*eau de goudron*.

Il convient de reconnaître que, malgré les soins les plus rigoureux, certains furonculeux restent rebelles à tout traitement, et que rien n'empêche chez eux le retour d'éruptions successives.

A. R.

## KYSTE HYDATIQUE DU SEIN

Par le docteur A.-F. Psaltoff, chirurgien en chef de l'hôpital grec "Stcharalambof" de Smyrne.

Les kystes hydatiques de la mamelle sont, comme on sait, une affection très rare. Bien des chirurgiens, et des plus expérimentés, n'en ont jamais rencontré dans leur longue carrière.

Velpeau et Billroth, en 1880, n'en avaient observé aucun cas. Delbet dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, n'a pu réunir que vingt-quatre observations (1).

En Irlande, où le kyste hydatique est commun, le siège dans la mamelle est rarement constaté. Nous-même, qui exerçons la chirurgie depuis douze ans, et qui avons opéré, en ville et à l'hôpital, un assez grand nombre de kystes hydatiques de différentes régions, nous n'en avons rencontré qu'un seul de la mamelle ; et parmi tous nos confrères, un seul, le docteur Dascalaki, nous a cité un cas semblable.

Voici comment celui que nous avons opéré s'est présenté.

Une femme de Cassaba, petite ville près de Smyrne, est venue, le 5 juin 1898, pour se faire traiter. Elle était mariée depuis seize ans, avait eu douze enfants, dont le premier avait quinze ans et le dernier trois ans et demi.

Elle avait toujours été bien portante et bien réglée. Elle nous dit qu'après son dernier accouchement, elle avait ressenti au sein droit, une petite tumeur pas plus grande qu'une amande, qui lui causait des douleurs. Cette tumeur avait progressivement augmenté de volume et la faisait souffrir.

A la palpation du sein, nous trouvâmes une tumeur un peu au-dessous du mamelon, de consistance dure et de la grosseur d'une noix. Cette tumeur était mobile, pas fluctuante et légèrement sensible à la pression, sans être adhérente à la peau. Rien du côté de l'aisselle.

Tout faisait croire à une tumeur solide, de nature bénigne, mais avant de nous prononcer catégoriquement sur la nature de cette tumeur, nous pratiquons une ponction exploratrice qui, à notre grand étonnement, donne issue au liquide eau de roche, caractéristique des hydatidées.

(1) Duplay et Reclus. T. VI, p. 221.

Le lendemain, en présence de nos confrères, MM. Brunetti et Argyropoulo, nous procédons à l'ablation de toute la tumeur, en taillant dans le tissu sain, au ras de la capsule conjonctive, qui contenait un kyste hydatique avec trois vésicules.

La malade, guérie, retourna quelques jours après dans son pays. Cette observation, intéressante par la rareté du cas, nous fournit également un détail étiologique curieux.

En interrogeant la malade sur l'origine de sa maladie, elle raconta qu'il y a quinze ans, après son premier accouchement, le bout de son sein avait été affecté de gerçures très douloureuses, et afin de les calmer et pour évacuer le lait, elle avait pris deux caniches qui l'avaient tétée pendant plusieurs jours (1). Elle se rappelle aussi que, quelques mois après, elle avait remarqué, au sein droit, à l'endroit même où était la tumeur, une induration pas plus grande qu'un petit pois, mais comme cela ne lui faisait aucun mal, elle avait même oublié son existence.

Aussi fait-elle remonter à trois ans et demi seulement le commencement de sa maladie, c'est-à-dire depuis son dernier accouchement, époque à laquelle elle a constaté de nouveau cette petite tumeur, de la grosseur d'une amande, tumeur qui commença à croître et à lui causer de vives douleurs.

Nous ne prétendons pas tirer des conclusions, parce que nous savons que la transmission du parasite se fait, en général, ou directement du chien à la bouche de la personne, et par là aux intestins, et par la circulation vers les organes les plus éloignés, ou indirectement par les aliments et surtout les boissons.

Nous citons simplement la coïncidence du fait des *caniches*, dont cette femme s'était servie, pour calmer les douleurs de son sein droit, et le développement d'un kyste hydatique dans ce même endroit.

(1) Usage singulier répandu dans le pays.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement des douleurs consécutives à l'extraction des dents.

Le *Bulletin médical* fait remarquer que l'extraction des dents est parfois suivie de douleurs vives, plus ou moins persistantes et rebelles. Pour les calmer, on a proposé un assez grand nombre de moyens.

L'inhalation, pendant trois ou quatre secondes, des vapeurs de II gouttes de nitrite d'amyle, suivie d'un repos absolu pendant cinq minutes, produit une accalmie parfois durable.

La résine phéniquée de Fletcher (résine, acide phénique et chloroforme) rend des services, d'autant plus qu'elle constitue un excellent styptique. On peut dissoudre la résine jusqu'à saturation dans 15 grammes de chloroforme et y ajouter ensuite X gouttes d'acide phénique.

Le plus souvent, on introduit dans l'alvéole une boulette de coton préalablement imbibée de mixtures diverses : chloroforme et teinture de pyrèthre ou chloroforme et teinture d'aconit, en parties égales.

Les dentistes américains emploient souvent le mélange suivant :

Chloroforme . . . . } 
Alcool . . . . . . . . } *ãã* 30 grammes.
Teinture d'aconit . . }
Morphine. . . . . . . . 40 centigrammes.

T. B. Welch, pour imbiber le tampon de coton à introduire dans l'alvéole, recommande le mélange suivant :

| | | |
|---|---|---|
| Alcool pur | 30 | grammes. |
| Chloroforme | 60 | — |
| Éther sulfurique | 22 | — |
| Gomme camphrée | 15 | — |
| Teinture d'opium | 4 | — |
| Essence de girofle | 2 | — |

Souvent là douleur est calmée par des applications chaudes sur la joue ou par des badigeonnages de la gencive au-dessus des points douloureux, avec un tampon de papier buvard imbibé du mélange :

| | | |
|---|---|---|
| Menthol cristallisé | 35 | centigrammes. |
| Teinture d'aconit | xx | gouttes. |
| Chloroforme | 7 | grammes. |

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 octobre 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### RAPPORT

**Prix Chevillon.** — M. PERIER fait un rapport sur des travaux adressés pour ce prix et relatifs au traitement médical du cancer.

Dans un premier travail, il s'agit de l'emploi du chlorate de soude.

Dans un autre travail présenté par M. Guinard, il s'agit de l'emploi du carbure de calcium au traitement local de l'épithélioma de l'utérus.

M. RECLUS, à propos de ce rapport, fait observer que c'est lui qui a le premier, en 1887, employé le chlorate de soude au traitement du cancer. Il avait essayé le chlorate de potasse et c'est sur le conseil de M. Hayem, qu'il lui avait substitué le chlorate de soude. Il avait obtenu une guérison complète dans un cas de cancer atrophique du sein. Trente ou quarante malades ont été ainsi traitées par les injections sous-cutanées, à hautes doses, de chlorate de soude. Mais tous ces cas ne se sont pas terminés aussi heureusement que le premier dont il vient de parler. Ce ne fut que plus tard que M. Brissaud eut l'idée d'essayer le chlorate de soude dans le cancer de l'estomac.

Le premier cas dont vient de parler M. Reclus avait paru tellement concluant qu'il semblait qu'on fût en possession d'un véritable traitement spécifique du cancer. Malheureusement les cas suivants n'ont pas réalisé ces espérances, si bien que M. Reclus a complètement abandonné le chlorate de soude comme moyen de traitement du cancer.

### COMMUNICATION

**Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de gélatine.** — M. LANCEREAUX, en son nom et au nom de M. Paulesco, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1073.)

### DISCUSSION

M. HUCHARD, après la première communication de M. Lancereaux, en juin 1897, avait été frappé des résultats obtenus et s'était bien promis, le cas échéant, de recourir à ce mode de traitement. Peu de temps après, il l'appliquait sur un malade atteint depuis plusieurs années d'un anévrysme considérable de la crosse de l'aorte. Ce malade, qui avait été traité en province, avait déjà été très amélioré par l'iodure de potassium. Cependant, M. Huchard n'hésita pas à le soumettre au traitement par les injections sous-cutanées de gélatine. Après une vingtaine d'injections pratiquées dans l'espace d'un mois et demi, on constatait un durcissement et une diminution considérable de la poche anévrysmale. Quelque temps après, cette poche avait même complètement disparu.

M. Huchard a de nouveau employé le même traitement sur un autre malade sans succès. Mais il en a retiré de très bons effets dans une tout autre application; il a eu recours à ces mêmes injections dans un cas d'hémoptysies incoercibles dues à un anévrysme de l'artère pulmonaire chez un tuberculeux. Il a obtenu aussitôt la disparition de ces hémoptysies. Il y a donc là une nouvelle et intéressante application de la méthode de M. Lancereaux. A côté de la médication iodurée qu'il ne faut pas oublier ni négliger, cette méthode de traitement des anévrysmes par les injections gélatineuses constitue un agent thérapeutique d'une réelle importance.

M. MARC SÉE désirerait connaître le mode d'action de ces injections gélatineuses. L'explication fournie par M. Lancereaux est certainement très plausible, mais il serait intéressant de la confirmer par des expériences sur les animaux et l'on serait peut-être ainsi amené à l'indication de cette méthode pour nombre de cas où on recherche la coagulation du sang.

M. LANCEREAUX rappelle les expériences qu'il a faites sur des lapins. Il fait sur un lapin une injection gélatineuse, prend le sang de ce lapin et le compare au sang d'un autre lapin qui n'a pas été injecté. Or, le sang du premier lapin se coagule bien plus rapidement que celui du second.

M. HUCHARD rappelle les expériences qui ont été faites par M. Carnot et qui sont relatées dans sa thèse. Il ajoute qu'il faut bien savoir que ces injections peuvent n'être pas sans dangers. On parle même d'un cas dans lequel elles auraient déterminé une embolie mortelle.

M. LANCEREAUX ne s'est pas dissimulé ces dangers et il a apporté la plus grande prudence dans les premiers essais. Mais il n'a jamais eu cependant aucun accident à déplorer.

M. FOURNIER signale la très grande fréquence des anévrysmes de l'aorte chez les syphilitiques. Il rapporte l'histoire du collègue qui vint le consulter pour un énorme anévrysme de l'aorte qui fut même dessiné par Peter au crayon dermographique ; le collègue était syphilitique ; il ne se dissimulait pas l'extrême gravité de la situation. M. Fournier lui prescrivit un traitement intensif par l'iodure de potassium. Or contre toute attente, après six semaines ce malade était complètement guéri. Cette énorme matité aortique qu'on avait limitée si nettement au crayon dermographique n'était autre qu'une nappe, qu'une galette gommeuse entourant l'aorte. Cette galette gommeuse intrathoracique se trouvait placée au-devant de l'aorte. Ce n'était donc pas l'anévrysme de l'aorte, mais bien cette gomme que M. Fournier avait guérie avec l'iodure de potassium. Il y a là une cause d'erreur possible qu'il est bon de faire connaître.

### LECTURE

**Des signes précoces de la tuberculose.** — M. FERNET lit un travail sur ce sujet.

Aux signes bien connus que donnent les classiques comme indices de début de la tuberculose pulmonaire, il croit pouvoir ajouter certaines remarques nouvelles.

Il insiste d'abord sur l'importance de l'élévation de la tonalité à la percussion du côté malade, et il fait remarquer que ce signe se rencontre surtout quand on percute la partie la plus externe de la région sous-claviculaire ou de la région sous-épineuse.

M. Grancher considère l'inspiration rude et grave localisée à un sommet et persistante comme le meilleur signe précoce de la tuberculose à la période de germination à un sommet. Au même rang que ce signe, M. Fernet range ceux fournis par la plessimétrie, qui le dépassent parfois en netteté et en

évidence; l'auscultation plessimétrique du sommet malade fait entendre un bruit sec et rude, au lieu du bruit moelleux et prolongé habituel.

Il ne faut pas non plus négliger la recherche de la pleurésie sèche localisée du sommet, et surtout de l'adénopathie trachéo-bronchique, bien plus fréquente qu'on ne croit. C'est le compagnon habituel du début de la tuberculose pulmonaire.

Enfin il faut rechercher, comme le recommande M. Grancher, l'existence des phénomènes d'engorgement de la base du poumon du côté malade. M. Fernet avait rattaché cet engorgement à l'existence d'altérations du nerf pneumogastrique par le fait de l'adénopathie trachéo-bronchique du côté malade. Il a renoncé à cette explication, mais il croit néanmoins qu'il existe un rapport entre cet engorgement et l'adénopathie. C'est à une gêne de la circulation lymphatique qu'est dû cet engorgement. S'il n'existe qu'à la base, c'est à cause de l'influence de la pesanteur.

Ces trois phénomènes : induration du sommet, adénopathie trachéo-bronchique, engorgement du sommet, forment une triade symptomatique tout à fait caractéristique du début de la tuberculose pulmonaire.

La séance est levée.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 17 AU 22 OCTOBRE 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 17 OCTOBRE 1898**, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Blum, Lejars et Legueu; — (2e série) : MM. Humbert, Walther et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Duprez; — M. Sébileau, suppléant.

**MARDI 18 OCTOBRE**, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Richelot et Thiéry; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Marfan et Thiroloix; — (2e série) : MM. Debove, Hallopeau et Achard; — M. Thoinot, suppléant.

**VENDREDI 21 OCTOBRE**, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Delbet et Broca; — (2e série) : MM. Potain, Lancereaux et Gilles de La Tourette; — (2e partie) : MM. Hayem, Joffroy et Widal; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Méry, suppléant.

**SAMEDI 22 OCTOBRE**, à une heure. — 5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Cornil, Roger et Vaquez; — (2e série) : MM. Chantemesse, Hallopeau et Ménétrier; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Quénu, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté, en date des 16 et 24 septembre 1898, MM. les docteurs Cersoy, médecin du collège de Langres, et Mounier (de la Ferté-Saint-Aubin), ont été nommés officiers d'Académie.

— Par arrêté en date du 30 septembre 1898, M. le docteur Dupont (de Saint-Loup) a été nommé officier d'Académie.

— Par arrêté en date du 4 octobre 1898, M. Bertrand, médecin en chef de la marine à Toulon, a été nommé officier de l'Instruction publique.

— Par arrêté en date 4 octobre 1898, MM. les docteurs Foucaud, médecin-major de la défense mobile d'Algérie, à Alger, et Melgrani, conseiller général à Ajaccio, ont été nommés officiers d'Académie.

— M. le médecin principal Ortal est nommé médecin de division à l'escadre du Nord, sur la demande de M. le contre-amiral Touchard.

— Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Piolet, Brisson, Violet, Grange, Pinatel, Coynard, Casella, Mayet, Joly, Agnyel, Carrier et Vareg.

— Le lundi 5 décembre 1898, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, no 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine, vacantes dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Évrard et Villejuif, et l'Infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police) au 1er janvier 1899.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, du lundi 7 au samedi 19 novembre 1898 inclusivement.

— Un concours pour la nomination de deux internes intérimaires en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 8 décembre 1898. Les épreuves commenceront à trois heures, à l'Hospice général, salle des séances. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. Ed. Moinet, secrétaire directeur des hospices civils, à Rouen.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés pour l'année scolaire 1898-1899 :

M. Retterer, agrégé libre, chef des travaux d'histologie, en remplacement de M. Rémy, dont les fonctions sont expirées;

M. Jolly, chef des travaux cliniques à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Apert;

M. Hallion, chef-adjoint de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Savoix;

M. Cazin, chef de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Hallion, appelé à d'autres fonctions;

M. Bensaude, chef des travaux d'anatomie pathologique de la clinique médicale de Saint-Antoine, en remplacement de M. Thiercelin;

M. Paquy, chef du service des accouchements à la clinique Baudelocque, en remplacement de M. Vallich;

M. Druault, chef-adjoint de la clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Terrien.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouchacourt, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Lyon; et Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale et doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

— Les élèves et amis de M. le docteur Peyrot, en l'honneur de sa double nomination de membre de l'Académie de médecine et d'officier de la Légion d'honneur, se réuniront en un banquet chez Marguery, le samedi 22 octobre, à sept heures et demie. — Le prix de la cotisation est de 20 francs. — Les adhésions sont reçues par MM. Tissier et Chaillous, internes à l'hôpital Lariboisière; Guinard, 20, rue Godot-de-Mauroy, et Weil-Mantou, 28, rue de Châteaudun.

— *Le programme du Congrès français de chirurgie.* — MERCREDI 19 OCTOBRE, à neuf heures : séance supplémentaire.

*Cou, poitrine, colonne vertébrale.* — M. Calot (de Berck) : Sur le traitement des adénites cervicales. — M. Delorme (de Paris) : Chirurgie du péricarde. — M. Forgue (de Montpellier) : Contribution à l'étude de la technique de l'œsophagotomie thoracique. — M. Legueu (de Paris) : Sur l'autoplastie par transplantation du sein. — MM. Redard et Lavaux (de Paris) : De l'importance de la radiographie pour le diagnostic et le traitement des déviations de la colonne vertébrale. — M. Larger (de Maisons-Laffitte) : Spina bifida opéré et guéri par le procédé simple. Présentation

du malade. — M. Frœlich (de Nancy) : Le mal de Pott chez le nourrisson.

*Questions générales.* — M. Berger (de Paris) : Sur les précautions à prendre pour l'exécution aseptique des opérations. — M. Tuffier (de Paris) : Résultats des ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables. — M. Ceci (de Pise) : De l'anesthésie locale combinée à la clinique de Pise, pendant une période de treize ans. — M. A. Reverdin (de Genève) : Précautions à prendre pendant l'anesthésie. — M. Suarez de Mendoza (de Madrid) : Oxychloroformisation. — M. Louis Dor (de Lyon) : Anatomie pathologique comparée de la botryomycose humaine et équine. — M. Thiéry (de Paris) : Efficacité et innocuité du pansement picrique dans le traitement des brûlures et de diverses autres affections. — M. Larger (de Maisons-Laffitte) : Traitement des brûlures par le chlorate de potasse. — M. Reynès (de Montpellier) : Veritable signification de l'hypo-azoturie.

Mercredi 19 octobre, à deux heures.

*Estomac.* — M. Roux (de Lausanne) : Deux années de chirurgie gastro-intestinale. — M. Gallet (de Bruxelles) : Un procédé rapide de gastro-entérostomie avec jéjunostomie. Trois observations. — M. Masse (de Bordeaux) : Cholécystogastrostomie. — M. Tuffier (de Paris) : Statistique personnelle de 62 cas de chirurgie de l'estomac. — M. Doyen (de Paris) : Chirurgie de l'estomac et de l'intestin. — M. Hartmann (de Paris) : Technique de la suture dans la gastro-entérostomie. — M. Montprofit (d'Angers) : La gastro-entérostomie par les sutures. — M. Chénieux (de Limoges) : Pylorectomie pour cancer. Indications, contre-indications et manuel opératoire. — M. Guinard (de Paris) : Ulcères perforants de l'estomac. — M. Villard (de Lyon) : Gastroduodénostomie souspylorique.

*Intestin.* — M. Le Dentu (de Paris) : Des anus contre nature vaginaux. — M. Quénu (de Paris) : Extirpation abdomino-périnéale du rectum. — M. Bouilly (de Paris) : Appendicite ou annexite. — M. Walther (de Paris) : Sur une forme d'appendicite chronique. — M. Tédenat (de Montpellier) : Sur le traitement de la tuberculose du cæcum et des perforations simples de l'origine du côlon par la résection iléo-colique.

*Foie et rate.* — M. Duret (de Lille) : Sur les tumeurs opérables de la vésicule biliaire. — M. Chénieux (de Limoges) : Sur la cholédocotomie. — M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) : Quelques observations de kystes du foie. Réflexions. — M. Delagenière (du Mans) : Chirurgie des voies biliaires. Nécessité du drainage par les voies biliaires accessoires dans les opérations pratiquées, aussi bien sur les voies biliaires principales que sur les voies biliaires accessoires. — M. Hartmann (de Paris) : Splénectomie dans les plaies de la rate par armes à feu. — M. Demoulin (de Paris) : Les fistules d'origine appendiculaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17.





MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES-TUBERCULOSE

# CAPSULES COGNET

TOUTES PHARMACIES EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ PARIS 43, R SAINTONGE

---

**ARGENTAMINE "SCHERING"** (Solution d'Ethylène diamine d'argent, correspondant à une solution de nitrate d'argent au dixième) de **beaucoup supérieure aux solutions de nitrate d'argent** jusqu'ici couramment employées.

**CHLORALAMIDE** — Hypnotique entièrement exempt de danger.

**CHLORHYDRATE D'EUCAÏNE "SCHERING"**
**Nouveau succédané de la Cocaïne**, beaucoup moins cher que cette dernière.
Le Chlorhydrate d'Eucaïne a été l'objet de nombreux essais physiologiques et thérapeutiques : il est absolument inoffensif à doses physiologiques et provoque une anesthésie rapide et complète. — se servir de solutions aqueuses au dixième.

**LÉVULOSE "SCHERING"** **Succédané du Sucre de canne; aliment précieux pour les diabétiques.**

VENTE EN GROS : **MAX frères, 31, Rue des Petites-Écuries, PARIS**
*Dépôt chez tous les Droguistes. — Se trouvent dans toutes les Pharmacies.*

---

EXIGER LES MARQUES FRANÇAISES

**SALICYLATE DE MÉTHYLE « PUR »**
**CARBONATE DE GAIACOL « PUR »**
**CARBONATE DE CRÉOSOTE « PUR »**

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
LYON, 8, quai de Retz. PARIS, 14, rue des Pyramides.

---

# LACTOPHÉNINE

**ANTIPYRÉTIQUE — ANTINÉVRALGIQUE**
**Effet thérapeutique spécial dans la Fièvre typhoïde**

La **Lactophénine** est un dérivé de la *Paraphénétidine* et ressemble par sa composition chimique à la *Phénacétine* avec cette différence que le radical *Acétique* est remplacé par le radical *Lactique*.

*« La **LACTOPHÉNINE** est exempte des effets secondaires nuisibles « des autres antipyrétiques (phénacétine, antipyrine, antifébrine, etc.), et a « l'avantage d'agir très vite et d'être bien tolérée par les malades qui « ne peuvent supporter les autres médicaments. La dose moyenne est de « 1g50 par jour en 2 fois. Dose maxima : 3 grammes. »*

Rapport de M. le Dr LANDOWSKY à la Société de médecine. Expériences faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. le Profr Proust.
*Exiger le cachet* MIDY. — La LACTOPHÉNINE *est vendue chez tous les Droguistes, en boîtes de 25 gr. seulement.*

---

# EUQUININE

Même action thérapeutique que la Quinine dans les Fièvres, l'Influenza, Malaria, la Fièvre typhoïde, la Coqueluche, les Névralgies, etc., et comme tonique.

**L'EUQUININE** n'a pas de goût amer, ne fatigue pas l'estomac et présente une action beaucoup moins accentuée sur le système nerveux que la Quinine.

# VALIDOL

## Analeptique et Antihystérique

Présente des effets curatifs remarquables dans l'Hystérie, la Neurasthénie, les Affections stomacales : dans ce dernier genre de maladies, il s'adresse surtout à l'anorexie et aux nausées (y compris celles provoquées par le mal de mer.)

VENTE EN GROS : **MAX FRÈRES, 31, Rue des Petites-Ecuries.**
*Dépôts chez tous les Droguistes. — Se trouvent dans toutes les Pharmacies.*

---

HÉMORRHAGIES — **DRAGÉES CARBONEL** — LYMPHATISME
*AU PERCHLORURE DE FER PUR*
ANÉMIE — Dosées à 0.05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°. Le Flacon : 4 francs. — CHLOROSE

---

# ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE
## NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

*Nota.* — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

# TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

---

## SANTAL SAVARESSE

*en capsules anglaises de* MEMBRANE ORGANIQUE

Ces capsules se dissolvent dans les intestins sans nausées ni troubles digestifs.

EVANS LESCHER ET WEBB, LONDRES.

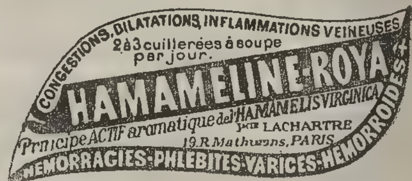
Paris : BÉRAL, phien, r. de la Paix; MARCHAND, r. Grenier-St-Lazare; CONOR, r. Barbette, et phies.

---




(Formule du Codex N° 603)
**ALOÈS & GOMME-GUTTE**
*Le plus commode des*
PURGATIFS
*très imités et contrefaits.*
L'étiquette ci-jointe imprimée en 4 COULEURS sur des BOITES BLEUES est la Marque des véritables.
Dépôt, Phie LEROY, 2, r. Daunou.
ET TOUTES LES PHARMACIES

---




---

# HÉMORRHAGIES

# SIROP DE PENEAU

**au SUC d'ORTIE**

*« Le Suc d'Ortie est le remède le plus « certain contre l'Hémoptysie et toutes « les Hémorrhagies.*
« Dr CHOMEL »

DOSES : 5 à 6 cuillerées par jour, d'heure en heure, suffisent contre les accidents hémorrhagiques.

La saveur de ce sirop est agréable et l'estomac ne peut souffrir de son emploi, même prolongé.

N° 118. — SAMEDI 15 OCTOBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 15 OCTOBRE 1898. — N° 118

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

### D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (IIe SESSION)

**Séance d'ouverture.**

Un temps splendide a favorisé cette séance d'ouverture. C'est M. le professeur Pinard qui a ouvert la séance, ayant à ses côtés M. le docteur Flaissières, maire de Marseille, MM. Broca et Pozzi (de Paris), et MM. les professeurs Livon, Queirel et d'Astros (de Marseille).

Dans une éloquente allocution, M. Flaissières espère que ce Congrès aura pour résultat d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur la création de notre Faculté, et, au nom de la population marseillaise, il souhaite la bienvenue à tous les congressistes.

M. le professeur Pinard s'associe de tout cœur au vœu de la population marseillaise. Aucune ville, dit-il, sauf Paris, ne possède de telles richesses hospitalières, c'est un appoint considérable : les installations, les bibliothèques se créent et s'achètent, le grand livre de la nature ne s'achète pas. Puis, dans un discours, plein d'une chaude et vive éloquence, avec cette voix qui sait persuader, il montre comment sont étroitement unies ces trois sciences médicales : l'obstétrique, la pædiatrie et la gynécologie; toutes les trois poursuivent le même but : à travers la préservation de l'individu, elles cherchent la continuation de l'espèce. Il faut donc veiller jalousement sur la santé de la femme, de la mère et de l'enfant. C'est surtout par l'enfant qu'on pourra obtenir l'amélioration de l'espèce : il faut s'occuper de lui après sa naissance, avant sa naissance, avant sa procréation même. On sait actuellement ce qui est nécessaire à l'enfant pour grandir et se développer, des progrès considérables ont été faits dans ce sens. Mais avant sa naissance, durant son développement fœtal, peut-on veiller sur le petit être? Une science nouvelle a pris jour, la puériculture, qui mérite toute la sollicitude des pouvoirs publics. C'est en assurant aux femmes enceintes pauvres une gestation tranquille, à l'abri des nécessités brutales de la vie, c'est en créant des ouvroirs, comme ceux qui existent à Paris, qu'on évitera désormais les naissances prématurées, pour ne constater que l'arrivée à terme d'enfants sains et robustes.

Le médecin doit s'occuper de l'enfant avant sa procréation. Cet énoncé prêtera au sourire et soulèvera des plaisanteries faciles. Rien n'est plus sérieux, ni plus grave. Que fait-on pour éviter l'hérédo-syphilis, ne soumet-on pas les parents atteints à un traitement préventif? Ce n'est pas suffisant : il est nécessaire de démontrer aux producteurs l'importance de ce traitement, il faut leur montrer que la reproduction est un crime s'ils ne veulent se soumettre à une thérapeutique rigoureuse. Ce n'est pas tout, il est un fléau aussi terrible qui se lève et qui s'avance menaçant : l'alcoolisme avec ses tristes conséquences, les folies, les dégénérescences de toutes sortes. A-t-on montré tout cela lorsqu'on a prêché contre l'alcoolisme? Il est du devoir de tout médecin de devenir un défenseur de la race.

L'acte de la procréation est d'une telle importance qu'il ne devrait jamais être dû au hasard. Tout honnête homme devrait s'y préparer. Si chacun se pénétrait de ces idées primordiales pour une nation, nous verrions bientôt se lever toute une masse de citoyens sains et vigoureux, de Français cherchant tous la liberté et le progrès.

M. Pozzi, sénateur, président de la section de gynécologie, dans un discours très serré, démontre la nécessité des chaires de gynécologie. Partout à l'étranger existe cet enseignement, seuls en France nous semblons nous obstiner à ne pas combler cette grande lacune. Il est nécessaire que chaque branche de la science soit enseignée par des hommes spécialisés depuis longtemps. Si un mouvement se produisait dans ce sens, dans les Universités, les pouvoirs publics n'hésiteraient pas à doter les Facultés de médecine de ces chaires nouvelles. « Puissent la médecine infantile et la vénérable obstétrique, servir de marraines à la gynécologie et à la chirurgie infantile, qui s'agitent encore vainement dans le sein maternel... au cours d'une trop longue gestation ! »

M. Hoffa (de Würtzbourg), rappelant que la France est le berceau de l'orthopédie, montre dans une étude savante les progrès accomplis par cette partie de la médecine depuis ces dernières années. L'orthopédie n'est plus un métier mécanique, c'est aujourd'hui une véritable science basée sur l'appoint important des données physiologiques et anatomiques. C'est grâce à une étiologie mieux connue et plus savante que les progrès actuels ont pu voir le jour. La gué-

rison des difformités congénitales et acquises n'est plus un vain mot.

MM. Solovieff (de Moscou) et Jonnesco (de Bucarest) ont été touchés de l'accueil qui leur a été fait. Avec leurs remerciements ils disent tout leur attachement pour notre pays, au milieu des applaudissements de l'auditoire.

M. d'Astros (de Marseille) lit un remarquable rapport sur les toxines et les antitoxines diphtériques. (Voir plus loin, p. 1087.)

Après un spirituel discours de M. Livon, directeur de l'École de médecine de Marseille, M. le président Pinard lève la séance.

## REVUE GÉNÉRALE

### De l'ablation totale des voies génitales chez l'homme dans la tuberculose étendue de ces organes.

Par le docteur BAUDET,
Ancien interne médaille d'or de chirurgie,
et L. KENDIRDJY,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Dans les cas de tuberculose des voies génitales étendue au canal déférent et aux vésicules séminales, il faut, si l'on veut faire l'ablation radicale des foyers malades, joindre, aux opérations pratiquées ordinairement sur le testicule et l'épididyme, l'extirpation de ces mêmes vésicules et de l'extrémité terminale du conduit déférentiel.

C'est là ce que fit Uhlmann en 1889. Il enleva dans une première séance les lésions funiculo-scrotales et, quelques jours après, les lésions périnéales.

Une telle intervention, cependant, ne supprime pas tout le mal. On laisse dans le ventre toute la portion pelvienne du canal déférent ouverte à ses deux extrémités; ne vaut-il pas mieux tout enlever, soit par crainte de suppuration immédiate, soit par crainte de fistulisation secondaire ou de récidive tuberculeuse sur place?

Villeneuve, Schede et Roux l'ont pensé. Et dans les cas de tuberculose étendue, ils ont fait l'ablation totale des voies génitales. C'est ce que nous avons fait nous-mêmes récemment.

Dans les observations que nous avons rassemblées, il s'agissait toujours de lésions très accentuées, non pas seulement du testicule ou de l'épididyme, mais surtout des vésicules séminales. Cinq fois elles étaient grosses et caséeuses [Uhlmann, Roux, Guelliot (deux), personnelle]. Trois fois elles étaient abcédées [Schede, Roux (Obs. II), Routier]. Enfin, dans trois cas, les lésions vésiculo-déférentielles étaient bilatérales.

Par contre, les symptômes fonctionnels étaient à peu près nuls. C'est une exception si le malade de M. Routier présentait de l'occlusion intestinale par compression rectale; dans aucun autre cas, il n'y avait urgence d'opérer. N'est-ce point assez, cependant, qu'un malade porte des lésions tuberculeuses pour qu'on les enlève, et la situation périnéale du mal est-elle une contre-indication?

C'est là un point que nous nous réservons de discuter plus tard. Pour le moment, nous désirons seulement exposer les méthodes opératoires que ces interventions ont fait naître.

II

**Méthodes opératoires.** — Que cette ablation totale des voies génitales soit bilatérale (Weir), ou unilatérale, il semble au premier abord que, pour tout enlever, l'on doive opérer en deux temps successifs. Dans un premier, on enlève les lésions épididymo-testiculaires par la voie inguino-scrotale; dans un autre, on enlève les vésicules séminales et l'extrémité terminale du canal déférent, par la voie périnéale ou sacrée.

VOIE INGUINO-SCROTALE. — Par la voie inguino-scrotale on fait, suivant les cas, une castration typique, ou bien une simple épididymectomie; et plus économiquement encore, on peut se contenter d'un simple grattage, très minutieux il est vrai, de tous les foyers tuberculeux, suivant la manière recommandée par notre maître, M. Quénu (1), et comme le préconisait également M. Humbert, au Congrès de chirurgie (2).

Mais quoi que l'on fasse à l'épididyme, si l'on se décide à une ablation totale des voies génitales, il sera nécessaire d'enlever le canal déférent en entier. Pour cela, on ouvrira le trajet inguinal, comme dans la cure radicale des hernies, et l'on isolera le conduit déférentiel, que l'on sectionnera le plus haut possible. Puis l'on refermera la paroi, et comme cette paroi est solide, qu'il ne s'agit pas de plans distendus ou éraillés, nous recommandons d'adosser les tranches de section de l'aponévrose du grand oblique et des deux muscles petit oblique et transverse, et de les unir par une suture à un seul étage. C'est la technique journalière de notre maître, M. Broca, dans la cure radicale de la hernie. Nous renvoyons pour plus de détails à ses travaux.

Tel est l'un des temps de l'extirpation totale des voies génitales. C'est l'un des mieux connus; nous n'insistons pas.

Cependant, une question très importante se pose: Peut-on enlever, par cette seule voie inguino-scrotale, l'épididyme, les vésicules et tout le canal déférent? Peut-on opérer en un seul temps?

M. Villeneuve l'a fait et a pleinement réussi dans sa tentative. Voici, du reste, le résumé de sa communication:

VILLENEUVE. *Vésiculectomie* (extrait du Congrès de Marseille, septembre 1891). — « J'ai fait avec succès l'extirpation totale des voies génitales, en pénétrant par le trajet inguinal, après avoir ouvert la vaginale et pratiqué l'épididymectomie. On tire sur le canal déférent, comme sur le ligament rond, dans l'opération d'Alexander, et en décollant le tissu cellulaire, on arrive jusque sur la base de la prostate et de la vésicule. »

Weir a essayé aussi de faire l'ablation totale des voies génitales par le procédé de M. Villeneuve, mais il déchira le péritoine iliaque, et cassa le canal déférent. Il dut terminer son opération par le périnée.

La méthode de M. Villeneuve présente plusieurs inconvénients. Lorsqu'on dissèque le canal déférent, la dissection, très facile dans la région iliaque, devient penible quand on arrive sur la paroi pelvienne. Les doigts sont mal à l'aise et le conduit spermatique est plus adhérent. En outre, même en introduisant la main dans le bassin, jusque sous le bas-

(1) Voir thèse de Chevrotte, Paris 1896.
(2) Notre maître, M. Duplay, préconise également ce genre d'intervention.

fond vésical, on ne peut attirer les vésicules séminales assez haut, pour les sectionner à ciel ouvert. Il faut se contenter alors de les arracher, de les déchirer. Mais quant à faire une section nette, portant à l'endroit voulu, et qui ne blesse aucun organe, il n'y faut pas songer.

Ce sont là des difficultés que nous avons pu constater sur le cadavre, auxquelles, du reste, Weir et Fuller se sont heurtés.

Enfin, par l'ouverture inguinale, le drainage de la cavité pelvienne, placée en contre-bas, serait illusoire. C'est là un reproche mérité que Guelliot adresse à l'opération de Villeneuve. L'inconvénient n'est pas cependant de premier ordre, et si c'était le seul, il ne discréditerait pas cette opération (1).

Mieux vaut donc opérer en deux temps; et après avoir enlevé par l'abdomen tout ce qui se laisse facilement dégager, terminer l'opération par la voie sacrée, parasacrée ou périnéale.

Laquelle de ces trois méthodes convient le mieux? C'est ce que nous allons examiner.

Méthode sacrée. — L'extirpation des vésicules séminales par la voie sacrée n'a guère tenté que Schede et Routier.

Dans le cas de M. Routier, il s'agissait de vésicules tuberculeuses qui enserraient le rectum et déterminaient de l'occlusion intestinale. Les lésions étaient, en somme, mal précisées. C'était plutôt la périvésiculite diffuse qui était la cause du mal que la tuberculose vésiculaire. On ne saurait, dans de pareils cas, exceptionnels du reste, désigner sur le papier la méthode opératoire qu'il faut toujours suivre. Celle qui a été suivie, dans ce cas particulier, etait sans aucun doute bonne : le succès l'a justifiée.

Dans deux cas très nets de tuberculose des vésicules séminales, Schede a employé une première fois la voie sacrée; une deuxième fois la voie parasacrée.

Voici le résumé de ses deux observations :

Schede. Société médicale de Hambourg, 9 janvier 1898 (résumé). — L'auteur présente des vésicules séminales qu'il a enlevées par la voie sacrée. On avait fait la castration qui n'avait pu enlever tout le mal.

Après résection du coccyx, Schede repousse le rectum sur le côté et arrive jusque derrière la prostate. Les vésicules sont entourées d'un abcès à parois fongueuses, on les enlève. Le malade est guéri au bout de deux mois.

Schede. Obs. II : Ablation par la voie parasacrée. — Dans un deuxième cas de tuberculose de l'épididyme et du cordon consécutive à un traumatisme, Schede put enlever tous les tissus malades en pénétrant dans le bassin, à l'aide de l'incision parasacrée de Rydigier.

La méthode de Kraske a le tort d'exiger un délabrement assez étendu : la résection sacro-coccygienne, l'ouverture du canal médullaire, la destruction de quelques-uns des nerfs sacrés. Elle a le tort de faire précéder une opération déjà grave, d'une opération grave également.

En outre, la brèche faite au sacrum ne conduit pas directement sur les vésicules séminales, il faut récliner le rectum à droite ou à gauche. Cela est possible normalement. Mais si le tissu cellulaire et le péritoine prérectaux sont enflammés, le rectum se laissera mal mobiliser. Les vésicules resteront masquées, et l'on risquera, en opérant ainsi du bout des doigts, de déchirer les vésicules au lieu de les extirper réellement, de blesser en outre les organes avoisinants, c'est-à-dire de faire une opération incomplète, qui peut être suivie de complications sérieuses.

Méthode parasacrée. — La méthode parasacrée évite les inconvénients d'une résection sacro-coccygienne; mais elle sacrifie encore beaucoup d'organes. Enfin, désavantage capital, elle donne moins de jour que l'opération de Kraske. Elle est donc inférieure à cette dernière.

Méthode périnéale. — La méthode périnéale offre un champ opératoire plus spacieux et surtout moins profond, que dans les autres méthodes. Au fond de la plaie, la main manœuvre toujours plus à l'aise sous le contrôle des yeux. La majorité des opérateurs a suivi cette voie. Mais leurs procédés d'extirpation ont varié.

Ce sont ces procédés que nous voulons exposer d'abord, discuter ensuite; mais voyons d'abord les observations.

Uhlmann. Extirpation des vésicules séminales atteintes de tuberculose, *Centralbl. f. Chir.*, 1890, p. 137, n° 8 (résumé). — Jeune homme de dix-sept ans, porteur d'une tuberculose épididymaire droite ayant augmenté de volume depuis quelque temps. La vésicule séminale droite avait un volume double. Rien à gauche, rien aux poumons.

Le 17 juin, on fit la castration du côté droit; on remarqua que le cordon était infiltré de tubercules, et comme les jours suivants il grossissait, ainsi que la vésicule, on résolut de les enlever le 27 juillet.

M. Uhlmann fit, entre l'anus et le scrotum, une incision demi-circulaire convexe en arrière, l'aide ayant un doigt placé dans le rectum. On incisa la cloison périnéale, les fibres du releveur qui vont s'insérer au pubis, et l'on mit à nu la prostate. On introduisit une sonde dans la vessie pour faire saillir la paroi postérieure et atteindre plus facilement les vésicules et les canaux déférents.

La vésicule droite était volumineuse et caséeuse, surtout en haut; le canal déférent était également infiltré. La vésicule gauche était indurée et un peu grosse. Toutes ces parties furent enlevées avec un soin méticuleux. On laissa le canal déférent gauche.

Dans l'angle supérieur droit de la prostate, on trouva un petit abcès gros comme un pois, qui fut enlevé.

La plaie fut fermée par une suture en étages et drainée. Hémorragie abondante le soir de l'opération ; il fallut rouvrir la plaie et tamponner.

Le malade conserva une petite fistule urinaire.

Roux. Obs. I : Excision de la vésicule séminale et du canal déférent en totalité (résumé). Congrès de chirurgie, 1891, 3 avril. — « C..., quarante-quatre ans, ayant une tuberculose du testicule gauche, remontant dans le canal inguinal jusque dans la vésicule. Je fis d'abord la castration; je séparai le canal déférent des vaisseaux du cordon, que je liai. J'isolai le canal et le coupai en travers. Cette première plaie fut suturée et séance tenante je pratiquai la taille périnéale par une incision de 10 centimètres, à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane. J'arrivai sur le releveur et je le sectionnai, puis j'abordai la prostate. L'index gauche introduit dans le rectum put alors accrocher la vésicule séminale et l'amener dans la plaie périnéale. Elle fut excisée au niveau de son col, et l'ouverture suturée par une série de points de catgut, suivant le procédé que j'emploie pour l'appendice vermiculaire. La portion restante du canal dé-

(1) Ces reproches visent le procédé et non l'opérateur, qui sut mener à bonne fin une opération difficile, comme on le voit, et que d'autres chirurgiens n'ont pu réussir.

férent fut aussi saisie, attirée en dehors tout entière et complètement extraite.

La réunion se fit par première intention. Le malade est resté indemne depuis plus d'un an. »

Roux. Obs. II : *Idem.* — Le second opéré était un paysan de cinquante ans, avec un testicule gros comme un œuf d'oie, dont l'épididyme, le déférent et la vésicule étaient atteints.

Taille périnéale. La vésicule, doublée de volume, était bosselée. Des abcès en chapelet s'étaient développés autour d'elle et du canal déférent. L'un d'eux même creva. Il fallut en extirper les parois, non sans quelque peine.

Le 6 février, injection de 3 milligrammes de tuberculine; apparition le lendemain d'accidents méningitiques. L'amélioration fut très lente.

Robert Weir. Castration double et extirpation totale des vésicules séminales et des canaux déférents pour tuberculose (résumé). *Medical Record*, 1894, n° 46, p. 163. — Weir, s'inspirant des procédés de Villeneuve et de Roux, fit cette opération sur un homme de vingt-huit ans, dont l'examen des urines montrait des bacilles de Koch. L'incision de la peau allait au delà du canal inguinal. Le fascia aponévrotique du grand oblique fut incisé, le cordon séparé des vaisseaux. En refoulant le péritoine du côté droit de la vessie, Weir déchire cette membrane, et ferme la déchirure par quelques sutures. Les deux testicules ainsi séparés, mais encore attachés aux cordons, sont laissés en place. Le malade est alors mis dans la position de la taille, et on pratique l'opération de Roux. On fait une incision circulaire pré-anale, permettant de séparer la prostate de la paroi vésicale. Après l'incision du fascia dense, on résèque les deux vésicules séminales et une portion de la prostate.

Les deux cordons et les canaux déférents sont ensuite retirés par devant et enlevés avec les testicules.

Le fascia du grand oblique fut suturé par-dessus un drain; la plaie périnéale fut bourrée de gaze iodoformée.

Le malade quitta l'hôpital au bout de deux mois.

Guelliot. Obs. I (résumé) : In *Presse médicale*, 20 avril 1898. — Maçon, vingt ans. En 1894, épididymite gauche qui a laissé un noyau dans la queue. Actuellement invasion brusque de l'épididyme droit et formation d'un abcès scrotal qui est ouvert. Épididyme volumineux et dur; le testicule lui-même est gonflé, le lobe droit de la prostate un peu gros, la vésicule correspondante est dure et augmentée de volume.

« Le testicule est enlevé avec toute la portion scrotale et inguinale du déférent, puis je fais une large incision prérectale prolongée à droite jusqu'en arrière de l'anus. Après incision du releveur et déchirure avec les doigts des tissus profonds, je fais basculer la vésicule que j'isole; je lie le pédicule au ras de la prostate et je résèque la vésicule. Drain à droite de la prostate, gaze iodoformée, deux sutures.

La plaie périnéale se ferme assez vite, plus vite que la plaie scrotale qui suppure en un point où la peau était amincie. »

En mars 1896 la guérison se maintenait, neuf mois après l'intervention.

Guelliot. Obs. II : *Idem.* — Charretier, trente-quatre ans. A droite épididyme volumineux et bosselé, testicule augmenté de volume mais régulier; vésicule volumineuse, faisant saillie dans le rectum. A gauche, noyaux multiples dans l'épididyme.

« Le 4 novembre, je pratique en une seule séance les opérations suivantes : 1° castration à droite; 2° épididymectomie et curetage des foyers à gauche; 3° spermatocystectomie droite, par la même incision que dans l'observation précédente, mais ablation de la vésicule par morcellement; 4° prothèse testiculaire. Le tout a duré une heure trois quarts; on a laissé deux pinces à demeure qui sont enlevées le lendemain. »

Il persiste une petite fistule périnéale.

Deux mois après le malade mourait de tuberculose pulmonaire aiguë.

Hôpital Ricord. — Service du docteur Humbert. Tuberculose du testicule, de l'épididyme, du canal déférent et de la vésicule séminale du côté droit. Ablation totale. Guérison. Par les docteurs Baudet et E. Kendirdjy. — N... (Julien), dix-sept ans, papetier.

Antécédents héréditaires : père et mère morts de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : rougeole à cinq ans; attaque de rhumatisme à treize ans. Pas de blennorragie ni de syphilis.

Le 15 juin 1898, il entre à l'hôpital Ricord, une première fois, dans le service de M. Queyrat, salle 8, lit n° 13. Le testicule droit avait grossi depuis trois semaines; le scrotum était rouge et chaud, la pression de la glande douloureuse. Il n'y avait pas de douleur spontanée. On constate à l'examen que le testicule est volumineux mais non bosselé.

La tête de l'épididyme est grosse, irrégulière, dure, douloureuse. La tuméfaction s'étend jusque vers la queue, en s'effilant.

Au niveau du cordon, le canal déférent est augmenté de volume.

Léger épanchement dans la vaginale. Les organes du côté gauche sont sains.

Le toucher rectal permet de sentir une prostate un peu bosselée, et une vésicule droite grosse comme une petite noix, mais un peu allongée. Elle est dure, bosselée, bien délimitable des parties voisines. Elle est séparée par un sillon de la partie terminale du canal déférent qui est gros et moniliforme, sur une étendue assez considérable, aussi haut que le doigt peut l'atteindre. La pression dans tous les points est peu douloureuse.

Il n'existe pas de trace d'écoulement uréthral, et le malade déclare, du reste, qu'il n'a jamais eu le moindre suintement.

L'examen des viscères reste négatif. La température est un peu élevée (38°4 le soir). Les phénomènes restant stationnaires, les douleurs étant à peu près nulles, le malade quitte l'hôpital le 6 juillet.

Le 18 juillet, il revient à l'hôpital Ricord et entre dans le service du docteur Humbert, salle 4, lit n° 20.

Le scrotum rouge et tendu adhère à la partie antérieure du testicule. La queue de l'épididyme, indemne autrefois, est grosse et bosselée. Il existe là un abcès qui menace de s'ouvrir.

Au toucher rectal, la vésicule droite et l'extrémité terminale du canal déférent sont plus grosses qu'auparavant. Le sillon qui les séparait a disparu.

Pas de douleur très vive en aucun point; pas d'écoulement uréthral; pas de troubles fonctionnels.

Le malade est pâle mais ne présente pas de lésion pulmonaire ou ganglionnaire appréciable.

Opération le 23 juillet 1898. Anesthésie chloroformique; durée de l'opération une heure et demie.

Malade placé dans le décubitus dorsal. On trace une incision semi-elliptique, contournant l'anus à droite; elle dépasse la ligne médiane en avant.

On incise tout le tissu cellulaire et l'on fend la graisse ischio-rectale à droite. On tombe sur les faisceaux moyens du releveur que l'on sectionne. Du côté gauche, on repère les mêmes faisceaux, en disséquant un peu des tissus qui

le recouvrent, et on les saisit entre les doigts, le pouce gauche placé dans la boutonnière musculaire droite, les doigts protégeant le bulbe, l'aide tire sur le rectum. On sectionne alors tous les tissus prérectaux jusqu'à ce qu'on arrive sur les faisceaux antérieurs.

Cela fait, on effondre, avec le doigt dirigé en haut et en avant, le tissu cellulaire de l'espace prérectal compris entre les deux releveurs, et on fait successivement apparaître la prostate, les deux vésicules et le cul-de-sac péritonéal. La vésicule droite est volumineuse et indurée.

On sectionne alors le faisceau antérieur du releveur droit, son aponévrose supérieure et les vaisseaux hémorroïdaux moyens (lame sagittale recto-prostatique), puis on pratique l'hémostase des vaisseaux qui ont échappé à la forcipressure préventive.

Nous passons alors le doigt dans la courbe du canal déférent, et remontant assez haut sur la paroi pelvienne, nous le ramenons vers nous. Nous plaçons sur lui une forte soie, et nous le sectionnons au-dessous. Puis, saisissant son bout central dans la main, nous fixons ainsi la vésicule et l'aponévrose; nous fendons la gaine vésiculaire sur sa face postérieure et, introduisant le doigt, nous décollons la vésicule de sa capsule.

Nous sectionnons l'espace interdéférentiel le long du canal déférent droit, pénétrons dans la prostate, et coupons le canal et le col de la vésicule dans l'intérieur de la glande. Il existe là un petit foyer caséeux que nous évacuons.

Nous pratiquons un léger tamponnement et fermons la section prostatique par un surjet à la soie fine.

Nous recherchons le bord externe du releveur droit et de son aponévrose et nous les suturons par cinq fils de soie à leurs insertions rectales. Nous fermons la plaie périnéale par des sutures superficielles et profondes à la soie. Un petit drain est placé en avant du rectum.

Ce premier temps de l'opération terminé, nous pratiquons séance tenante la castration du testicule droit. Nous ouvrons le canal inguinal, et allons à la recherche du canal déférent que nous isolons rapidement et ramenons à nous avec le fil placé sur son extrémité sectionnée.

Nous plaçons une ligature en chaîne sur le cordon et enlevons tout l'organe génital avec un morceau de la peau scrotale, à cause de l'abcès qui faisait saillie à ce niveau. Nous refermons la plaie inguinale par un seul plan de sutures qui prend à la fois l'aponévrose du grand oblique et les deux muscles petit oblique et transverse. Puis, nous fermons la peau de l'aine et des bourses.

*Suites opératoires.* — Malgré l'extrait thébaïque le malade a une première selle le 25, puis tous les jours suivants il fait dans son pansement. Aussi le 26, la plaie qui était en parfait état, se désunit un peu au niveau du creux ischio-rectal. Le 16 août la réunion est achevée.

Le lendemain de son opération le malade a laissé couler du sperme par l'urèthre; cet accident ne s'est pas reproduit. Pendant quatre jours, on a été obligé de le sonder.

16 août. Le malade a engraissé, les deux plaies sont réunies : le toucher rectal ne montre rien de particulier et ne provoque aucune douleur.

*Examen des pièces.* — Le testicule est gros, anémié, mais sain à la coupe. L'épididyme est farci de foyers caséeux; il présente un abcès au niveau de la queue. Le canal déférent a une longueur totale de 31 centimètres, dont 23 pour la portion testiculaire et 8 pour la portion vésiculaire. Il est renflé en deux points. A son extrémité terminale il est gros comme le pouce et farci de points caséeux et de granulations jaunes. La vésicule présente le même volume; elle est également remplie de foyers caséeux.

III

Des trois procédés opératoires, celui de Roux paraît le plus expéditif. Il permet à l'opérateur d'esquiver le temps toujours délicat de la séparation recto-uréthrale. Mais le jour qu'il donne est moins grand. Les vésicules restent cachées au fond de la plaie, et pour les faire apparaître, il faut introduire le doigt dans l'anus, au cours de l'opération, et les accrocher à travers les parois rectales.

M. Guelliot incise dans un premier temps le raphé ano-uréthral, après avoir placé pour plus de sécurité un cathéter dans la vessie; puis il sectionne le releveur dans sa totalité.

Dans le procédé que nous avons employé nous arrivons au même résultat mais en exécutant une manœuvre inverse. Nous croyons que cette façon d'opérer donne plus de sécurité et plus de régularité à la périnéotomie.

Nous avons appliqué en somme à l'extirpation des vésicules les principes et les procédés opératoires que M. Quénu recommande pour l'extirpation du rectum cancéreux (1).

Rappelons en quelques mots notre opération.

Après avoir circonscrit l'anus par une incision demi-courbe, à peu près semblable à celle de M. Guelliot, nous ouvrons franchement la fosse ischio-rectale, jusqu'aux fibres inférieures du releveur que l'on repère.

Nous incisons ensuite non pas tout le releveur, mais sa portion moyenne seulement. Nous épargnons les fibres coccygiennes, et ses fibres antérieures surtout, celles qui s'attachent au-devant du rectum. Ces dernières très épaisses se dessinent sous forme de deux cordes arrondies quand on tire l'intestin en arrière. On les saisit des deux côtés entre les doigts, et l'on coupe tout le raphé ano-uréthral jusqu'à ce que l'on arrive sur ces faisceaux antérieurs, c'est-à-dire sur ses propres doigts. A ce moment, tout le premier plan du périnée, dans sa portion prérectale, est sectionné, et sectionné en toute sécurité sans aucun risque de toucher l'urèthre ou le rectum.

On effondre ensuite tout le tissu cellulaire placé entre les faisceaux antérieurs du releveur, c'est-à-dire tout l'espace décollable prérectal. On crée ainsi une loge spacieuse, au fond de laquelle on voit la prostate et l'aponévrose prostato-péritonéale avec les deux vésicules et les deux canaux déférents; le cul-de-sac péritonéal ferme le fond de cette excavation.

Déjà apparaissent les vésicules; mais elles sont encore profondes et inaccessibles. Les deux lames sagittales (2) recto-prostatiques les enserrent latéralement. On sectionne la lame du côté malade, plus près de la prostate que du rectum, et par cette simple manœuvre, le rectum s'abaisse vers le coccyx et se laisse refouler du côté opposé. Il découvre ainsi un espace large et peu profond, où l'on peut opérer à l'aise sur les vésicules et les canaux déférents.

Ce procédé de M. Quénu, que nous avons appliqué à peu près intégralement à la chirurgie des vésicules séminales, nous paraît avoir sur les deux précédents quelques avantages. Il a l'avantage sur le procédé de Roux, de mieux découvrir le champ même où l'on doit opérer, c'est-à-dire la région vésiculo-déférentielle; on évite, enfin, défaut capital

(1) Voir, dans la *Rev. de gynécol. et de chir. abdom.* du mois d'octobre 1898, l'article : « Extirpation du rectum par la voie périnéale, » par MM. Quénu et R. Baudet.

(2) Voir *Rev. de gynécol.*, loc. cit.

de toute opération aseptique, d'introduire les doigts dans le rectum.

Mieux que dans le procédé de Guelliot, il permet de couper en toute sécurité les attaches uréthrales du rectum, et cela sans mettre un cathéter dans la vessie. En outre, la section plus méthodique peut-être des lames sagittales recto-prostatiques permet de les retrouver plus facilement à la fin de l'opération, de les rapprocher et de les suturer et de faire en somme une restauration périnéale très achevée.

Nous ne voulons pas pousser trop loin ce parallèle entre ces trois procédés. Ils ont, quoi qu'on dise, leurs mérites respectifs, celui surtout d'avoir mené à bonne fin l'opération et d'avoir été couronnés de succès.

## IV

Après avoir discuté les méthodes générales qui permettent de découvrir les vésicules, exposons maintenant les temps opératoires de leur ablation.

Ablation des vésicules séminales et des canaux déférents. — On ne peut donner de ce temps opératoire une règle qui convienne à tous les cas. Si l'on tombe, sur un abcès en chapelet, comme dans la deuxième observation de Roux, et que la poche crève, on ne devra pas songer à une extirpation totale. Le curetage minutieux de la paroi tuberculeuse et des débris de la vésicule sera le seul procédé auquel l'on pourra recourir. Mais lorsque les vésicules seront caséeuses et indurées, on pourra les enlever avec méthode.

*Manœuvres préparatoires.* — Section du canal déférent. Lorsque, par un des procédés de la taille périnéale, on arrive sur la région des vésicules séminales, comment doit-on aborder ces vésicules pour pouvoir les enlever ?

Nous avons vu que Roux les accrochait par le rectum, et les refoulait vers la plaie périnéale. Cela rappelle cette ancienne manœuvre de la taille qui consistait à introduire la main dans l'anus et à faire saillir la pierre vésicale vers le périnée.

Guelliot, avec une pince tire-balles ou à griffes, saisit la prostate près de son bord antérieur et l'abaisse. Il fait ainsi descendre de quelques centimètres tout le plan du bas-fond vésical.

Willems a remarqué que, lorsqu'on injecte sur le cadavre une certaine quantité de liquide dans la vessie, les vésicules s'abaissent. Il recommande cette manœuvre sur le vivant.

Pour nous, nous avons accroché avec le doigt l'anse que forme le canal déférent autour de la vésicule, et après l'avoir décollé aussi haut que possible, et sectionné, nous tirons sur lui pour abaisser l'aponévrose prostato-péritonéale, et surtout pour la fixer. Il ne faut pas du reste exercer de fortes tractions, car les vésicules ne cèdent aux efforts que lorsqu'on a ouvert leurs gaines.

*Décollement des vésicules.* — Pour libérer les vésicules, il faut, comme l'indique Guelliot, « déchirer avec la sonde cannelée ou avec les ciseaux l'aponévrose sur la face postérieure de la prostate, puis avec les doigts on continue la dénudation et l'on sépare facilement, quoi qu'on en ait dit, la prostate et les vésicules séminales de la face antérieure du rectum. »

Ce temps est important. Bien engainées dans le dédoublement de l'aponévrose, les vésicules ne se laissent pas isoler du rectum et des parois pelviennes. Il faudrait, pour pouvoir les enlever, sectionner la lame prostato-péritonéale sur les bords de la vésicule. Mais alors, on risquerait d'ouvrir les vaisseaux si nombreux de la région. Cela exigerait beaucoup de temps et pas mal de difficultés.

Mieux vaut donc procéder par énucléation comme l'indique Guelliot, et comme nous avons fait.

La vésicule tient encore à la prostate par son col. Avant de l'en séparer, nous incisons l'aponévrose de Denonvilliers le long du bord interne du canal déférent, dans le triangle interdéférentiel. Ce conduit étant ainsi séparé de son congénère, nous saisissons à pleines mains canal déférent et vésicule, qui ne tiennent plus qu'à la prostate, et avec les ciseaux courbes nous les tranchons, non pas en dehors du tissu prostatique, mais *dans la glande elle-même*. C'est dire que nous faisons pour cela une petite *excision cunéiforme de la prostate.*

C'est ce que Schede avait fait avant nous ; et comme lui, nous avons pu enlever un petit foyer caséeux qui se trouvait à l'embouchure des canaux spermatiques.

Cette façon de procéder supprime tout moignon vésiculaire ou déférentiel. Il nous suffit pour fermer ce qu'il peut rester de lumière canaliculaire, de rapprocher les deux lèvres de l'excision prostatique et de les suturer au catgut. Nous nous évitons ainsi la peine de placer, comme Roux, trois plans de suture sur le col de la vésicule.

Reconstitution du périnée. — On termine l'opération par la reconstitution des plans périnéaux. On suturera la portion externe du releveur sectionné à sa portion interne, c'est-à-dire qu'on le réunira à ses attaches rectales.

Pour que l'étoffe soit plus solide, on prendra dans la même suture son aponévrose supérieure. De cette façon toute la loge prostatique sera fermée, et le rectum retrouvera ses moyens de fixité.

C'est à ce moment que la section nette et méthodique du releveur et des lames sagittales trouvera son importance. Point de tissus perdus par la déchirure des doigts : point de fibres dilacérées qui achèvent de se briser quand on veut les mettre au contact, mais des plans nettement distincts et faciles à rapprocher, tels sont les avantages que donne ce temps opératoire antérieur quand il est exécuté méthodiquement.

On termine en fermant le creux ischio-rectal par des sutures superficielles et profondes.

Faut-il drainer? Cela dépendra du chirurgien et des lésions. On peut, si l'on craint la sepsie de la plaie, laisser, en avant du rectum, la place d'un drain ; la plaie périnéale se ferme assez rapidement.

## V

Nous avons donné les indications qui conviennent à l'ablation d'une vésicule. Si l'on voulait enlever les deux vésicules, il faudrait sectionner les deux releveurs : le champ opératoire serait très grand, et l'opération plus facile encore. Nous n'insistons pas.

Vaut-il mieux commencer l'ablation totale des voies génitales par l'abdomen et terminer par le périnée, méthodes de Roux et Guelliot, ou inversement, terminer l'opération par l'abdomen, procédé personnel?

Cela n'a peut-être pas grande importance. Mais, mieux

vaut commencer par l'opération la plus longue, celle qui exige une asepsie plus surveillée. C'est pour cela que nous avons fait de la périnéotomie le premier temps de notre intervention.

Du reste, deux faits nous ont frappés. C'est que, si, par la voie inguinale, on peut décoller le canal déférent aussi loin que l'on veut, il est difficile de le lier au delà du bord supérieur du bassin, et mieux vaut le lier, pour fermer sa lumière et prévenir une infection possible.

On laissera donc dans le ventre un long segment qu'on aura toutes les peines du monde à enlever par le périnée. Si l'on sectionne au contraire le canal par le périnée après ligature du bout périphérique, il sera facile dès lors d'enlever tout ce premier segment par l'abdomen. C'est ce que l'expérience cadavérique et opératoire démontre.

En outre, en sectionnant en premier lieu le conduit déférentiel par l'abdomen, on peut couper l'artère qui l'accompagne. Il sera à peu près impossible de la lier, pénible même de mettre une pince sur elle. Par la périnéotomie préalable au contraire, on peut lier cette artère à son origine, si on la coupe (1).

Pour toutes ces raisons, nous préférons commencer l'opération par le périnée.

---

## FONCTION ANTITOXIQUE

### ORIGINE DE L'ANTITOXINE DIPHTÉRIQUE (2)

Par le docteur Léon d'Astros (de Marseille).

La production d'antitoxine diphtérique, que l'on cherche expérimentalement chez les chevaux à pousser au taux le plus élevé, peut se faire spontanément. Roux et Martin avaient déjà constaté le fait, confirmé depuis par Zagari et Calabresi et notamment par Ferré (de Bordeaux). Je l'ai constaté également par la méthode de dosage des mélanges, qui permet de reconnaître de minimes quantités d'antitoxine, j'ai été amené à conclure qu'il était assez général, bien que la production d'antitoxine atteigne exceptionnellement chez les chevaux normaux un degré élevé. Elle apparaît dans ces cas comme fonction d'une immunisation spontanée de l'animal. Du moins les injections de toxine accroissent considérablement cette fonction.

Mais le mode de formation de l'antitoxine diphtérique dans l'organisme reste encore inconnu. On admit tout d'abord que l'antitoxine se formait aux dépens de la toxine injectée. Roux combattit cette hypothèse en montrant que, même sans injection de nouvelle toxine, l'antitoxine se reforme au fur et à mesure qu'on la puise; que d'autre part il n'y a pas proportionnalité entre la quantité de toxine injectée et celle de l'antitoxine produite. D'après lui, l'antitoxine provient très vraisemblablement des cellules de l'organisme : la toxine agirait comme un excitant sur les cellules qui sécréteraient l'antitoxine.

Pour certains auteurs, toutes les cellules de l'organisme contribuent à la formation des antitoxines, dont une partie diffuse constamment dans le plasma sanguin (Roger). Par contre beaucoup de savants, et Roux tout d'abord, ont localisé l'élaboration des antitoxines dans les tissus et les cellules les plus sensibles aux toxines, chaque système impressionné par le poison répondant en faisant un contre-poison. Depuis, dans ses recherches avec Borrel sur le tétanos cérébral, Roux paraît près de se ranger dans cette troisième hypothèse, défendue par Metchnikoff, qu'aux leucocytes revient la fonction de produire les antitoxines. Metchnikoff, en effet, dans ses recherches sur le tétanos et l'antitoxine tétanique, a reconnu que le pouvoir antitoxique est localisé dans le sang; les autres organes (sauf les glandes génitales) présentant un pouvoir antitoxique bien plus faible que le sang; par contre, une exsudation péritonéale artificiellement produite et renfermant 118 000 leucocytes avait un pouvoir antitoxique deux fois plus fort que le sang.

En ce qui concerne l'antitoxine diphtérique, Dzcygowsky a étudié récemment la localisation de l'antitoxine dans le sang et les organes de chevaux immunisés contre la diphtérie. Il est arrivé à cette conclusion que les globules rouges ne contiennent que des traces d'antitoxine et que les globules blancs n'en contiennent pas plus que le plasma correspondant. Il a reconnu également que les organes sont proportionnellement beaucoup moins chargés en antitoxine que le sang, et par ordre décroissant, les reins, les ovaires, les glandes surrénales et lymphatiques, le foie, la rate, les muscles, les centres nerveux et la moelle des os.

Nos expériences confirment très généralement ces résultats. En mettant à profit ce fait que la coagulation est notablement retardée, pour le sang du cheval notamment, par la réfrigération, on peut obtenir la séparation du sang en trois couches : l'une inférieure de globules rouges, la moyenne de 2 millimètres d'épaisseur de globules blancs, la supérieure de plasma. Dans une expérience, la couche supérieure (plasma seul) nous donnait plus de 50 unités antitoxiques, moins de 100; la couche inférieure (globules rouges) plus de 10 unités, très sensiblement moins de 50. Les résultats obtenus pour les globules blancs ont été les suivants : dans une première expérience, nous trouvions comme teneur du plasma en antitoxine, plus de 50 unités, moins de 80; comme teneur de la couche des globules blancs : moins de 50 unités. Dans une seconde expérience : le plasma pur avait un pouvoir antitoxique de 30 unités; la couche des globules blancs (plus de 400 000 globules blancs par millimètre cube) avait un pouvoir antitoxique de 20 unités seulement.

Pour la recherche de l'antitoxine dans les organes, nous faisons des triturations et des macérations de poids déterminé des organes et nous recherchions la quantité d'antitoxine contenue dans un même poids (1 gramme) de différents organes, comparée à celle contenue dans 1 centimètre cube de sérum recueilli le même jour. Nos expériences ont porté sur deux chevaux dont le sérum possédait un pouvoir antitoxique très différent, l'un de 200 unités, l'autre de 30 unités. La quantité d'antitoxine retirée des organes est infime comparée à celle contenue dans le sérum. Chez le premier cheval, les organes (foie, rate, reins, ganglions lymphatiques, ovaires, muscles) contenaient de 1 à 5 unités par gramme; le cerveau contenait moins de 1 unité. Chez le second cheval nous trouvions : pour les ganglions et les capsules surrénales, moins de 1 unité; pour la rate, entre 1

---

(1) Cette ablation totale des voies génitales ne comporte pas de décès. Le malade de Roux présenta, quatorze jours après son opération, des accidents méningitiques qui survinrent le lendemain d'une injection de 3 milligrammes de tuberculine; il guérit. Le malade d'Uhlmann eut une hémorragie post-opératoire que l'on arrêta par tamponnement et une fistule urinaire qui persista longtemps.

Ce sont là les seuls accidents signalés jusqu'ici.

(2) Communication au Congrès de Marseille.

et 3; pour le foie et le rein, entre 3 et 5; pour le nerf sciatique, près de 5.

Mais dans les organes vasculaires, il est très probable que la quantité d'antitoxine constatée provient du sang qui y est contenu. En effet, les deux reins étant retirés chez le même cheval, l'un fut avant toute expérience débarrassé de son sang par un courant d'eau pénétrant sous pression par l'artère rénale. Or, tandis que le rein non lavé donnait 3 à 5 unités antitoxiques par gramme d'organe, le rein débarrassé de sang ne possédait pas même par gramme 1 unité de pouvoir antitoxique.

La conclusion à laquelle conduisent les expériences de Dzcygowsky et les nôtres, c'est que l'antitoxine diphtérique *paraît* se former non pas *dans* les tissus et les cellules, y compris les leucocytes, mais dans le plasma. Il convient cependant de ne pas aller jusqu'à une formule qui dépasserait la portée des expériences. L'antitoxine s'accumule dans le plasma seulement, voilà ce qui me paraît établi. Si les éléments cellulaires contribuent à sa production, il faut du moins admettre qu'ils l'éliminent immédiatement dans le plasma au fur et à mesure qu'ils la sécrètent.

## THÉRAPEUTIQUE

### Atonie intestinale.

| | |
|---|---|
| Benzoate de soude . . . . . . . . | 5 grammes. |
| Poudre de rhubarbe. . . . . . . | 5 — |
| Poudre de noix vomique. . . . | 25 milligr. |

M. S. A. pour un cachet. — 2 à 3 par jour. (Huchard.)

(*Progrès méd.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 octobre 1898. — Présidence de M. BERGER.

### DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA NÉVRALGIE FACIALE

M. POTHERAT fait connaître le résultat de ses recherches anatomiques et de son expérience clinique, sur les diverses opérations pratiquées dans le but de guérir la névralgie faciale, résection du rebord alvéolaire, résection du maxillaire supérieur, du ganglion de Meckel, du ganglion de Gasser. Suivant lui, on doit toujours, après échec des traitements médicaux, recourir d'abord à l'opération la moins grave, à la résection du rebord alvéolaire, puis, si elle échoue, à des opérations plus importantes et, enfin, en dernier lieu, à l'extirpation du ganglion de Gasser.

Relativement à cette dernière opération, M. Potherat déclare qu'elle est plus difficile sur le cadavre que sur le vivant. En prenant certaines précautions qu'il indique, on arrive, dit-il, assez facilement sur le ganglion de Gasser sans être trop gêné ni par l'hémorragie, ni par l'abondance du liquide céphalo-rachidien.

M. SCHWARTZ accepte les conclusions du travail de M. Guinard et partage son opinion, ainsi que celles de M. Potherat, sur la nécessité de recourir d'abord aux interventions les plus bénignes et de ne pratiquer les opérations plus sérieuses qu'en cas d'échec des premières. M. Schwartz a obtenu des rémissions de deux ans après la résection du rebord alvéolaire ou la résection du nerf sous-orbitaire. Il rapporte l'observation d'un homme de soixante-deux ans qu'il opéra, en décembre 1897, d'une tumeur de la parotide qui s'accompagnait d'une violente névralgie faciale. Ayant dû couper le canal de Sténon au cours de cette opération, il fit une néostomie de ce canal, qu'il aboucha dans la cavité buccale, et présenta, pour ce fait, le malade à la Société de chirurgie. Mais après cette opération, la névralgie faciale, loin de diminuer, augmenta et, trois mois après, ce malade revint trouver M. Schwartz pour le prier de tenter une nouvelle intervention. Le summum des douleurs semblant résider dans le maxillaire supérieur, M. Schwartz pratiqua une large résection de ce nerf. La névralgie ne céda pas et, comme le malade déclarait ne pouvoir supporter ses souffrances et suppliait le chirurgien de le débarrasser, M. Schwartz se décida à tenter la résection du ganglion de Gasser. Il avait plusieurs fois répété l'opération sur le cadavre avec l'aide et les bons conseils de M. Poirier et, au mois de juin dernier, il pratiqua cette opération sur son malade. Il s'attendait à rencontrer plus de difficultés; il arriva facilement à tailler son lambeau temporal, à sectionner successivement le maxillaire inférieur, puis le maxillaire supérieur, et arriva assez aisement sur le trou oval. Là, il eut affaire à une hémorragie sérieuse qu'il eut quelque peine à arrêter par le tamponnement, puis il fut ensuite inondé par le liquide céphalo-rachidien. Enfin il finit par arriver sur le ganglion de Gasser, qui se déchira et qu'il ne put enlever que par fragments. Il plaça un drain et réunit très facilement les parties molles par la suture. Le malade, pendant vingt-quatre heures, ne souffrit plus. Il y eut, dans son état, une modification franche et nette. On eut pendant quelques jours l'illusion de la guérison. Mais malgré les soins préalables auxquels on avait eu recours, lavages de l'œil à l'eau boriquée, emploi de l'atropine, il se fit une petite ulcération de la cornée. Vers le dixième jour, les accidents névralgiques reparurent et le malade se mit à souffrir de nouveau comme par le passé. Quant à l'œil, les lésions cornéennes se sont amendées, mais la vue a baissé et a fini par se perdre complètement. Il y avait en même temps une certaine exophtalmie. Un oculiste consulté a émis l'opinion qu'il pourrait y avoir derrière l'œil un néoplasme de la région rétro-orbitaire, néoplasme qui pourrait être une récidive de la tumeur de la parotide enlevée quelques mois auparavant.

En somme, au point de vue thérapeutique résultat nul, et accidents graves du côté de l'œil, telles ont été les conséquences de cette intervention dans ce cas, il est vrai, très complexe.

Quant à l'opération en elle-même, elle n'est pas aussi difficile qu'on pourrait le croire d'après les descriptions. Elle est encore plus facile sur le vivant que sur le cadavre, et, d'après les faits connus jusqu'ici, elle peut être utile dans certains cas et être employée, comme *ultima ratio* dans certains cas particulièrement rebelles de névralgie faciale.

M. RECLUS a pratiqué chez une vieille dame édentée, la résection du rebord alvéolaire ou opération de Jarre, pour une atroce névralgie. Après anesthésie par la cocaïne, à l'aide de la pince coupante il réséqua une grande partie du rebord alvéolaire. La guérison fut obtenue aussitôt. Quatre mois après, il y avait une récidive, une seconde opération fut faite sans succès.

Dans un second cas présentant le même tableau clinique, M. Reclus fut assez heureux pour obtenir une guérison complète par l'opération de Jarre. Il n'y eut pas, cette fois, de récidive. Toutefois, M. Reclus a perdu de vue la malade, Mais cette opération est d'une telle bénignité et d'une telle facilité qu'il y a lieu de commencer toujours par elle avant de recourir à des interventions plus graves.

M. REYNIER a pratiqué la résection du rebord alvéolaire en 1890 et, en 1896, la malade était restée encore guérie. Mais il s'agit dans ces cas d'une névralgie particulière, la névralgie des édentés, qui n'est pas la même que la névralgie des jeunes.

M. RECLUS fait observer que ce n'est pas une question d'âge et ces malades sont édentés parce qu'ils sont névralgiques et non pas névralgiques parce qu'ils sont édentés.

### RAPPORTS

**Observations chirurgicales : Plaies pénétrantes de l'abdomen.** — M. CHAUVEL fait plusieurs rapports sur des observations adressées par des médecins militaires.

Il s'agit, dans un cas, d'une fracture comminutive de la rotule par coup de pied de cheval, arthrotomie, suture métallique. Ce qu'il y a de particulier, dans cette observation, c'est qu'il existait un fragment osseux intermédiaire libre qui fut enlevé, ce qui n'empêcha pas la réussite de la suture.

Une autre observation peut ainsi se résumer : Plaie de l'abdomen par coup de feu, plaie de l'estomac et du foie, suture de l'estomac, hémorragie par la plaie hépatique, très difficile à arrêter, tamponnement, longue durée de l'opération, guérison, injection de 20 litres de sérum en six jours.

M. Dubujadour, l'auteur de cette observation, en conclut qu'il ne faut pas s'attarder toujours à rechercher le vaisseau lésé, qu'il faut se hâter de tamponner et de refermer le ventre. M. le rapporteur n'admet pas cette conclusion et estime qu'il faut toujours essayer de faire l'hémostase directe, beaucoup plus sûre.

Dans une autre observation, il s'agit encore d'une contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Bien qu'il n'y eût pas de signes positifs, M. Dubujadour fait la laparotomie, trouve une péritonite et trois perforations de l'intestin, à 4 centimètres l'une de l'autre, et dont l'une, celle du milieu, paraissait produite par éclatement, suivant le mécanisme indiqué par M. Moty.

M. HARTMANN dit que, dans les premières heures, il n'y a pas de signes. Le seul signe important que l'on peut saisir dès le début et qui suffit pour déterminer M. Hartmann à intervenir, c'est la contracture des muscles de la paroi abdominale.

M. ROUTIER rappelle avoir dit depuis longtemps que, toutes les fois qu'il y avait une lésion quelconque des organes de l'abdomen, le ventre se défendait.

M. MICHAUX reconnaît également que c'est, de tous les signes, le plus important. Mais en faire une indication formelle d'ouvrir le ventre, c'est peut-être aller un peu loin. Il y a un grand nombre de faits dans lesquels l'abstention, malgré la présence même de tous les signes, a été suivie de guérison.

M. RECLUS relate l'observation d'un homme qui reçoit un coup de pied de cheval dans le ventre, arrive à pied à l'hôpital, ne présente absolument aucun signe pendant plusieurs heures, ni le soir de l'accident, conserve le ventre souple. Le lendemain matin, la péritonite s'allume, le malade meurt en quelques heures; à l'autopsie on trouve trois perforations intestinales.

A côté de ce fait, il en est dans lesquels on se trouve en présence de tous les signes, et qui guérissent sans intervention. Toutefois, en présence de faits comme celui qu'il vient de rapporter, M. Reclus estime que la laparotomie exploratrice semble indiquée.

M. Reclus cite encore ce cas observé dans le service de M. Labbé : Un jeune homme arrive à l'hôpital après avoir reçu un coup de feu dans le ventre. Il n'a aucun signe. M. Labbé attend. Le lendemain, on prépare tout pour l'opération, mais M. Labbé constate une péritonite généralisée et ne veut plus opérer. Ce malade a guéri.

M. GUINARD croyait avoir insisté le premier sur l'importance de la contracture de la paroi abdominale, sur ce qu'il a appelé le ventre en bois. Mais il se trouve que MM. Routier, Michaux et bien d'autres l'avaient également constaté. Les malades qui guérissent après avoir présenté tous les signes de la péritonite, n'ont pas toujours eu une vraie péritonite. Ce sont bien souvent des épanchements sanguins qui donnent lieu à des pseudo-péritonites. M. Guinard est partisan de la laparotomie précoce. Il n'admet pas l'explication donnée par M. Moty pour certaines perforations intestinales.

M. SCHWARTZ estime que la contracture des muscles de l'abdomen est un symptôme inconstant, et qu'il ne suffit pas à lui seul pour indiquer une intervention.

M. QUÉNU a fait des expériences, le manomètre en mains, et il a pu voir que l'intestin peut supporter une pression de 70 à 75 centimètres de mercure sans éclater. Il se rallie donc à l'opinion de M. Guinard, pour repousser l'explication fournie par M. Moty, relativement à certaines perforations intestinales.

### PRÉSENTATIONS

**Péritonite tuberculeuse.** — M. SCHWARTZ présente une jeune femme qui était atteinte de péritonite tuberculeuse, avec ascite chyleuse non graisseuse. Cette malade a très bien guéri.

**Salpingite et appendicite.** — M. QUÉNU présente une pièce qui montre de nouveau les rapports de la salpingite et de l'appendicite.

Dans ce cas, l'infection s'est propagée directement de l'appendice dans la trompe. C'est une endo-salpingite d'origine appendiculaire.

La séance est levée.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Atlas-manuel de chirurgie opératoire** (1), par O. ZUCKERKANDL. Édition française, par A. MOUCHET, ancien interne, lauréat des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. Préface par le docteur QUÉNU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Les livres étrangers d'enseignement sont très intéressants à connaître; ils nous marquent les points considérés comme acquis chez les autres et dégagent, mieux que toute autre publication, l'état d'esprit du moment sur une question chirurgicale.

L' « Atlas-Manuel de chirurgie opératoire » de Zuckerkandl rentre dans cette catégorie; c'est un livre d'étudiants, c'est aussi un manuel que les médecins consulteront avec avantage : la simplicité de l'exposition, la clarté du plan, la multiplicité et la précision des figures, en rendent la lecture facile.

Le chirurgien de Vienne a divisé son traité en trois grands chapitres, où il étudie successivement les opérations des membres (ligatures, amputations, désarticulations, résections), les opérations sur la tête et le cou, et enfin les opérations sur le tronc (thorax, abdomen, bassin, voies urinaires, anus et rectum).

M. Mouchet ne s'est pas contenté de clairement traduire l'ouvrage de Zuckerkandl; il y a fait des additions de deux sortes, les unes sur des opérations que l'auteur n'avait pas cru devoir décrire, telles que la trépanation de l'apophyse mastoïde, les opérations sur le goitre exophtalmique, la désarticulation de la hanche par le procédé de Verneuil, les thoracoplasties, la chirurgie pulmonaire, etc., les autres sur les procédés opératoires les plus usités en France.

C'est un livre intéressant et instructif.

(1) 1 vol. in-16. Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

### CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Hospices de Nîmes.* — Un concours pour des places d'élèves internes à l'hôpital civil et militaire s'ouvrira le mercredi 9 novembre prochain.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, à Nîmes, 11, rue Ruffi.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — Sont nommées pour l'année scolaire 1898-1899 : Mlles Caubet, sage-femme de première classe, sage-femme en chef, en remplacement de Mlle Renalier, démissionnaire; Sabathé, sage-femme de première classe, sage-femme adjointe.

— M. le médecin de première classe Castellan, du 4e régiment d'infanterie de marine, à Toulon, est appelé à servir aux troupes à Madagascar, en remplacement de M. le médecin Viancin, rentré en France, et qui sera affecté au 4e régiment d'infanterie à Toulon.

— MM. les médecins de première classe Menier, du port de Lorient, résidant à l'hôpital de Cherbourg, et Gandelin, en service à terre à Cherbourg, sont autorisés à permuter.

— M. le médecin de deuxième classe Duranton, provenant des troupes détachées en Crète, est affecté au 4e régiment d'infanterie de marine, à Toulon, en remplacement de M. le docteur Micholet, destiné à la Crète.

— Par suite de l'établissement dans l'île de Groix, à titre définitif, d'un médecin civil, la prévôté médicale de cette localité sera supprimée à compter du 15 novembre 1898.

M. le médecin de deuxième classe Vincent, le titulaire actuel de cette prévôté, rentrera à son port d'attache et sera distrait de la liste d'embarquement des officiers du corps de santé de son grade pendant six mois à partir du 15 novembre prochain.

— M. Bron Félix, en son vivant domicilié à Granieu, a légué à l'association des médecins du Rhône (et à son défaut à la société nationale de médecine de Lyon) : 1° toute la portion disponible de sa fortune pour créer une maison de retraite en faveur des médecins vieux ou infirmes du Rhône et de l'Isère; 2° toutes les sommes disponibles dont il n'indique pas l'emploi ou qui deviendraient disponibles, pour la création d'un orphelinat où seront admis les enfants des médecins morts, infirmes ou nécessiteux du Rhône et de l'Isère. Ces libéralités étant grevées de l'usufruit de la veuve du testateur.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fraignaud (de Paris), Guillaumé (de Beaumont-Hague).

— *Le programme du Congrès français de chirurgie.* — Vendredi 21 octobre, à neuf heures : séance supplémentaire.

*Déplacements.* — M. Houzel (de Boulogne) : Gangrène herniaire. Entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire. — M. Poulet (de Lyon) : Nombreuses opérations de cure radicale de hernies sans ablation du sac, même chez les vieillards. — M. Guillemain (de Paris) : Hernie inguinale étranglée, gangrenée, chez une femme de soixante-quatre ans. Entérectomie. Guérison. — M. Villar (de Bordeaux) : Volumineuse hernie épigastrique chez un homme obèse. Cure radicale. Guérison. — M. Montprofit (d'Angers) : Cure radicale d'un anus contre nature ombilical par l'anastomose intestinale. — M. Delaunay (de Paris) : Sur un procédé opératoire de la hernie ombilicale. — M. Paul Delbet (de Paris) : Sur un procédé nouveau de cure radicale des fistules à l'anus. — M. Reynès (de Montpellier) : Entérocolite muco-membraneuse d'origine utérine.

*Organes génitaux de l'homme.* — M. Demons (de Bordeaux) : Conduite à tenir dans certaines hématuries rénales, dites essentielles, rebelles au traitement médical. — M. Albarran (de Paris) : Hématuries dites essentielles. — M. Phocas (de Lille) : Sur un cas d'exstrophie de la vessie dans le sexe féminin (nouveau procédé autoplastique). — M. Berthomier (de Moulins) : Difficultés du cathétérisme rétrograde dans certains cas de fracture unilatérale du bassin par choc direct. — M. Delorme (de Paris) : Sur un mode de traitement de certaines variétés de varicocèle. — — M. Pantaloni (de Marseille) : Nouvelle méthode de castration pour tumeurs malignes du testicule. — M. Lavaux (de Paris) : Uréthrite tuberculeuse suivie de généralisation de la tuberculose après une intervention chirurgicale.

*Affections des membres. Nerfs.* — M. Poirier (de Paris) : Lésions à distance des nerfs par les nouveaux projectiles. — M. Reboul (de Nîmes) : Sur les lésions des nerfs dans les fractures des membres.

*Os, lésions spontanées et traumatiques.* — M. Mauclaire (de Paris) : De l'amputation dans les ostéomyélites chroniques et compliquées de l'extrémité inférieure du fémur. — M. Vaslin (d'Angers) : Ostéomyélite diffuse des diaphyses fémorale et tibiale. — M. Ménard (de Berck) : Spina ventosa tuberculeux. — M. van Stockum (de Londres) : Sur le traitement de certaines fractures du cubitus.

Vendredi 21 octobre, à deux heures. — Assemblée générale : 1° Rapport du trésorier; 2° Nomination du vice-président pour le Congrès de 1899; 3° Nomination des secrétaires.

A deux heures et demie. — Deuxième question mise à l'ordre du jour : *Traitement chirurgical du goitre (cancer et goitre exophtalmique exceptés)*, M. J. Reverdin, rapporteur. — M. Reverdin : Lecture du rapport. — M. Julliard (de Genève) : Deux cents opérations de goitre. — M. Lavisé (de Bruxelles) : Traitement du goitre par la thyroïdectomie, par la méthode de Socin et par la ligature des artères thyroïdiennes. — M. Roux (de Lausanne) : Traitement du goitre. — M. Poncet (de Lyon) : Traitement du goitre. — M. Girard (de Berne) : Traitement du goitre. — M. Schwartz (de Paris) : Traitement du goitre. — M. Reynier (de Paris) : Sur l'extirpation partielle du goitre. — M. Tédenat (de Montpellier) : Sur 25 cas d'opération pour le goitre. — M. Doyen (de Paris) : Sur le traitement chirurgical du goitre. — M. J. Bœckel (de Strasbourg) : Traitement chirurgical du goitre. — M. Lejars (de Paris) : Le goitre aigu suppuré. — M. Kummer (de Genève) : Cancer thyroïdien et strumite. — M. Jonnesco (de Bucarest) : Sur le traitement chirurgical du goitre. — M. Fontan (de Toulon) : De la blessure de l'œsophage dans l'extirpation du goitre. — M. Rivière (de Lyon) : Le cancer thyroïdien. — M. Bérard (de Lyon) : Sur la fièvre thyroïdienne, après les interventions sur la glande thyroïde.

Samedi 22 octobre, à neuf heures : séance supplémentaire. — Questions diverses : *Chirurgie des membres* (suite).

*Os et vaisseaux.* — M. Poncet (de Lyon) : De l'endothéliome des os. — M. Dor (de Lyon) : Relations des tumeurs à myéloplaxes avec les xanthomes. — M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) : Sur deux cas d'anévrysmes diffus primitifs consécutifs : 1° à la rupture incomplète d'une axillaire au cours de la réduction d'une luxation de l'épaule; 2° à une section incomplète de la fémorale par coup de couteau. — M. Schwartz (de Paris) : Du traitement sanglant des varices par les ligatures multiples et l'extirpation de grands lambeaux cutanés avec réunion immédiate (bas élastique naturel). — M. Ch. Rémy (de Paris) : Des varices. Étiologie, clinique, anatomie pathologique et traitement.

*Articulations.* — M. L. Championnière (de Paris) : Mobilisation précoce après toutes les opérations destinées à restituer le mouvement normal des articulations ou à créer des articulations nouvelles. — M. Doyen (de Paris) : Luxation congénitale de la hanche. — MM. Mauclaire et Prévost (de Paris) : Luxations bilatérales et traumatiques de la hanche. — M. Jourdan (de Marseille) : Luxation spontanée de la hanche consécutive à une fièvre typhoïde. Réduction. — M. Girard (de Berne) : Sur la désarticulation inter-iléo-abdominale. — M. Heydenreich (de Nancy) : De l'arthrotomie dans les luxations irréductibles de la rotule.

*Orthopédie.* — MM. Redard et Bezançon (de Paris) : Du traitement orthopédique et chirurgical de la maladie de Little. — M. Moulonguet (d'Amiens) : Flexion de la main sur l'avant-bras consécutive à une brûlure étendue. Redressement sanglant, —

MM. Péraire et Mally (de Paris) : Traitement chirurgical de certains pieds bots paralytiques (paralysie infantile) par la greffe musculaire ou tendineuse.

*Divers.* — MM. Péraire et Mally (de Paris) : Des formes cliniques de la métatarsalgie (névralgie de Morton), et de leur traitement chirurgical par la résection des têtes métatarsiennes.

Samedi 22 octobre, à deux heures. — *Organes génitaux de la femme (utérus et annexes).*

*Abdomen.* — M. Walther (de Paris) : De la cure radicale des éventrations sus-ombilicales. — M. Barette (de Caen) : Sur quelques cas de tumeurs de la paroi abdominale. — M. Vautrin (de Nancy) : Le lymphangiome du mésentère. Considérations cliniques et traitement. — M. Lejars (de Paris) : Des interventions applicables à la pelvipéritonite.

*Utérus.* — M. Terrier (de Paris) : Observations d'hystérectomies abdominales totales et supra-vaginales. — M. Demons (de Bordeaux) : Hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliqués de grossesse. — M. Bouilly (de Paris) : De l'ablation des fibromes par l'hystérectomie (statistique personnelle). — M. Reynier (de Paris) : De l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer utérin. — M. Jacobs (de Bruxelles) : Voie abdominale et voie vaginale dans les affections utérines et annexielles, exigeant la castration totale. — M. Potherat (de Paris) : De la valeur de l'amputation supra-vaginale de l'utérus dans les gros fibromes de cet organe. — M. Willems (de Gand) : De l'hystérectomie antérieure. — M. Legueu (de Paris) : Sur l'hystérectomie abdominale totale dans les inflammations des annexes. — M. Faure (de Paris) : L'hystérectomie abdomiale totale par section médiane. — M. Delagenière (de Tours) : Hystérectomie et néphrectomie. — M. Pamard (d'Avignon) : Amputation supra-vaginale avec l'anse galvanique du col utérin cancéreux. Récidive au bout de quinze ans sur la paroi vaginale.

*Annexes.* — M. Potherat (de Paris) : Les kystes doubles de l'ovaire. — M. Goullioud (de Lyon) : Du débridement vaginal des collections pelviennes. — M. Delaunay (de Paris) : Sur l'ablation par le vagin de certains kystes de l'ovaire et du ligament large.

Samedi soir : salle de correspondance.

A quatre heures : *Présentations de malades, de pièces pathologiques et d'appareils.* — M. A. Reverdin (de Genève) : Présentation d'un brancard, plan incliné, utilisable dans les armées. — M. Destot (de Lyon) : Présentation d'appareils servant à la radiographie. — MM. Reynès et Charrier (de Montpellier) : Présentation d'un séro-injecteur.

---

**Travaux de neurologie chirurgicale** (3e année), par le docteur A. Chipault. In-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, Vigot frères.

**Notions d'anatomie, de physiologie et de pathologie appliquées à l'orthopédie** (étude pour le mécanicien orthopédiste), par le docteur Louis Beurnier, chirurgien des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 119. — MARDI 18 OCTOBRE 1898. 71e ANNÉE MARDI 18 OCTOBRE 1898. — N° 119

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 17 octobre 1898.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Les vacances sont finies! Le petit temple aux tables vertes, maculées de taches d'encre, de la rue de l'Abbaye, a rouvert ses portes.

Quelques fidèles, distingués, mais rares (en comptant largement, ils étaient bien neuf ou dix), assistaient à cette réouverture.

Souhaitons de suite la bienvenue aux nouveaux et très distingués collègues, MM. Méry, Parmentier, Boulloche, Triboulet, Souques et Thiroloix, Nageotte (de Bicêtre), que le concours a consacrés cette année, et que la Société, *à l'unanimité*, a admis dans son sein.

Aux environs de cinq heures, le silence solennel de la petite salle n'était encore troublé que par le bruit très doux des conversations particulières.

Alors, M. Dalché se dévoue et ouvre vaillamment le feu. Il rapporte une observation très intéressante de **méningite curable**, et de **poliomyélite**; cette observation est curieuse surtout par ce fait, qu'elle met bien en lumière le caractère contagieux de la méningite cérébro-spinale, question rendue nouvelle par la série des recherches les plus récentes. Voici le résumé succinct de la succession des phénomènes cliniques :

Une femme de quarante-cinq ans est prise subitement un lundi de céphalalgie pénible qui s'accentue chaque jour, céphalalgie accompagnée de troubles du champ visuel et d'un cortège de phénomènes infectieux non douteux. Il en est ainsi jusqu'au samedi, quand, ce jour même, survient un ictus suivi d'une hémiplégie gauche. La coïncidence des signes observés, la constatation du signe de Kernig, font affirmer à M. Dalché, puis à M. Netter qui voit la malade, le diagnostic de méningite. Deux ou trois mois après la survenue brusque des symptômes précédents, alors que seule l'hémiplégie persistait avec ses caractères ordinaires, la fille de cette malade, qui n'avait cessé de vivre aux côtés de sa mère, est prise à son tour, et de façon assez rapide, de phénomènes nerveux, et en particulier d'une paralysie bientôt complète, sans troubles de la sensibilité, sans douleurs, avec quelques troubles des sphincters rapidement améliorés. Le diagnostic de poliomyélite infectieuse s'imposait. Y a-t-il entre ces deux maladies pure coïncidence? c'est peu probable; il est plus logique d'admettre qu'un même agent infectieux s'est localisé chez la mère au niveau des méninges craniennes, et chez la fille sur les cellules de la moelle. En ces temps derniers, d'ailleurs, et ceci confirme la seconde hypothèse, les faits de myélites infectieuses aiguës n'ont pas été rares dans les hôpitaux : M. Dalché, à la Pitié, pendant la période des vacances, a eu l'occasion d'en observer quatre cas.

Autour de ce fait, on discute un peu. M. Rendu signale fort justement l'anomalie apparente de la contagion dans ces cas, car on a pu compter deux mois entre les deux atteintes du mal, alors que, dans les épidémies antérieures, l'incubation ne semblait durer que quelques jours. M. Netter fait remarquer, avec M. Chauffard, qu'il ne s'agit pas réellement de contagion, mais bien d'une contamination de milieu, et, à l'appui de son dire, il cite l'épidémie de Bayonne, où les cas se déclarèrent successivement, à long intervalle, dans une même caserne.

La séance menaçait d'être terminée, quand apparut M. Fernet qui la ranima en apportant une note fort documentée sur un cas de **lymphadénome du cou et du médiastin traité par les injections de naphtol camphré**. Déjà, il y a deux ans, le même auteur avait attiré l'attention de la Société sur un fait à peu près semblable. Chez un homme, atteint de tumeur du médiastin, il avait tenté les injections de naphtol camphré dans les ganglions, et en avait obtenu les meilleurs résultats. Il avait même remarqué un fait fort curieux, à savoir, l'expectoration inopinée, par le malade, d'un ganglion du médiastin, ayant l'odeur et le goût du naphtol camphré. Dans le cas actuel, il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, atteinte de lymphadénome du cou et du médiastin. Après treize injections intraglandulaires, une amélioration considérable s'indiquait quand la malade fut emportée par un érysipèle de la face. L'autopsie confirma pleinement le diagnostic, et permit de suivre le processus de guérison dans les tumeurs ganglionnaires traitées par cette méthode. On trouve, en effet, une nécrose en masse du tissu ganglionnaire, lequel peut alors se nécroser ou s'éliminer.

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (IIe SESSION)

### TRAITEMENT DES GROSSESSES ECTOPIQUES

(*Résumé général du rapport de* M. SEGOND.)

« Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. » Quelques grossesses ectopiques peuvent, toutefois, s'arrêter, d'elles-mêmes, dans les premières phases de leur évolution et guérir spontanément, mais elles sont la trop grande exception pour diminuer la portée de cette règle générale.

I

#### TRAITEMENT DES GROSSESSES ECTOPIQUES DE MOINS DE CINQ MOIS

**I. Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois évoluant normalement.** — L'ablation totale, par laparotomie, du kyste fœtal et des seules annexes intéressées est le traitement de choix. L'ablation par colpotomie antérieure ou postérieure a donné des succès, mais il est beaucoup plus sûr de recourir à la laparotomie. Peut-être, certaines grossesses jeunes sont-elles justiciables de l'évacuation par incision, avec suture consécutive et remise en place de la trompe ainsi reconstituée.

Cas particulier. — a. *Siège intra-ligamentaire et sous-péritonéo-pelvien du kyste fœtal.* — L'ablation par laparotomie reste l'opération de choix. Les seules particularités à noter concernent les difficultés de l'énucléation, l'étendue des décollements, et, par conséquent, l'obligation fréquente du drainage sus-pubien.

b. *Siège du kyste fœtal dans une corne utérine rudimentaire.* — On doit enlever le kyste par laparotomie. Souvent le pédicule est assez petit pour qu'il soit facile de pratiquer l'ablation, sans trop entamer l'utérus. Pour peu que la pédiculisation soit difficile, il faut faire l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.

c. *Grossesses tubo-interstitielles.* — Par exception, on peut les enlever par hystérectomie vaginale; mais, comme leur diagnostic est impossible sans examen direct, elles relèvent uniquement de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale. Par opposition à cette intervention radicale, il pourrait être avantageux d'ouvrir simplement le kyste dans l'utérus (sorte d'extériorisation intra-utérine conseillée par Kelly).

d. *Coexistence, avec la grossesse ectopique, de lésions siègeant sur les annexes de l'autre côté ou d'un néoplasme utérin (fibrome ou cancer).* — Durant les trois ou quatre premiers mois, alors que le placenta n'est pas encore trop gros, l'ablation totale par voie vaginale est certainement l'opération la plus avantageuse. Passé cette date, à cause du volume du placenta et de la friabilité de l'utérus, la laparotomie reprend tous ses droits sur l'opération de Péan. Si le diagnostic de la coexistence en question n'est fait qu'après ouverture du ventre, il va de soi qu'il faut, séance tenante et par la même voie, procéder à l'ablation nécessaire.

**II. Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois compliquées.** — A. TRAITEMENT DES COMPLICATIONS HÉMORRAGIQUES. — Dans la longue série des complications hémorragiques qui s'échelonnent depuis l'hémato-salpinx jusqu'à l'inondation péritonéale, il y a forcément des cas limites dont le mode de traitement variera toujours avec les tendances, le coup d'œil et l'expérience de chaque opérateur. En prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'hémato-salpinx et l'inondation péritonéale), et deux de ses termes intermédiaires (l'hématocèle enkystée et l'hématocèle à poussées hémorragiques), on peut toutefois donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre variétés maîtresses.

1° *Traitement de l'hémato-salpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intrapéritonéale, mais constituant une tumeur énucléable en totalité.* — L'incision simple de la poche avec nettoyage de sa cavité, puis suture des parois et remise en place de la trompe ainsi réparée, est conseillée par quelques chirurgiens. Martin a procédé de la sorte par le vagin, et d'autres par le ventre. Cette opération très conservatrice, et par conséquent séduisante, n'a, sans doute, que des indications exceptionnelles. Dans l'immense majorité des cas, la seule conduite rationnelle est d'enlever la trompe gravide avec son contenu, et les règles de traitement sont exactement les mêmes que pour les grossesses ectopiques évoluant normalement : l'ablation par colpotomie antérieure ou postérieure, malgré les succès qu'elle a donnés, doit être repoussée comme infidèle et périlleuse. Tout hémato-salpinx, compliqué ou non d'effraction sanguine intrapéritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable, relève uniquement de l'ablation par laparotomie. A cette règle, une seule exception, la même que pour les grossesses ectopiques en voie d'évolution normale : quand il y a bilatéralité des lésions annexielles, ou coexistence d'un néoplasme utérin, il faut faire la castration utéro-annexielle totale, par le vagin, durant les quatre premiers mois, et, passé cette époque, par laparotomie.

2° *Traitement de l'hématocèle enkystée.* — En présence d'une hématocèle confirmée, sans poussées hémorragiques, et assez grosse pour réclamer l'intervention, c'est l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix. Dans la majorité des cas, elle donne la guérison, avec disparition ultérieure de tous les reliquats anatomo-pathologiques annexiels ou autres. Il est possible que cette guérison définitive ne se fasse pas, et que les indications d'une intervention ultérieure se posent ; mais, la colpotomie n'en conserve pas moins tous les avantages d'une opération d'attente, simple et bénigne, qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir. Quand la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le retour de l'hémorragie ou la constatation de grosses lésions annexielles exigeant l'ablation, rien de plus simple, en général, que de remplir aussitôt les indications par voie vaginale, soit en enlevant simplement les annexes qui saignent, soit en pratiquant la castration utéro-annexielle totale. La colpotomie doit se pratiquer au bistouri, sans le secours d'aucune instrumentation spéciale. La seule précaution à prendre pour lui conserver sa bénignité, c'est de vider la poche avec une extrême douceur, d'abandonner, de parti pris, au drainage ce qui ne sort pas facilement, et d'éviter, en particulier, les manœuvres extérieures d'expression abdomino-vaginale.

L'incision vaginale n'est pas seulement applicable à l'hématocèle rétro-uterine proprement dite. Elle permet, aussi, d'ouvrir les collections plus latérales et les hématocèles sous-péritonéo-pelviennes. Quelques cas particuliers peuvent, toutefois, réclamer une autre voie d'évacuation, comme l'incision ischio-rectale ou la laparotomie sous-péri-

tonéale. Lorsque cette dernière incision est indiquée, il est prudent de la combiner au drainage vaginal.

La laparotomie n'a donc ici que des indications tout à fait exceptionnelles. On doit y recourir à titre d'opération secondaire, plus ou moins tardive, quand la colpotomie est impuissante à empêcher l'évolution ultérieure de lésions annexielles non justiciables de l'hystérectomie vaginale. Il est, enfin, nécessaire de la pratiquer d'emblée, quand la colpotomie commencée se heurte aux difficultés ci-dessus signalées (retour offensif de l'hémorragie; grosses lésions annexielles dangereuses à abandonner), et, bien entendu, quand il est impossible de remplir par le vagin les indications voulues. En cas d'hématocèle, la laparotomie conduit souvent à des ablations incomplètes qui nécessitent le drainage sus-pubien combiné ou non au drainage vaginal. Dans les cas trop difficiles et peu satisfaisants, tant au point de vue du pronostic immédiat qu'à celui des suites éloignées, il est probable qu'il vaut mieux faire la castration abdominale totale.

3° *Traitement de l'hématocèle à poussées hémorragiques successives.* — Comparativement à ce que doit être le traitement de l'hématocèle enkystée, les indications respectives de la colpotomie et de la laparotomie sont pour ainsi dire renversées. On peut tenter la colpotomie. Mais au moindre retour de l'hémorragie, il faut être prêt à laparotomiser sans l'ombre d'un retard.

4° *Traitement des hémorragies profuses* (*inondation péritonéale*). — A côté des inondations péritonéales, toujours mortelles, quand on n'intervient pas, il y a certainement des hémorragies très abondantes susceptibles de s'enkyster, et, par conséquent, justiciables de l'expectation. Mais, comme à la phase initiale et dramatique de toute hémorragie profuse, il n'existe pas un seul signe clinique permettant de déterminer les chances d'enkystement; comme il est maintenant démontré que l'expectation fournit environ 86 p. 100 de mortalité, et l'intervention 85 p. 100 de guérisons; comme la moindre observation personnelle bien prise suffit à prouver que la laparotomie d'urgence est le seul moyen d'éviter une mort certaine, il n'y a vraiment pas de doute possible sur la meilleure conduite à suivre : en présence de l'ictus péritonéal révélateur d'une hémorragie grave, il faut, sans restriction, accepter la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tous cas, aussi précoce que possible. Il ne saurait être ici question d'intervention par voie vaginale. La laparotomie est la seule opération qui permette l'hémostase dans les conditions voulues de sécurité et de rapidité.

B. Traitement des complications septiques et suppuratives. — Ici, comme dans toutes suppurations pelviennes, l'incision vaginale est, sans discussion possible, le traitement de choix des hématocèles suppurées, comme de toute collection purulente bien limitée, uniloculaire et facilement accessible par le vagin. L'hystérectomie vaginale est l'opération la meilleure, quand il y a bilatéralité de lésions annexielles, à cette double condition que l'âge de la grossesse ne fasse pas redouter un placenta trop gros, et que l'ensemble de la masse à enlever ne soit pas trop volumineux. L'ablation par laparotomie reste la seule opération rationnelle, quand il y a doute sur les lésions des annexes non gravides, quand la grossesse a dépassé le quatrième mois, et quand l'ensemble de la masse à enlever remonte assez au-dessus du pubis pour être plutôt abdominale que pelvienne. Cette appréciation ne se fait pas au centimètre. C'est une question de coup d'œil, ou mieux d'exploration bimanuelle, pratiquée par un chirurgien expérimenté.

## II

### Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois

Sauf pour certains kystes fœtaux, la laparotomie est ici la seule intervention possible.

**I. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant.** — Les deux seules questions à discuter sont celles-ci : quand et comment faut-il opérer?

Quand faut-il opérer? Tout de suite, évidemment, quand la grossesse est à terme. Lorsque le fœtus est vivant, mais pas encore viable, ou même quand il est viable, mais point à terme, la réponse est plus délicate. Lorsqu'un fœtus est vivant, mais à plusieurs semaines de la date minimum de sa viabilité, les dangers à courir sont trop grands et l'intervention immédiate s'impose. Lorsqu'on est au contraire plus près de l'époque de viabilité, on peut essayer de sauver mère et enfant, à cette condition tout à fait irréductible, que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère. L'expectation étant décidée dans ces conditions, faut-il opérer dès le septième mois, ou bien attendre le huitième et le neuvième? A tant faire que d'attendre, si la mère est en parfait état, si le moindre soupçon d'un danger quelconque pour elle nous trouve prêt à une action immédiate, il vaut mieux attendre que le fœtus se développe le plus possible. En somme, et sans qu'il soit possible de mieux préciser, il convient de laisser aux circonstances le soin d'indiquer le bon moment de l'intervention.

Comment faut-il opérer? L'élytrotomie doit être absolument repoussée. Les seules opérations possibles sont ici : l'extériorisation abdominale du sac, avec abandon du placenta; l'extériorisation avec ablation du placenta; l'ablation totale du kyste fœtal. Les faits le démontrent et la prudence l'exige; il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta. A cette règle, il y a toutefois trois exceptions : la première concerne les quelques grossesses tubaires dont la facile énucléabilité peut autoriser l'ablation. La deuxième se rencontre quand on se trouve en présence d'une hémorragie par décollement partiel d'un placenta qu'il est indispensable d'enlever complètement pour obtenir l'hémostase. La troisième, enfin, répond aux cas dans lesquels il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a rupture secondaire du sac, avec fœtus libre dans la cavité abdominale. Dans ces conditions, il ne saurait pas plus être question de marsupialiser une poche qui n'existe pas, que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte, s'impose aussi nettement.

**II. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois, dont l'évolution est troublée, soit par une complication proprement dite, soit par la mort du fœtus.** — A. Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois, compliquées d'hémorragie par rupture ou de péritonite suppurée. — L'hémorragie par rupture commande ici, comme pour les grossesses plus jeunes, la laparotomie d'urgence. L'extériorisation du kyste doit être tentée, mais, les difficultés de l'hémostase exigent souvent des interven-

tions plus complètes et notamment l'ablation complète du placenta. A son tour, la péritonite suppurée ne fait que précipiter l'urgence de la laparotomie, sans modifier beaucoup la nature de l'intervention.

B. Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois avec fœtus mort. — 1° *Grossesse avec mort récente du fœtus.* — Elle est assimilable à la grossesse avec fœtus vivant, au point de vue des complications hémorragiques à redouter. Sauf urgence, il est donc prudent d'attendre que la circulation inter-kysto-placentaire soit ralentie et de reculer l'intervention; à cette condition, toutefois, que le retard ne dépasse jamais six semaines. Il importe en effet beaucoup de ne pas attendre le retour des règles et les menaces de rupture par hyperdistension kystique dont elles sont généralement le signal. La même similitude se retrouve dans le traitement : l'élytrotomie doit être repoussée. Les tentatives d'ablation entraînent des périls si positifs que, abstraction faite des trois exceptions déjà citées (grossesse tubaire, dépassant le cinquième mois sans rupture et offrant une énucléabilité relativement facile; hémorragie par décollement placentaire; absence de sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale), il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta.

2° *Grossesse avec fœtus mort depuis plus longtemps.* — L'élytrotomie reprend ses droits, et devient une bonne opération, quand le kyste fœtal plonge assez fortement dans l'excavation pour être franchement abordable par le vagin et quand le placenta n'est pas inséré à sa face inférieure. L'extériorisation abdominale du kyste reste l'opération de choix dans la majorité des cas, et ses résultats sont d'autant meilleurs que l'ablation du placenta est ici très indiquée. L'extirpation partielle du sac peut être faite quand les adhérences ne s'y opposent pas. Avec ce qui reste de cette membrane, il faut alors faire un sac de dimension minimum, dont on assure le drainage par une contre-ouverture vaginale. Ce procédé a l'avantage de permettre la fermeture de la paroi abdominale, et d'éviter les éventrations consécutives.

Ce dernier procédé peut être employé en cas de fœtus libre dans la cavité abdominale, alors que le sac est réduit à ce qui enveloppe le placenta. Mais, en général, en cas de fœtus libre, il vaut mieux enlever le placenta et tout ce qui l'enveloppe, de manière à faire une toilette pelvienne aussi complète que possible. Lorsqu'elle est tout à fait satisfaisante, on peut, à la rigueur, fermer complètement la paroi abdominale, sans drainage.

Lorsque le fœtus est dans un sac complet, l'extirpation totale du kyste est plus souvent permise ici qu'avec un fœtus vivant ou mort récemment. Mais, ses indications n'en demeurent pas moins exceptionnelles. Quant à la castration utéro-annexielle abdominale totale, c'est, dans le cas particulier, une grosse et grave opération dont les indications, tout à fait restreintes, se résument de la manière suivante : Elle doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels, une ablation de kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolément, sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite et d'éviter les inconvénients d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant, sont, à leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale.

3° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal toléré sans accident, ou suppuré.* — Un vieux kyste fœtal n'a de spécial que son ossuaire et les manœuvres particulières d'extraction que celui-ci nécessite. Il peut se compliquer de lésions péritonéales suppuratives exigeant la laparotomie d'urgence, et celle-ci se termine, suivant les cas, par une extirpation totale, ou par une ablation incomplète avec drainage consécutif. En général, c'est le kyste fœtal qui constitue tout le mal, et trois cas peuvent se présenter. Tantôt le kyste a les mêmes allures qu'une tumeur annexielle relativement mobile. Il est alors justiciable des indications opératoires spécifiées à propos du traitement des grossesses ectopiques avec fœtus mort depuis longtemps. Tantôt le kyste vient s'offrir de lui-même au bistouri, soit par un plastron abdominal, soit en bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux. Tantôt enfin, on se trouve en présence d'un kyste spontanément ouvert au niveau de l'abdomen, dans le vagin, dans le rectum ou dans la vessie. Dans les deux premiers cas, leur incision n'est que l'agrandissement de la fistule préexistante. En cas de fistule rectale, il faut, sauf exception, se garder de la mettre à contribution, et inciser largement par l'abdomen ou le vagin. Quant aux kystes ouverts dans la vessie, ils peuvent s'évacuer par l'urèthre lorsqu'ils contiennent de très petits fœtus morts avant le cinquième mois; mais les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complexes, telles que leur mise à jour par cystotomie ou laparotomie.

#### DISCUSSION

M. Laroyenne (de Lyon). Dans le remarquable rapport de M. Segond, il est une question qui l'intéresse particulièrement : on lui a faire dire qu'il était opposé à toute intervention dans des cas d'inondation péritonéale; les élèves nous font dire souvent des exagérations. Comme M. Segond, il est partisan de l'intervention chirurgicale dans les cas qu'il a montrés si lumineusement dans son rapport. Cependant, il existe des cas où l'intervention n'a pas été faite et où la guérison a été certaine.

M. A. Martin (de Rouen). Il est des cas où la friabilité du sac fœtal empêche complètement la marsupialisation. Dans un cas qu'il a déjà publié, après l'incision abdominale le kyste n'était pas fixable à la paroi. Il fut obligé de drainer la cavité du sac et la cavité péritonéale. L'état de la malade et les difficultés opératoires rendaient toute castration totale impossible.

M. Kiriac (de Bucarest), se basant sur deux observations de grossesses extra-utérines ayant nécessité, après la première intervention, une opération secondaire, croit qu'il serait préférable de faire une opération radicale et d'assurer le drainage par la paroi abdominale au moyen d'une large compresse après lavages du péritoine au sublimé.

M. Jonnesco (de Bucarest), dans la majorité des cas, est laparotomiste comme M. Segond; mais quelques interventions toutes récentes lui font penser qu'il serait préférable, pour l'avenir des femmes, de pratiquer une castration totale.

En effet, les annexes du côté opposé à la grossesse extra-utérine sont généralement malades et sont alors une cause future de nouvelles grossesses extra-utérines.

M. Solovieff (de Moscou) se demande si, en conservant les annexes du côté opposé à la grossesse, on ne s'expose pas à

voir une grossesse future avec mise au monde de petits malformés.

**M. MANGIN** (de Marseille) se rallie pleinement à la manière de voir de M. Segond. Dans les cas d'hématocèle facilement abordable par la voie vaginale, il est important de faire la colpotomie afin de bien faciliter l'écoulement de liquides septiques, où ses recherches lui ont fait découvrir des streptocoques.

**M. POZZI** ne croit pas qu'il faille être partisan uniquement de telle ou telle voie opératoire. Le chirurgien sera conduit par des raisons topographiques, et de même qu'il sera laparotomiste dans certains cas, il devra pratiquer la colpotomie dans d'autres plus facilement abordables, par la voie vaginale.

Il présente trois fœtus extraits par une incision du cul-de-sac. Cette intervention était indiquée par la situation de la tumeur bombant dans le vagin. Ainsi donc, c'est bien une question topographique et quelquefois une question hémostatique qui doit guider le chirurgien.

Il est une voie peu suivie et dont M. Segond a fait mention dans son rapport, c'est la voie latérale. Lorsque la tumeur siège sur les côtés de la cavité abdominale, on se trouvera bien d'une incision latérale, semblable à celle pratiquée pour la découverte de l'iliaque interne.

Grâce à ce procédé, on pourra inciser le kyste fœtal sans pénétrer dans la cavité péritonéale.

Quant à la question de survie, si l'on doit sacrifier deux ovaires, M. Pozzi croit qu'il est du devoir du chirurgien d'essayer de conserver à la femme ses organes de reproduction et qu'on n'a pas le droit de la condamner à ne plus avoir d'enfants. Il ne faut pas en l'occurrence vouloir uniquement contenter la malade désireuse d'être mise à l'abri d'ennuis futurs; il lui faut écouter sa conscience.

**M. SEGOND** remercie tout particulièrement M. Laroyenne des concessions qu'il a bien voulu lui faire. Il est heureux de constater sa communion d'idées avec un homme de si grand talent.

Il n'est pas partisan de la castration complète, les femmes peuvent être enceintes plus tard et avoir de beaux enfants. Il ne faut pas se laisser guider par la peur de voir naître des malformés. Les petits *ectopeurs* peuvent se bien porter, M. Segond en a un cas superbe avec M. Pinard.

Il est certainement des cas où il est impossible de mener à bien une opération réglée, et M. Martin, dans une opération qu'il nous a relatée, a fait tout ce qui devait et tout ce qu'on pouvait faire.

Les castrations, dans de si mauvaises conditions, auraient été déplorables.

**M. LÉONTE** (de Milan) expose les conditions dans lesquelles évoluent les grossesses extra-utérines.

Age : vingt-cinq à trente-cinq ans ; multipares ayant des antécédents morbides génitaux plusieurs années après les derniers accouchements.

Le meilleur signe est l'hémorragie continue survenant après l'arrêt des règles et les modifications locales. On peut établir un diagnostic probable pendant les quatre premiers mois, ferme dès le cinquième.

Faut-il interrompre le développement de la grossesse? On l'interrompait autrefois, aujourd'hui on préfère la laisser évoluer.

En effet, l'opération très grave, comporte un danger terrible d'hémorragie, tandis qu'il faut, puisque c'est possible, tâcher de sauver la mère et l'enfant.

L'opération de choix est la laparotomie médiane. On peut employer la laparotomie latérale, ou la colpotomie, quand la tumeur fait saillie dans le vagin.

Il faut enlever toute la tumeur.

Il n'y a pas toujours urgence à opérer quand il y a hémorragie. Dans un cas le fœtus s'est développé à terme.

Après la mort du fœtus, il ne faut opérer que quand la circulation du fœtus est supprimée.

Trois raisons peuvent faire opérer : péritonite, suppuration, infection.

Dans ces cas, il ne faut pas attendre, quoique la résolution soit possible dans la période ovulaire, mais il ne faut pas, néanmoins, opérer avant la suppression de la circulation placentaire.

Quand la grossesse extra-utérine n'est troublée par aucun accident, il laisse évoluer jusqu'à terme et opère alors de préférence par l'abdomen.

En tout cas, il enlève la totalité de la tumeur et procède à un grand lavage d'eau salée.

**M. MAURICE JOURDAN** (de Marseille) présente une observation de grossesse extra-utérine au neuvième mois ; fœtus mort ; laparotomie ; guérison ; le toucher donna deux masses représentant, celle de gauche le kyste fœtal et celle de droite l'utérus hypertrophié.

Il incisa par le vagin et retira par les pieds un fœtus de 34 centimètres. Après avoir marsupialisé la poche, il enleva le placenta, dont il ne resta qu'un débris qui s'élimina plus tard.

Il eût voulu faire l'ablation complète, mais il dut y renoncer à cause des adhérences.

Il combat la castration utéro-annexielle qui dépasse le but, alors que l'excision du kyste fœtal seul suffit à amener la guérison.

---

## LES COLITES CHEZ L'ENFANT

Par M. GUINON, médecin des hôpitaux de Paris.

La distinction entre la colite et l'entérocolite est moins facile à faire chez le nourrisson que chez l'enfant plus âgé, chez ce dernier la colite s'isole cliniquement sinon anatomiquement.

HISTORIQUE. — Elle a été surtout étudiée en Allemagne par Henoch et Baginsky, entérite folliculaire, expression à rejeter d'après le rapporteur car les follicules clos ne sont jamais enflammés de façon prédominante et ne sécrètent pas de mucus dont la présence est caractéristique des sécrétions coliques. Le terme de colite avec une épithète semble plus convenable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Peu étudiée en France, car cette affection est rarement mortelle. La muqueuse est gonflée et plissée, recouverte d'un enduit transparent, purulent ou membraneux, suivant les cas. Les plaques de Péyer sont plus visibles et plus saillantes. Rarement elles sont ulcérées.

Histologiquement les lésions sont moins bien connues. Baginsky indique l'infiltration surabondante de la sous-muqueuse par les cellules rondes ; ce qui est caractéristique de la colite, c'est l'inflammation de l'épithélium de revêtement et surtout des glandes muqueuses. Pour Marfan et Bernard c'est la multiplication des cellules muqueuses utriculaires qui est la caractéristique histologique. Dans le

mucus et dans les glandes on trouve des bâtonnets et des cocci. On n'a pu établir la spécificité d'aucun d'eux. Bâtonnet de Finkelstein, streptocoque d'Escherich.

Étiologie. — Au-dessous de trois ans, la colite est le plus souvent aiguë comme toutes les entérites, elle est plus fréquente vers la fin de l'été et peut être épidémique.

Au-dessous de trois ans, la *colite* succède à une intoxication alimentaire ou médicamenteuse et à une maladie infectieuse. Au-dessus de trois ans, il faut invoquer la constipation ancienne et l'hérédité neuro-arthritique.

Symptomatologie. — Il nous faut étudier d'abord la *colite aiguë muqueuse*. — A. *Forme grave*. — D'abord indigestion puis rareté des matières fécales, un mucus plus ou moins dense constitue la totalité de la selle. Souvent il s'y ajoute un peu de sang en stries. Chaque émission est précédée de coliques et suivie de ténesme. La langue est blanche au centre, les papilles saillantes. La soif est vive, aucun aliment n'est toléré. Le ventre est rétracté; le trajet du côlon (surtout celui du côlon descendant) est douloureux et brûlant. La face est pâle, la peau sèche, le pouls vif, petit, l'enfant s'affaiblit rapidement, la température dépasse 39 degrés.

La réapparition des matières fécales au huitième ou dixième jour est le premier signe de l'amélioration. Mais la convalescence est longue et les rechutes sont fréquentes. Il peut y avoir alors des accidents cholériformes.

b. La forme *bénigne* présente des accidents atténués; la température n'atteint pas 38 degrés. Une purgation et la diète sont un traitement suffisant.

c. *Formes localisées ou partielles*. — Il peut se produire une véritable *typhlite* dont le diagnostic avec une appendicite peut être rendu difficile. La sigmoïdite peut aussi s'observer.

d. *Forme dysentérique*. — Il y a des selles d'abord diarrhéiques, puis chargées de sang. En même temps surviennent des vomissements et la fièvre. L'abdomen est rétracté au centre, dur et tendu au niveau des différentes régions du côlon. L'anus est rouge et béant; les épreintes rectales s'accompagnent de ténesme vésical; l'enfant est dans la torpeur. La fièvre peut être suivie d'une courte période d'hypothermie.

Diagnostic de la colite aigue. — L'entérite s'accompagne de diarrhée franchement fécale; le côlon y est indolent. La persistance et la fréquence des garde-robes, l'émission persistante des gaz éloignent l'hypothèse d'une péritonite. La fièvre typhoïde, la dysenterie se différencient facilement. Il ne faut pas se laisser tromper par le prolapsus du rectum.

Colite chronique. — Elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Tantôt elle débute à la suite d'une entérite aiguë, tantôt elle se manifeste insidieusement par de vagues douleurs et des alternatives de constipation et de diarrhée. Les enfants qui en sont atteints ont une pâleur bistrée, les yeux sont cerclés de noir, les lèvres d'un rouge vif. La langue est empâtée à la base; l'haleine est fétide; le ventre tantôt ballonné, tantôt rétracté. Au point de vue de la sensibilité, l'intestin se comporte de façon très variable; s'il y a douleur, elle siège surtout au niveau de l'S iliaque. Le gros intestin tendu donne la sensation de la corde de Glénard. Ce qui domine chez ces enfants c'est la constipation. Le type diarrhéique est beaucoup plus rare. La digestion s'accompagne de fièvre avec bâillements et éructations. Les urines contiennent de l'indican, le foie est gros, les enfants restent petits, les os sont grêles; la poitrine rétractée leur donne un aspect rachitique.

Pronostic. — Il est sombre, car si la maladie est mal soignée, elle est indéfinie et, à l'âge adulte, les malades deviennent neurasthéniques. Bien soignée au début elle guérit bien.

Diagnostic. — La pigmentation de la peau, la rougeur des lèvres, l'absence des engorgements ganglionnaires, l'absence d'appétit distingueront la colite chronique de la tuberculose. Dans la *péritonite chronique* on constate l'existence de noyaux indurés. Dans la forme entéralgique, les douleurs peuvent simuler la *gastralgie*.

*Complications des colites*. — Il faut citer l'hémorragie intestinale, les abcès, furoncles, la broncho-pneumonie, la péritonite, le prolapsus rectal.

Contrairement à l'opinion de Dieulafoy, le rapporteur pense qu'il y a de fréquentes relations entre la colite chronique et des poussées d'appendicite. Rappelons avec Escherich, Trump et Hutinel la coïncidence de la *cystite* plus fréquente (cela se comprend aisément) chez les petites filles.

Le purpura peut être un accident secondaire à l'infection intestinale; dans la colite chronique, les dermatoses affectent le type prurigineux. L'éruption occupe surtout les avant-bras et le dos des mains.

Signalons enfin certains accidents nerveux et la néphroptose.

Traitement. — *Colites aiguës muqueuses*. — Bains tièdes à 32 ou 35 degrés; compresses chaudes sur le ventre. Antipyrine et chloral. Pas d'opium. Alimentation, décoctions végétales chaudes, peu de lait, eau albumineuse.

A la période d'état, les lavements d'eau bouillie à 40 degrés avec un peu de guimauve ou de borate de soude. A cette période, l'entéroclyse est difficilement supportée. Si la douleur est minime, elle s'impose en même temps que l'administration de calomel à doses fractionnées.

Pendant la convalescence, biscuits, croûtes de pain, œufs très peu cuits, laits de poule, panades, lait stérilisé coupé, puis pur. Combattre alors la constipation.

*Colite dysentériforme*. — Infusion de 20 centigrammes à 1gr 50 d'ipéca suivant l'âge. Petits lavements d'antipyrine ou de nitrate d'argent. Si l'enfant est déprimé, injections sous-cutanées de sérum. Éviter les complications vésicales par grande propreté de la vulve.

*Colite chronique*. — Combattre les tendances névropathiques des jeunes sujets: douches tièdes, éviter la fatigue.

S'il y a constipation: soupes aux légumes très cuits et passés, viandes et poissons bouillis, légumes secs, fruits cuits.

Si la diarrhée domine, le régime lacté intégral en a quelquefois raison, mais le lait est souvent mal toléré et augmente alors la diarrhée. Alors panades, farine lactée à l'eau, œufs peu cuits, viandes jeunes et bien hachées, purées de légumes; pain grillé, donner un peu d'acide chlorhydrique, en potion opiacée. Compresses chaudes sur le ventre et lavages chauds, calomel, benzo-naphtol. Massage de l'intestin.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — Question donnée à la composition écrite : « Anatomie de l'S iliaque ; — Diagnostic anatomique et clinique des cavernes pulmonaires. »

Les questions restées dans l'urne étaient : 1° « Artère hypogastrique ; — Arthrites blennorragiques. » — 2° « Carotide externe ; — Hématuries. »

— *Concours de la médaille d'or.* — Les jurys sont provisoirement constitués de la façon suivante :

Médecine : MM. Hutinel, Marie, Cadet de Gassicourt, Du Castel et Rochard.

Chirurgie et accouchements : MM. Broca, Jalaguier, Lejars, Thoinot et Pinard.

— Un second médecin de deuxième classe de la marine sera affecté au service médical de la prévôté des forges de la Chaussade, à Guérigny. — Un pharmacien de deuxième classe de la marine sera détaché, à titre de prévôt, au même établissement, en vue d'y assurer le service de pharmacie.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 120. — JEUDI 20 OCTOBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 20 OCTOBRE 1898. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été presque entièrement occupée par des rapports de prix. Nous n'avons à signaler que deux lectures : l'une de M. Reboul (de Nîmes), sur un cas d'actinomycose de l'ombilic, observé sur un paysan qui avait fait la moisson étant nu jusqu'à la ceinture et sur lequel on a extrait une tumeur ombilicale qui contenait des débris de graminées ; l'autre de M. Bœckel (de Strasbourg), sur plusieurs cas de résection intestinale pour tumeur du gros intestin. Ce qui distingue les faits communiqués par M. Bœckel, c'est que la résection d'une plus ou moins grande étendue de l'intestin a été faite de propos délibéré pour l'ablation de tumeurs diagnostiquées et non dans des cas de nécessité, au cours d'opérations abdominales.

M. Motet analysant, dans son rapport sur le prix Baillarger, les travaux de M. Garnier, a fait connaître des statistiques lamentables sur l'accroissement de la folie et surtout de la folie alcoolique en France. Ainsi, pour la seule ville de Paris, en moins de quinze ans, la moyenne annuelle des aliénés qui ont passé par le dépôt de la Préfecture de police a doublé. Le chiffre de ces aliénés qui était de 359 est maintenant de 760. L'alcoolisme et le surmenage cérébral, tels sont les deux principaux facteurs de cet accroissement extraordinaire du nombre des aliénés, mais l'alcoolisme dans une bien plus grande proportion.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre les conclusions des rapports sur les prix Meynot, Baillarger et Herpin.

### CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(XIIe SESSION)

Lundi, à deux heures, l'Association française de chirurgie inaugurait son XIIe Congrès, sous la présidence du professeur Le Dentu. Sur l'estrade avaient pris place les personnalités scientifiques les plus en vue, MM. Brouardel et Bouchard, Guyon, Tillaux, Terrier, de la Faculté ; MM. Dujardin-Beaumetz, inspecteur général du service de santé de l'armée ; Cunéo, son collègue de la marine ; dans la salle, on remarque quelques chirurgiens des hôpitaux, Championnière, Monod, Bouilly, Campenon, Schwartz, Ricard, Walther, etc., et un grand nombre de chirurgiens de province, parmi lesquels nous pouvons citer MM. Montprofit (d'Angers), Delagénière (du Mans), Latouche (d'Autun), Phocas (de Lille), Villar et Pousson (de Bordeaux).

A deux heures, le président prononça un discours fort applaudi dans lequel il retraçait les progrès que la science chirurgicale française devait à ces réunions annuelles, et portait son attention sur deux découvertes récentes, l'application des rayons de Röntgen à la pratique chirurgicale et les inoculations préventives contre le tétanos.

Ce dernier point du discours était particulièrement étudié ; mais, hélas ! l'avenir sera peut-être moins prodigue d'éloges pour cette médication préventive. Un fait des plus malheureux, et qui a la valeur brutale d'une expérience, vient d'attrister l'un de nos services hospitaliers et démontrer que la science, sur ce point, n'a pas encore trouvé son assiette définitive.

Voici la partie du discours de M. Le Deutu consacrée au tétanos :

« Après la radiographie, une autre nouveauté sensationnelle, d'une application moins vaste, mais d'une grande valeur scientifique, déjà démontrée à mon sens par un sérieux commencement de preuve, fixait récemment l'attention du monde médical. Si vous vous rapportiez à la discussion sur les causes, la nature et le traitement du tétanos, qui a eu lieu au congrès de 1897, vous seriez frappés du désaccord des opinions et du désarroi des orateurs, impuissants à fournir l'argument irréfutable à l'appui de leurs idées. L'un d'eux, à qui l'on ne peut certes pas refuser d'être un esprit très progressiste, se demandait s'il ne fallait pas voir dans le tétanos une simple modalité de la septicémie. En soutenant avec sa sincérité habituelle et une ardeur toute juvénile sa théorie de l'origine équine, Verneuil mettait en relief certains côtés intéressants de la question, mais n'en donnait pas la solution définitive. On ne parlait guère du bacille de Nicolaïer que sous toute réserve, et la reconnaissance de sa spécificité ne se dégageait nullement du débat. Personne ne disait nettement, comme nous le ferions tous aujourd'hui : Voilà l'ennemi, le vrai, le seul !

Depuis lors nous avons marché. Sans doute l'inefficacité du sérum antitétanique en injections sous-cutanées, dans le cas de tétanos déclaré, a été pour les chirurgiens un grave mécompte ; mais son efficacité, à titre de moyen préventif, leur a offert une revanche. Malheureusement le caractère essentiellement négatif du résultat laisse toujours planer un doute sur l'opportunité de la précaution prise dans une circonstance donnée, et l'esprit doit se contenter de la vague satisfaction puisée dans la pensée qu'on a peut-être été utile sans le savoir.

Il n'en reste pas moins certain qu'il faut tâcher de créer l'immunité chez tout blessé que la réunion de plusieurs conditions réputées favorables au développement de l'infection tétanique, désigne comme y étant particulièrement voué. Or il suffit que l'injection soit pratiquée quarante-huit heures avant l'instant où les accidents devraient se manifester, et voilà un homme sauvé, sans risques sérieux d'une mort inévitable, ou bien peu s'en faut. Le seul espoir de frapper juste en agissant là où le fait est probable, ne doit pas entraîner les médecins vers une application très large de cette méthode encore insuffisamment répandue.

La cause des insuccès, après l'injection sous-cutanée du sérum antitétanique, paraît résider dans une affinité très étroite entre la cellule nerveuse et la toxine tétanique. Voici une expérience très curieuse instituée d'abord par MM. Wasserman et Takaké, et reprise ensuite avec quelques variantes par MM. Roux et Borrel : on broie de la substance cérébrale de cobaye et on l'additionne de toxine tétanique. Si l'on soumet le mélange à l'action de la turbine, il se partage en deux couches, dont l'inférieure est solide et la supérieure liquide. Or celle-ci ne contient presque plus de toxine tétanique. Cette toxine est fixée par la substance nerveuse et forme avec elle une sorte de composé qui, injecté sous la peau d'un animal, reste inoffensif. Ce ne serait pas, ainsi que l'a avancé M. Wasserman, parce que la toxine aurait été détruite par la cellule nerveuse agissant sur elle comme une sorte d'antidote, mais bien parce que « le poison adhère à la substance nerveuse » et qu'une puissante phagocytose englobe et détruit en même temps et le poison et l'élément nerveux qui en est le véhicule.

Cette fixation de la toxine par la substance nerveuse s'effectue, de même, chez l'homme atteint de tétanos. D'après les expériences de Marie, le poison se répand dans l'organisme par deux voies, par la circulation et par migration ascendante jusqu'à la moelle, le long des troncs nerveux de la région traumatisée ; et c'est la raison pour laquelle la contraction commence par les muscles de cette région. A partir du moment où les cellules de la moelle sont envahies, la fixation du poison étant opérée, l'antitoxine n'atteint plus que les toxines circulant dans le sang. Les éléments nerveux échappent à son action. « Le contrepoison n'arrive pas au contact du poison. » Telle est l'heureuse formule dans laquelle MM. Roux et Borrel ont renfermé la conclusion la plus décisive de leurs recherches.

Indépendamment de l'expérience rapportée plus haut, cette fixation est prouvée par la possibilité de limiter l'action de la toxine à un groupe déterminé de cellules. C'est ainsi que, par l'injection directe de la toxine tétanique en plein cervelet, M. Morax d'abord, puis MM. Roux et Borrel ont donné naissance à un véritable tétanos cérébral ou cérébelleux, à caractères très particuliers, où manquent les symptômes des lésions de la moelle, ce qui prouve que l'action du poison est restée confinée dans l'organe où il a été déposé et n'a guère de tendance à gagner les autres centres nerveux, à condition que les doses injectées soient faibles et ne puissent beaucoup diffuser.

Pour pratiquer ces injections intracérébrales de toxine, les expérimentateurs ont employé le seul procédé possible, à savoir une trépanation très limitée, suivie d'une instillation au moyen d'une fine canule. Ils ont eu recours au même procédé pour injecter dans l'encéphale non plus de la toxine, mais de l'antitoxine, en vue de combattre le tétanos déclaré; du moment que l'accumulation de l'antitoxine dans le sang ne guérissait pas les tétaniques, il fallait « la mettre là même où progresse la toxine ». Une première série d'expériences a été couronnée d'un succès si éclatant que, du coup, une nouvelle méthode, d'une efficacité à peu près certaine chez les animaux, s'est trouvée créée.

« Quelques gouttes de sérum antitétanique dans le cerveau, disent MM. Roux et Borrel, guérissent mieux le tétanos que de grandes quantités introduites dans le sang ou sous la peau. » Et ils ajoutent : « L'antitoxine portée dans le cerveau protège la moelle supérieure, alors que la moelle supérieure est déjà atteinte par le poison, mais elle ne défait pas les lésions accomplies. » Une des conditions fondamentales de la réussite est donc d'intervenir, aussitôt que possible, après les premières manifestations de l'infection. Tant que la dysphagie n'est pas déclarée, on peut encore se flatter d'arriver à temps.

L'application de ces conclusions à l'homme ne s'est pas fait attendre : quinze fois environ elle a été tentée avec des fortunes diverses. Particularité importante à signaler dès l'abord, il semble que la méthode soit vouée à un échec inévitable, toutes les fois que le tétanos a pris naissance dans une plaie abdominale. La raison en serait, d'après M. Roux, que les toxines ont alors pour voies centripètes les nerfs pneumogastriques, phréniques, et surtout le grand sympathique, qui les portent directement vers les centres dont les lésions sont le plus rapidement irrémédiables. Par contre, la migration se fait-elle par des nerfs de la vie de relation, les chances de succès se multiplient notablement. En effet, si l'on retranche des quinze faits que j'ai déjà mentionnés trois observations de tétanos abdominal qui constituent une catégorie spéciale, il reste douze cas de tétanos d'origine externe, ou sans porte d'entrée évidente, sur lesquels les guérisons se chiffrent par une proportion de moitié. J'ai eu la bonne fortune d'être témoin de l'une d'elles dans mon service de l'hôpital Necker. N'est-ce pas déjà très satisfaisant pour un début?

Qui de nous pourrait se targuer d'une égale proportion de dénouements heureux sur l'ensemble de cas de tétanos qu'il a observés? Si l'avenir confirme les premiers résultats acquis, on pourra dire que l'année 1898 aura été marquée par une nouvelle et remarquable conquête de la science expérimentale. Et pour ce bienfait ajouté à tant d'autres, l'école de Pasteur, personnifiée dans la circonstance par MM. Roux et Borrel, se sera créé un nouveau titre à l'admiration du monde savant et à la gratitude de l'humanité. »

En terminant, M. Le Dentu rappelle les morts que l'association de chirurgie a eu à enregistrer dans le cours de cette année.

« Mon allocution prendrait fin ici, mes chers collègues, si un pieux devoir, malheureusement aussi périodique que nos congrès eux-mêmes, ne me restait à remplir. Il me faut rendre hommage à la mémoire de ceux de nos collègues que nous avons perdus depuis l'année dernière : Henri Du-

bois, médecin distingué de l'armée, à qui nous devons plusieurs communications intéressantes; Berrut, un fidèle de nos réunions, adonné à la gynécologie, qui a poursuivi à Paris une carrière honorable; Zancarol, dont les sympathies très vives pour notre pays contribuaient à maintenir en Égypte l'influence de nos idées en même temps que notre prestige scientifique; Dezanneau, esprit resté actif en dépit de l'âge, qui n'avait pas attendu le grand mouvement de décentralisation chirurgicale dont nous avons été les témoins depuis une quinzaine d'années pour se faire à Angers la réputation d'un chirurgien distingué; Péan, dont on peut dire qu'il a aimé et pratiqué la chirurgie jusqu'à sa dernière heure.

Péan ne s'est pas contenté d'appliquer brillamment les préceptes que des maîtres éminents lui avaient légués. Il a eu sa chirurgie à lui; il a mis tout un appareil instrumental nouveau au service de plusieurs idées bien personnelles, principalement sur le terrain de la gynécologie. Il s'est ainsi taillé une belle place parmi les grands opérateurs du siècle. Voilà ce que l'histoire impartiale dira de lui. »

Après une courte suspension d'audience, la parole a été donnée à M. Albarran qui a lu son rapport si documenté sur la néphrectomie, rapport que nous avons donné en son entier dans l'un de nos derniers numéros. La discussion qui eût dû suivre n'a plutôt été que l'exposé de quelques cas particuliers rapportés par chaque orateur.

A vrai dire, on a parlé sur la néphrotomie; chacun a dit son mot, rapporté sa ou ses observations, mais on n'a point discuté, ce qui est profondément regrettable.

Peu importe que tel chirurgien ait été heureux, tel autre malheureux; que l'un ait pratiqué 2 fois et l'autre 10 fois la néphrotomie. Le véritable intérêt n'est pas là. Et le public l'a si bien compris, qu'au milieu de la séance la salle s'était à peu près complètement vidée.

---

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (IIe SESSION)

### DES ASSOCIATIONS MICROBIENNES DANS LA DIPHTÉRIE AU POINT DE VUE CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

Par M. le docteur Méry, agrégé de Paris.

Widal l'a dit : Il n'y a pas de maladie pure, partout on retrouve, à côté de la maladie principale, les germes des infections secondaires, partout on retrouve l'association, c'est-à-dire l'action pathogène commune combinée sur l'organisme de deux micro-organismes. C'est cette symbiose qu'il faut prouver si l'on veut démontrer l'existence de l'association morbide qui peut se faire au début de la maladie principale : infection mixte; ou pendant l'évolution de cette maladie : infection surajoutée.

**A. Historique.** — La première étude de valeur est celle de Roux et Yersin (1890). Barbier étudie ensuite la variété la plus importante, l'association du streptocoque et du bacille diphtérique. Sevestre fait une excellente description de la strepto-diphtérie. L'association du staphylocoque, celle du coccus Brisou, celle du pneumocoque, celle du proteus, celle du bacille de Friedlander sont relatées et discutées dans des travaux plus récents encore.

La simple notion de présence simultanée de deux microbes sur un tube de sérum coagulé ne permet pas d'affirmer qu'il y a association au sens propre du mot (Variot, Barbier, Widal). Quel est donc le criterium qui permettra d'affirmer l'association pathogène? Les uns disent que c'est le grand nombre des colonies qui réalisent cette condition (Martin et Chantemesse); les autres le trouvent en recherchant la virulence (Variot et Barbier) ou en examinant directement les fausses membranes (Méry). La vérité est qu'il n'y a pas de criterium parfait.

**B. Preuves du rôle pathogène des associations. Expérimentation. Anatomie pathologique.** — 1. Après l'expérience fondamentale de Roux (deux cobayes injectés, l'un avec une culture de streptocoque, l'autre avec une culture du bacille de Lœffler, n'ont que des lésions locales; un troisième, injecté avec le mélange des deux cultures, meurt rapidement), Funk se demande si le streptocoque ne rend pas l'organisme plus réceptif sans agir sur le poison produit.

En tout cas, ce serait l'association qui permettrait la généralisation du bacille diphtérique (Cuoghio, Costantini et Métin).

2. Faits anatomo-pathologiques. — Les lésions constatées, dans les diphtéries associées, sont différentes de celles de la diphtérie pure, et d'autre part, on a retrouvé au niveau des lésions les microbes d'association. Expériences de M. Binaud. Examens des fausses membranes avec résultats différents pour chaque cas. La clinique (Grancher) arrive aux mêmes conclusions.

**C. Diagnostic bactériologique des associations.** — Les méthodes d'examen sont les suivantes : examen direct des fausses membranes, cultures, étude macroscopique et microscopique, recherche de la virulence. La présence possible, à l'état normal, des divers microbes d'association dans la cavité buccale, rendra encore l'investigation plus délicate.

Le sérum coagulé n'est pas un milieu de culture idéal et parfait pour le streptocoque. Les difficultés de croissance permettent d'induire de sa présence, surtout en colonies abondantes, une action pathogène véritable, et c'est là le criterium, tout imparfait qu'il soit, auquel Roux et Martin attachent le plus d'importance.

L'examen direct des fausses membranes a une valeur plus importante que la recherche de la virulence. Sur des coupes, on peut voir des streptocoques envahissant les parties profondes de la membrane, mélangés à la surface avec les bacilles diphtériques, que souvent ils peuvent presque masquer. La comparaison des coupes appartenant à ces strepto-diphtéries, et, d'autre part, de coupes de diphtérie pure, est des plus instructives et démonstratives. C'est le procédé d'élection, mais impossible à utiliser pour un diagnostic rapide. Les frottis de fausses membranes donnent rapidement des renseignements presque analogues.

Il faudra conclure après avoir épuisé les procédés d'examen, et encore ne pourra-t-on avoir que des renseignements précieux mais pas de caractère pathognomonique.

**D. Diagnostic clinique des associations microbiennes.** — Nous le résumons dans le tableau ci-dessous :

1° Association streptococcique (strepto-diphtérie). — *Symptômes locaux.* — Rougeur plus vive de la muqueuse, aspect ulcéreux, fausses membranes, molles, grisâtres, putrilagineuses, gonflement plus considérable des muqueuses, fétidité de l'haleine, ganglions plus atteints qu'en

diphtérie pure, œdème périganglionnaire, cou proconsulaire.

Pour le croup, fréquence plus grande des broncho-pneumonies, jetage purulent par le tube ou la canule.

*Symptômes généraux.* — Début plus brusque, fièvre plus violente, prostration, albuminurie plus intense, érythèmes, purpura, hémorragies diverses. Arthralgies. Phénomènes septicémiques ou pyohémiques.

*Formes cliniques.* — Strepto-diphtéries infectieuses aiguës et suraiguës (Sevestre). Strepto-diphtéries infectieuses lentes à phénomènes uniquement locaux (Sevestre, Barbier, Dupuy). Diphtéries secondaires.

2° Association a coli-bacille et bacilles coliformes. — Formes cliniques *analogues* aux strepto-diphtéries infectieuses.

3° Association a pneumocoque de Talamon-Frankel. — Pas de caractères spéciaux. Complications pulmonaires spéciales.

4° Association a staphylocoque. — Pas de caractère défini. Formes moins graves localisées.

5° Association a coccus Brison. — Pronostic bénin.

6° Association a proteus. — Forme grave, gangréneuse.

7° Association a pneumo-bacille de Friedlander. — Très rare.

En terminant, le rapporteur dit que la bactériologie et la clinique se doivent un mutuel appui; aucun diagnostic précis d'association n'est possible si elles sont isolées.

E. **Traitement des diphtéries associées.** — L'action du sérum de Roux n'est en rien entravée du fait de l'association. On sera seulement obligé de donner des quantités plus considérables de sérum. Le sérum de Marmorek doit être essayé dans la seconde période des angines associées. Ensuite on emploiera localement les antiseptiques (eau bouillie et liqueur de Labarraque). On relèvera les forces, le cœur, l'état général. Les accidents, désignés sous le nom d'accidents du sérum, s'observeraient de préférence dans les diphtéries associées.

---

## LES PURPURAS DE L'ENFANCE

Par M. le docteur Maurice Perrin, chargé du cours de clinique dermatologique à l'École de médecine de Marseille.

Le travail de revision et d'épuration, qu'oblige à faire pour toutes les questions la période scientifique dans laquelle nous nous trouvons, a été entrepris pour les purpuras par de nombreux auteurs : Hutinel, de Gimard, Claisse, Babes, Hayem, Marfan, Widal.

Le purpura n'est qu'un symptôme, qu'une manifestation communs à diverses affections. Le purpura n'est pas une dermatose bien définie, mais avant de décrire les purpuras, il faut essayer une description d'ensemble du purpura lui-même.

*Description des lésions cutanées.* — Le purpura est une éruption de taches multiples variant du rouge vif au noir, ne disparaissant pas par la pression du doigt et subissant les diverses transformations des épanchements sanguins. Tantôt les taches sont petites (forme pétéchiale), tantôt ce sont de véritables ecchymoses; les pétéchies peuvent être saillantes, mais la manifestation papuleuse disparaît rapidement. Les taches prédominent aux membres, surtout aux inférieurs.

Le plus souvent, l'éruption est symétrique et procède par poussées successives, mais il y a des exceptions à la règle; la tache purpurique est due à l'accumulation de globules rouges du sang dans l'épaisseur du derme (purpura ectasique et purpura extravasif).

L'hémorragie cutanée coïncide avec des symptômes généraux plus ou moins graves, de la fièvre et d'autres hémorragies muqueuses, séreuses ou viscérales; mais il est inutile, cependant, de maintenir en purpura simplex, purpura hemorragica, purpura fébrile ou purpura apyrétique; il vaut mieux retenir la concomitance des érythèmes au voisinage des articulations, de lymphangites, d'adénites ou d'anasarque.

*Des diverses formes de purpuras.* — Marfan admet trois variétés : 1° le purpura rhumatoïde; 2° le purpura infectieux primitif; 3° la maladie de Werlhof; il y a, enfin, un quatrième groupe de purpuras secondaires. Le but du rapporteur est de montrer qu'entre toutes les formes il n'y a qu'une différence de degrés.

*Partie clinique.* — Description d'un cas typique de purpura rhumatoïde (péliose rhumatismale de Schœnlein, purpura myélopathique de Faisans) : ce purpura se rencontre assez fréquemment au printemps, surtout chez les enfants de quatre à dix ans. L'affection débute par un état gastrique avec vomissements bilieux et diarrhée, puis viennent des douleurs articulaires et musculaires, et enfin les taches (triade de Schœnlein); les articulations peuvent présenter un certain degré d'épanchement, la peau est tendue et œdémateuse, rosée et douloureuse à la pression, les arthropathies ne sont pas mobiles comme dans le rhumatisme vrai, la température atteint 38 à 38°5; il y a de la céphalalgie, les poussées sont très irrégulières et les récidives fréquentes. Quelquefois les phénomènes gastro-intestinaux prédominent et s'accompagnent d'ictère avec selles sanguinolentes, quelquefois le processus ne frappe que les muqueuses sans manifestation cutanée, les complications viscérales sont rares même du côté des reins.

*Purpura à forme suraiguë.* — Début brusque par des symptômes nerveux, dyspnée avec frissons, le malade est prostré, rate grosse, urine rare, mort en quatre ou cinq jours (purpura fulminans de Hénoch, typhus angeio-hématique de Landouzy).

*Forme typhoïde du purpura.* — C'est la variété atténuée de la forme précédente; durée d'au moins quinze jours, la mort n'est pas fatale.

*Maladie de Werlhof.* — Elle est encore d'un degré de gravité moindre; les hémorragies sont les seuls symptômes, mais les ecchymoses disparaissent rapidement; les gencives peuvent donner lieu à un écoulement abondant, durée de quinze jours; pas de fièvre.

*Discussion de chacune des variétés de purpuras et de leurs caractères distinctifs.* — Rien n'est plus irrégulier, rien n'est plus imprévu que l'évolution de chacune des variétés; il peut y avoir une transformation complète de la maladie, à l'apyrexie peut succéder rapidement un état fébrile et même une adynamie plus ou moins prononcée. Il y a donc de nombreuses difficultés dans la distinction des variétés : observations de Descouts, de Gimard, de Bucquoy, de Faisans et de Marfan. Beaucoup de purpuras secondaires ressemblent plus à la maladie de Werlhof qu'aux deux autres variétés de pur-

pura. Les hémorragies muqueuses et les phénomèmes fébriles sont aussi très variables, et on passe insensiblement pour chaque symptôme d'un degré à l'autre.

*Étiologie et pathogénie. Age.* — Les cas sont fréquents de quatre à dix ans, très rares après vingt ans. Le purpura peut s'observer chez le fœtus et après la naissance; les petits hérédo-syphilitiques sont exposés plus que tout autre enfant aux hémorragies. Les hémorragies cutanées peuvent aussi reconnaître une cause mécanique (à retenir pour la médecine légale). Rappelons aussi que le cadre de l'hémophilie se rétrécit de jour en jour.

*Purpuras infectieux secondaires.* — Ce sont des complications des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, des affections de l'appareil respiratoire et du tube digestif, des intoxications médicamenteuses ou alimentaires, des états cachectiques. Depuis longtemps, d'ailleurs, la nature infectieuse des purpuras secondaires est admise.

*Nature et pathogénie des purpuras.* — Cruveilhier décrivit la phlébite capillaire hémorragique. Hayem invoque la dégénérescence graisseuse des artères, d'autres accusent l'origine nerveuse, mais c'est la bactériologie qui a le mieux éclairé ce point de la question, bien que les résultats ne soient pas toujours positifs (recherches de Straus, Widal, Le Gendre, Charrin, Bouchard).

L'infection agit sur les capillaires par ses toxines, soit directement, soit indirectement par l'entremise du système nerveux.

Hayem décrit comme altérations du sang : 1° la diminution considérable du nombre des hématoblastes; 2° la faible rétractilité du caillot. M. Apert nie cette rétraction du caillot. Pour M. Apert et pour M. Sortais, ce sont les atérations du rein et surtout celles du foie qui jouent un rôle prépondérant dans la pathogénie du purpura.

*Mécanisme de la lésion purpurique.* — Les toxines élaborées du fait d'une infection quelconque pénètrent dans la circulation, où elles altèrent la composition du sang et provoquent des taches purpuriques. A côté du rôle des toxines, il faut encore tenir compte des causes qui préparent le terrain (causes banales, froid, émotions, misère, surmenage et auto-intoxications, érythèmes multiformes à l'époque du sevrage observés par M. Sevestre).

De nouvelles recherches élucideront très probablement l'étude si complexe des purpuras.

Dr FRANÇOIS,
Chef de clinique à l'École de médecine de Marseille.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 octobre 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### RAPPORTS

**Prix Meynot.** — M. MONOD donne lecture du rapport sur le prix Meynot.

**Prix Baillarger.** — M. MOTET analyse les travaux envoyés pour le prix Baillarger.

**Prix Herpin.** — M. HUCHARD fait le rapport sur les travaux des concurrents du prix Herpin.

### LECTURES

**Actinomycose de l'ombilic par inoculation de barbes d'épis de blé.** — M. REBOUL (de Nîmes) communique l'observation d'un homme de vingt et un ans, qui avait pris part, au mois de juillet dernier, aux travaux de la moisson, et moissonnait nu jusqu'à la ceinture à cause de la chaleur; il avait remarqué que des débris d'épis s'accumulaient dans son ombilic; il ne put s'en débarrasser qu'incomplètement. A la suite de cet accident, une tumeur se produisit progressivement et sans douleur au niveau de l'ombilic. Le 23 août, on constatait, à la partie inférieure de l'ombilic, une tumeur ovalaire, dure, de 6 centimètres de diamètre et l'ombilic lui-même, plein de bourgeons papillomateux et d'ichor fétide, saignait au moindre contact. Entre les bourgeons on apercevait deux brindilles d'épis.

M. Reboul pratiqua l'extraction de cette tumeur le 27 août; guérison sans incidents.

L'examen de la tumeur a montré sur la coupe de petits grains jaunes disséminés, que l'examen microscopique a révélés composés d'actinomyces. Dans plusieurs petites cavités purulentes, se trouvaient des glumelles de blé, autour desquelles les grains d'actinomyces étaient très abondants. Les cultures ont donné de belles colonies d'actinomyces.

Cette observation confirme l'importance des piqûres avec des épis de blé dans l'étiologie de l'actinomycose, et montre la possibilité du développement de cette maladie au niveau de l'ombilic.

**Résections intestinales.** — M. J. BŒCKEL. Les résections du gros insestin, faites de propos délibéré dans les cas de tumeur de cet organe, sont loin d'être des opérations courantes. Cela tient d'abord à ce que les tumeurs du gros intestin sont souvent méconnues, parce que les symptômes qu'elles engendrent sont assez vagues.

En second lieu, à ce que l'affection, lorsqu'on l'a reconnue, a généralement pris une extension telle que la résection est jugée impraticable et que la seule ressource pour prolonger la vie du malade consiste alors à faire un anus artificiel.

Le rôle du médecin consistera donc à reconnaître la maladie le plus tôt possible, afin que le chirurgien puisse réséquer la tumeur en temps utile; alors seulement son intervention pourra être réellement efficace et vraiment curative, sans garantie durable toutefois pour l'avenir, lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes.

M. Bœckel a opéré trois femmes de quarante, quarante-trois et quarante-sept ans. La première était atteinte d'une tumeur du cæcum de nature tuberculeuse; les deux autres d'un carcinome du côlon descendant et ascendant. Chez l'une d'elles, il a fait avec succès la résection d'une notable portion du côlon descendant dans le voisinage de la courbure splénique.

Il a suturé bout à bout les deux tronçons d'intestin divisés, refermé le ventre et obtenu une guérison absolue le vingtième jour.

Chez les deux autres, il a réséqué le cæcum avec l'appendice, plus une portion du côlon ascendant et de l'iléon bien au delà des limites du mal, et établi une communication entre l'intestin grêle et le gros intestin, grâce à une implantation latérale du premier sur le second (iléo-colostomie par implantation).

La première de ces opérées guérit au bout d'une dizaine de jours et put reprendre ses fonctions au bout de six semaines. Elle est bien guérie depuis lors.

La seconde mourut le sixième jour; elle avait évidemment été opérée trop tard, car sa tumeur, de nature cancéreuse, avait déterminé des métastases étendues, sous forme de noyaux cancéreux énormes, dans le foie, dans le péritoine et dans les ganglions rétro-péritonéaux.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — Le jury du concours s'est divisé en deux sections, comme suit :

Anatomie : MM. Gaillard, Vaquez, Potherat, Beurnier et Potocki.

Pathologie : MM. Fernet, Moizard, Monod, Nélaton et Maygrier.

ORDRE DE LECTURE DES COPIES. — *Candidats militaires.*

ANATOMIE. — MM. Ball, Onfray, Flourens, Duc-Dodon, Girod, Voisin, Perin, Pouliot, Salomon, Poirier de Clisson, Triau, Villaret (Maurice), Chevrier, Rathery, Mary, Grenet, Laurens, Bouchet.

PATHOLOGIE. — MM. Poirier de Clisson, Triau, Villaret (Maurice), Chevrier, Rathery, Mary, Grenet, Laurens, Bouchet, Ball, Onfray, Flourens, Duc-Dodon, Girod, Voisin, Perin, Pouliot, Salomon.

Les lectures de pathologie ont eu lieu mardi et mercredi.

Celles d'anatomie ont commencé mardi et se termineront jeudi, à huit heures et demie du soir, à la Charité.

La première séance d'oral aura lieu le samedi 22 novembre, à quatre heures et demie, à l'amphithéâtre de l'Assistance publique.

*Pathologie.* — Candidats militaires (séance du 18 octobre) : MM. Poirier de Clisson, 12 ; — Villaret (Maurice), 10 ; — Chevrier, 12 ; — Rathery, 13 ; — Mary, 12 ; — Grenet, 15 ; — Laurens, 14 ; — Bouchet, 12 ; — Gadaud, 12.

*Anatomie.* — MM. Ball, 10 ; — Flourens, 5 ; — Duc-Dodon, 7 ; — Girod, 11 ; — Voisin, 12 ; — Périn, 9 ; — Pouliot, 13 ; — Salomon, 9.

*Candidats non militaires.* — La lecture des copies d'anatomie suivra l'ordre de la liste suivante, du nº 1 au 341.

Celle des copies de pathologie commencera par le nº 172 jusqu'au nº 341, puis du nº 1 au nº 171 :

*Liste des candidats non militaires.* — 1. MM. Bourlot, Mounier, Cresson, Froin, Morlet, Papillon, Philippe, Algret, Millon, Beauvy, Huguier, Heller, Chevalier (Paul), du Pasquier, Jacowski, Bruaudet, Trastour, Armand Delille, Et. Guibal, Latron.

21. Philibert, Bordenave, Alexandre, Piot, Belgrand, Camus, Theuveny, Diel, Balthazard, B. Weill, Aubertin, L. Alquier, Santiard, Berton, Ricou, Caubet, Baudelot, Grivot, G. Legros, R. Follet.

41. Merlet, Viteman, Loisel, Audard, Sabaréanu, Gottschalk, Roy, Duflos, Mauban, de Gorsse, J. Dupuy, Delamarre, Asselineau, Barcat, Reynaud, Guénot, Bailey, Pophillat, Cholet, Pellagot.

61. Petresco, Blum, Ravoux, Lelong, Fromageot, Bonamy, Paris, Sabatié, Aguinet, Le Roux, Simonesco, Chardin, Andrieu, Vattberghe, Lardenois, Vivier, Lecornu, Méret, Guénard, Lutier.

81. Laignel-Lavastine, Fabre, Roubaud, Civatte, Petit, Chevé, Dauzat, Ferry, Mesnil, Debrovitch, Langevin, Debret, Poulard, Baudoin, Hervoit, Legros, Pedebidou, Roglet, Lortat-Jacob, Spindler.

101. Aubourg, Arnoux, Nollet, Baumgartner, F. Roubaud, François, Baup, Bricet, Sébilleau, Bentz, Ribadeau-Dumas, Assicot, Descamps, Montais, Bergeron, Mlle Pariselle, Beaujard, Morichau-Beauchant, Percheron, Mircouche.

121. Bonneau, Leri, Bournissien de Valmont, Regnard, Barbin, Tassin, Courtellemont, Rey, Brocard, de Lacombe, De Clomesnil, Bony, Maury, Chevrey, Kahn, Milanoff, Chevé, Mouchotte, Courcoux, Herrenschmidt.

141. Cathala. Pécharmant, Lance, Philippon, Fouqué, Housquains, Logerol, Silhol, Remousenard, Sentex, Jamet, Godineau, Tourlet, Morisette, Tillaye, Le Lorier, Fernique, Saint-Cène, Coudert, Goubeau, Gardner.

161. Salmon, Rostaine, Prat, Audistère, Le Roy des Barres, Grillot, Zacchiri, P. Dupuy, Le Sourd, Matsoukis, Ambrosi, Cahen, Delaage, Carton, Savignac, Arloing, Crouzon, Hahn, Marais.

181. Cottu, Calvé, Chomet, Tardif, Daniel, Pourtié, Nicaise, Calmels, P. Guibal, Mercadé, Autefage, Dardeau, Devé, Roland, Delherm, Loin, Berthier, A. Lelong, Marchand, Lobligeois.

201. Halberchtad, Lorot, Lefas, L'huillier, Lemièrre, J. Roché, Ch. Roché, Loiselet, Guillemet, P. Guihal, Benoît, Lacaille, Leuret, Dambrin, Léculier, Mahar, Jarvis, Katz, F. Lévy, Gistrier.

221. Jomier, R. Gaultier, Robin, Delaunay, A. Garrigues, G. Weill, G. Coudert, J. Renon, Mettey, Wagon, Vinsonneau, Werbeck, Warin, Imbault, Kuhn, Besson, Bosvieux, Juy, Iribarne, Soularue.

241. Thiollier, Lacasse, J. Vaillant, Mutzner, Reliquet, Foulon, Laubry, Semeril, Legroux, Gennet, Préciado, Vassor, Eloy, Pied, Dionis du Séjour, Napieralski, Hallopeau, Mme Douzeau, Cruet, Foisy.

261. Dieu, Aribat, A. Garrigues, Gougis, Bréal, Detot, Cottard, Cuqu, Pamard, Fontaine, Lemaître, Bertrand, Le Gambier, Gadaud, Goulard, Sudaka, G. Netter, Meuriot, Froment, Israël.

281. Ch. Fouquet, Gernez, Tabarit, Gross, Tridon, J. Chevalier, Housselot, Surrel, Duclaux, Hulleu, Leh, Bellin, Soupault, Laffite, Gibert, Roger, Javal, Arou, Demaldent, Bluzat.

301. Bloch, Gasne, Rodocanachi, Jouon, Gauckler, Monier, Touchard, Mirande, Rousseau, Beneteau, Rouet, R. Roger, Quillier, Meslay, Chapotin, Inglessy, Gimbal, Labussière, Marmasse, Gascheau.

321. Simon, Guillaume, Petit, Jullien, Furet, Fildermann, Cointepas, Blondin, Bergouignan, Goujon, Athanasiu, Osty, Bender, Moureyre, Grégoire, Larré, Murer, J. Delage, J. François-Dainville, Quillon.

341. Montoux.

— Par décret, en date du 15 octobre 1898, a été nommé au grade de chevalier dans la Légion d'honneur :

M. le docteur Petit, maire de Longeau, président du conseil d'arrondissement de Langres ; donne depuis dix ans des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie de son canton et à leurs familles. Pendant la guerre de 1870-1871, a assuré le service médical des troupes de passage à Longeau et a dirigé pendant 4 mois une ambulance militaire créée dans cette localité.

— Par arrêté ministériel en date du 15 octobre 1898, M. le docteur Capdeville, adjoint au maire d'Alfortville, conseiller d'arrondissement, médecin-inspecteur des écoles, a été nommé officier d'Académie.

— Par décret, en date du 15 octobre 1898, sont nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

*Au grade de médecin principal de première classe* : MM. les médecins principaux de deuxième classe Millet, en remplacement de M. Moussu, décédé ; maintenu à son poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Verdun. — Bachelet, en remplacement de M. Mutin, retraité ; maintenu provisoirement à l'hôpital militaire de Nancy.

*Au grade de médecin-major de première classe* : M. le médecin-major de deuxième classe Medieux, en remplacement de M. Baudouin, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; maintenu à l'école militaire d'infanterie.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe* : MM. les médecins aides-majors de première classe Marotte, en remplacement de M. Ollier de Vergèze, démissionnaire ; maintenu à son poste de surveillant à l'école du service de santé militaire. — Louet, en remplacement de M. Medieux, promu ; maintenu au 12e bataillon d'artillerie à pied.

— Un concours pour la nomination à la place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le jeudi 1er décembre 1898, à midi, à l'amphithéâtre de l'Administration de l'assistance publique, avenue Victoria, nº 3. — Le registre d'inscription des candidats sera ouvert, à midi, le lundi 31 octobre, et sera clos définitivement le lundi 14 novembre, à trois heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(XIIe SESSION)

### DE LA NÉPHROTOMIE

Après la lecture du rapport de M. Albarran, différents orateurs ont pris successivement la parole, moins pour discuter que pour établir leur statistique personnelle. Quelques communications doivent cependant être signalées.

M. LE DENTU cite un cas où il a pratiqué la néphrotomie chez un jeune homme qu'il croyait atteint de lithiase rénale. L'incision rénale montra qu'il n'y avait aucun calcul et qu'il s'agissait d'autre chose : néphrite douloureuse, dit l'orateur. Mais cette erreur de diagnostic, qui sans aucun doute ne laissa pas que d'être désagréable au chirurgien, fut profitable au malade, car ses douleurs disparurent pour ne plus revenir.

M. Le Dentu en conclut que, dans certains cas de douleurs rénales, la néphrotomie est indiquée. Avant de suivre le professeur de Necker sur ce terrain, les praticiens se demanderont sans doute qu'on établisse avec soin les signes de cette néphrite douloureuse, car on a souvent trop de tendance à localiser dans l'appareil urinaire supérieur des troubles douloureux uniquement parce qu'ils siègent dans la région lombaire.

M. TÉDENAT (de Montpellier) parle surtout sur la néphrolithotomie. Des cas qu'il fait connaître, un est intéressant, c'est celui d'une malade présentant dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur fluctuante qu'il ponctionna; il retira deux verres à bordeaux de pus fétide; il fit alors une incision et la sonde lui permit de reconnaître, au fond de la plaie, un calcul. Ne pouvant extirper celui-ci par cette voie, il fit une laparotomie sous-péritonéale et tomba sur un rein ectopié, situé dans le Douglas et renfermant un calcul. Il incisa l'organe sur son bord convexe et put extraire le calcul, qui avait 10 centimètres de long et était contourné en S; malheureusement, la malade succomba le quatrième jour et l'autopsie ne put être faite.

M. LEONTE (de Bucarest) est un néphrotomiste fervent; il considère l'incision du rein comme dépourvue de toute gravité et supérieure à tout autre moyen d'exploration.

M. REYNIER (de Paris) pense que M. Albarran et les spécialistes font à la néphrotomie un pronostic trop favorable. La néphrotomie, par les fistules fréquentes et persistantes qu'elle entretient, nécessite souvent la néphrectomie secondaire, qui se fait alors, dit-il, dans de déplorables conditions. En cela, l'orateur n'est pas d'accord avec la majorité des chirurgiens urinaires, qui considèrent que la néphrotomie préventive comporte une mortalité bien plus élevée.

La communication de M. BAZY porte sur trois points :

1° *Manuel opératoire de la néphrotomie lombaire.* — L'incision part de l'angle costo-musculaire et aboutit à un ou deux travers de doigt de la partie la plus élevée de la crête iliaque.

La fixation des bords de l'incision rénale à la peau est inutile ou impossible.

Après la néphrotomie, il met, dans l'uretère, par le bassinet, une bougie destinée à déboucher l'uretère, à s'assurer de sa perméabilité et de son degré de perméabilité, et à empêcher cet uretère d'être obstrué, dans les jours qui suivent l'opération, par des caillots ou des bouchons de pus. Cette manœuvre peut être facilitée par un instrument spécial (cathéter pyélo-urétéral).

Certaines pyonéphroses sont, en partie ou en totalité, sous-costales; il faut insister sur ce fait pour mettre en garde contre l'oubli de l'ouverture de ces poches.

2° Le *pronostic de la néphrotomie* dépend de beaucoup de conditions, et, en particulier, de l'état du rein opposé. Celui-ci ne peut guère s'apprécier par l'analyse de l'urine. Le cathétérisme de l'uretère est inutile et dangereux; le bleu de méthylène paraît être le meilleur moyen de s'assurer de la perméabilité.

3° *Néphrotomie précoce.* — La néphrotomie précoce, dans les suppurations, est l'opération vraiment conservatrice, elle intervient avant qu'il ne se soit produit des altérations irrémédiables.

4° L'étude comparative de la sécrétion urinaire montre que, dans des reins hydro ou pyonéphrotiques par obstacle à l'excrétion, la quantité d'urine excrétée par le rein malade peut être et est souvent supérieure à celle du rein sain; elle peut être double ou triple.

La quantité totale d'urée est inférieure, quelquefois égale ou même supérieure; les chlorures diminués ou quelquefois

égaux; l'acide urique diminué, quelquefois égal; l'acide phosphorique tantôt augmenté, tantôt diminué.

Quand la quantité, en même temps que la qualité, est notablement diminuée, on peut faire la néphrectomie secondaire si, du reste, elle est indiquée.

Les résultats éloignés sont, en général, bons. Sur plus de 50 néphrotomies, M. Bazy a dû refaire 2 fois la néphrotomie, 3 fois faire la néphrectomie, dont 1 fois, il y a six ans, par morceaux, sans qu'on soit autorisé à faire de ce moyen une méthode.

Quelques malades peuvent conserver, sans inconvénient, une fistule pendant des mois et des années.

M. TUFFIER pose quelques indications de la néphrotomie.

Dans certains cas d'hématurie par cancer, il est intervenu avec succès par la néphrotomie : la tumeur a continué son évolution, mais l'hématurie a cessé.

Dans un cas d'hématurie, la néphrotomie a été faite et la malade est restée guérie deux ans, puis le sang a reparu.

Contre l'anurie, il faut opérer le plut tôt possible.

Dans les cas d'hydronéphrose la néphrotomie semble inférieure aux opérations qui ont pour but de redresser le rein.

Enfin, dans les lésions septiques du rein, on a le plus souvent une fistule qui peut être urinaire, uro-purulente ou purulente. Contre la fistule urinaire simple, on suturera, après ablation des bords de la fistule.

Contre la fistule uro-purulente on n'agira que médiocrement. La fistule purulente est un peu plus facile à guérir.

Enfin, dans la tuberculose récente, il faut faire la néphrectomie.

M. DOYEN (de Reims) rejette comme dangereux le cathétérisme rétrograde des uretères. Voici le procédé qu'il recommande pour faire le diagnostic du fonctionnement de chaque rein : la vessie est lavée soigneusement, puis on comprime à travers la paroi un des deux uretères; pendant ce temps, l'urine coule dans la vessie et, au bout de quelques minutes, on sonde le malade; l'urine obtenue est celle du rein dont l'uretère n'a pas été comprimé. On procède d'une façon analogue pour l'autre rein et l'on a ainsi l'urine des deux reins successivement : on peut les comparer aisément et diagnostiquer le rein malade.

M. POUSSON (de Bordeaux) est un spécialiste très apprécié qui, après nous avoir fait connaître 15 cas de sa pratique et en avoir tiré quelques conclusions, termine en émettant une proposition que les médecins jugeront quelque peu hardie : il ne s'agit de rien moins que d'ouvrir le rein dans les cas de coliques néphrétiques. L'opération aurait le triple avantage de diminuer la tension intrarénale, de faire cesser le spasme et d'empêcher la dégénérescence de l'épithélium rénal.

Nous ne saurions nier tous ces avantages, mais il est probable cependant que nombre de médecins préféreront encore, pendant longtemps, recommander la modeste seringue de morphine contre la simple colique néphrétique.

M. MICHAUX (de Paris) parle en chirurgien qui a observé ses malades et les a suivis. Ce n'est pas une statistique qu'il fournit, c'est une série de déductions tirées de l'observation des faits; voici comment il s'exprime :

« Sur six néphrotomies faites pour des abcès du rein, des néphrites calculeuses, des pyélonéphrites par infection générale, j'ai obtenu des résultats immédiats très satisfaisants, mais si j'en excepte les abcès bien collectés du rein, qui m'ont donné une satisfaction d'autant plus grande que l'état antérieur des malades était plus grave, parfois même absolument désespéré, il n'en a pas été de même des trois faits de néphrite calculeuse et de néphrite infectieuse où le volume du rein, la pyurie et les phénomènes douloureux m'avaient conduit à pratiquer la néphrotomie.

Ces trois malades ont été soulagés momentanément, mais ce soulagement a été de peu de durée; bientôt deux de mes malades ont recommencé à souffrir, leur fistule uro-purulente a sécrété abondamment, il y a eu des poussées infectieuses que les pansements les plus soignés n'ont pu réussir à vaincre que fort imparfaitement. Les malades sont restés des mois dans mon service; j'ai dû pratiquer à l'un d'eux une néphrectomie secondaire; à l'autre j'ai vainement cautérisé au fer rouge le parenchyme rénal largement ouvert. Malgré tous ces soins, l'état de ces deux malades a été continuellement en s'aggravant, et ils ont succombé tous deux à leur infection rénale, l'un au bout de six mois (néphrite calculeuse), l'autre au bout d'un an (néphrite éberthique), c'est le malade auquel j'avais pratiqué la néphrectomie secondaire.

Tous deux avaient des reins profondément dégénérés, la quantité d'urine a été graduellement en décroissant, les douleurs de plus en plus accentuées n'étaient calmées que par des injections répétées de morphine.

Si on veut bien réfléchir aux altérations profondes du rein dans ces pyélonéphrites septiques, aux abcès multiples qui remplissent les cloisons, on se rendra compte des difficultés que rencontre la néphrotomie pour amener une guérison définitive.

Il est donc bon que le chirurgien ne compte pas sur des résultats éloignés satisfaisants dans tous les cas où les lésions sont multiples, étendues et avancées.

Cela n'empêche pas que la néphrotomie ne soit une bonne opération, qu'elle soit même parfois la seule opération praticable d'urgence, mais ce sont là des conditions qui ne sont pas toujours réalisées. Le point important est que le rein ne soit pas trop altéré, aussi je crois que la néphrotomie doit être pratiquée de bonne heure pour donner un bon résultat, pour que les lésions rénales puissent se cicatriser. Si la néphrotomie est faite tardivement, si les lésions sont trop avancées, les résultats immédiats seront peut-être bons, ils amèneront du soulagement, ils seront impuissants à guérir. Telles sont les conclusions qui me paraissent découler de mes observations. »

M. LEGUEU a incisé le rein d'une jeune fille de dix-huit ans, qui souffrait de la région lombaire, et n'a rien trouvé ni dans le parenchyme ni dans le bassinet. Les douleurs cessèrent dans la suite, mais des crises nerveuses apparurent et firent voir qu'il ne s'agissait que d'une simple névralgie rénale.

Ce cas nous montre qu'il faut être prudent avant de poser l'indication de la néphrotomie, lorsqu'il n'existe pas de signes urinaires nets et qu'on se base spécialement sur l'existence de la douleur. Cette observation est à rapprocher de celle publiée par M. Le Dentu au début de la séance.

M. ALBARRAN reprend un point qu'il n'a pu qu'effleurer dans son rapport, on a reproché avec raison à la néphrotomie de déterminer des **fistules urinaires**. Aussi le traitement de cette complication doit-il préoccuper le spécialiste. C'est ce traitement qu'étudie M. Albarran.

« Il est nécessaire de distinguer trois variétés de ces fistules : ce sont les fistules urinaires, les purulentes et les uropurulentes.

A. Pour que la fistule urinaire se trouve constituée, il est nécessaire que le bassinet ou les calices soient intéressés par le traumatisme opératoire, ou qu'il se soit produit une ouverture secondaire de ces cavités, déterminée par l'infection de la plaie. Lorsque l'opération porte sur un rein non distendu, la fistule est rare en dehors de la tuberculose, même lorsqu'il existe de la pyélonéphrite. Lorsque l'opération est pratiquée sur un rein en état de rétention, la fistule consécutive est d'une extrême fréquence : ces fistules ne sont pas dues à l'altération du tissu rénal qui serait inapte à cicatriser, mais bien à l'obstacle au libre écoulement par l'uretère des produits sécrétés par la poche rénale. Cet obstacle consiste dans le rétrécissement, la coudure ou l'insertion vicieuse de l'uretère dans la poche pyélorénale. Lorsque l'urine s'écoule facilement par l'uretère, la fistule opératoire se ferme spontanément, même lorsque le tissu rénal présente les lésions habituelles de la pyonéphrose. C'est ainsi que j'ai pu, dans un cas de pyonéphrose, éviter la fistule consécutive à la néphrostomie, en plaçant, dès le premier jour, une sonde uretérale à demeure. Dans trois autres cas d'uro-pyonéphrose et de pyonéphrose j'ai vu, le jour même où la sonde uretérale a été mise en place, tout écoulement cesser par la fistule qui s'est spontanément fermée en quelques jours. Parmi les quatre malades que je viens de mentionner, trois ont définitivement guéri par la simple application de la sonde uretérale à demeure, suivant mon procédé, et la guérison se maintient depuis vingt-deux mois, dans le premier cas, et depuis quatorze mois et neuf mois dans les deux autres; le quatrième avait une insertion vicieuse de l'uretère et j'ai dû pratiquer l'uretéro-pyélostomie.

Il est classique de dire que, lorsqu'il existe une fistule rénale urinaire et que l'uretère est perméable, on doit aviver et suturer le rein; et on cite un succès ainsi obtenu par M. Tuffier. Cette intervention me paraît inutile lorsque l'urine s'écoule bien par l'uretère, puisque, dans ce cas, la fistule se ferme seule rapidement; lorsque cette condition manque, l'intervention peut être dangereuse en créant une rétention rénale.

En présence d'une fistule urinaire post-opératoire, je commence par déterminer, au moyen du cathétérisme cystoscopique des uretères, la valeur fonctionnelle de la poche rénale. Si l'analyse de l'urine du rein fistuleux me fait penser qu'il y a utilité à le conserver, j'agis différemment suivant que l'uretère est ou non perméable à la sonde.

1° Lorsque l'uretère est perméable et laisse pénétrer une sonde jusque dans le bassinet, je laisse cette sonde à demeure et je la remplace les jours suivants par d'autres sondes plus grosses, en arrivant, si possible, aux numéros 11 ou 12. Lorsque la fistule reste fermée pendant une quinzaine de jours, la sonde, qui a servi aussi à pratiquer des lavages de la poche, est retirée. On vérifie ensuite, à différents intervalles, si la rétention rénale a complètement disparu. Si après ce traitement on constate, malgré la fermeture de la fistule, qu'il persiste de la rétention rénale, il faudra supposer que l'uretère n'a pu reprendre son calibre, ou encore que son insertion à la poche rénale présente une disposition particulière, qui exigera une intervention analogue à celle des malades dont l'uretère est imperméable à la sonde.

2° Lorsque l'uretère ne laisse pas passer une sonde jusque dans le bassinet, il faut se décider à intervenir directement. Dans ces cas, j'introduis avant l'opération une sonde dans l'uretère en la poussant aussi loin qu'elle peut aller : par une incision suffisante j'arrive sur le rein et trouvant facilement l'uretère, grâce à la sonde préalablement introduite, je puis explorer minutieusement les conditions de l'uretère et agir suivant les circonstances. On pourra, suivant les cas, pratiquer alors l'uretérotomie, l'uretéro-pyélostomie, l'uretéro-pyélonéostomie, ou, comme je l'ai fait dans deux cas, la résection autoplastique du rein ou le capitonnage de la poche pyélorénale. Toutes ces opérations ont pour but de conserver le rein et on ne se décidera à la néphrectomie que lorsqu'il est reconnu impossible de rétablir le cours normal des urines.

B. Les fistules purulentes pures sont particulièrement dues aux lésions de périnéphrite. Lorsque le rein lui-même est en cause, on voit généralement, même si l'organe est réduit à une coque informe, l'urine se mélanger au pus. Dans un grand nombre de ces fistules, le rôle du rein se borne à empêcher par sa présence le bon drainage des anfractuosités de la plaie; pour que le rein lui-même sécrète du pus à l'exclusion d'urine, il faut que sa destruction soit très avancée par la maladie.

Dans les fistules purulentes, il convient encore d'établir un diagnostic précis en ayant recours au cathétérisme uretéral. Si on constate que le rein sécrète de l'urine par la sonde, on bornera l'intervention au nettoyage et à l'ouverture large des foyers périrénaux; le rein lui-même ne sera sacrifié que lorsque ces foyers périrénaux ne peuvent se vider convenablement sans extirper l'organe. Lorsqu'il est au contraire démontré, dans une fistule purulente simple, que le rein ne sécrète plus d'urine, on devra avoir recours à la néphrectomie plus ou moins atypique, suivant les cas. C'est ainsi que j'ai guéri, par une large intervention, une malade qui, depuis onze ans, portait une fistule purulente maintes fois opérée et entretenue par un petit calcul resté au fond d'un fragment méconnaissable du rein.

C. Dans les fistules uro-purulentes, je commence le traitement comme dans les urinaires simples. Si l'urine et le pus sont fournis tous deux par le rein, les conditions sont semblables à celles des fistules urinaires et la guérison s'obtient par les mêmes moyens. Si le pus provient en totalité ou en partie des lésions périrénales, il peut être nécessaire d'agir directement sur celles-ci. C'est ainsi que, chez un malade porteur d'une fistule uro-purulente consécutive à la néphrostomie, je pratiquai le cathétérisme uretéral avec la sonde à demeure; l'urine ne passa plus par la plaie lombaire, mais celle-ci continua à donner du pus et je dus faire le curage de la fosse lombaire, sans toucher au rein, pour guérir ce malade.

Je termine par une remarque générale au sujet de toutes les interventions qui visent à rétablir le cours normal des urines par l'uretère, lorsqu'il existe des lésions inflammatoires de ce conduit. Dans ces cas, très fréquents, on ne doit pas, je pense, essayer de faire des opérations plastiques en même temps que la néphrostomie; même si l'état général du malade permet une longue opération, les conditions locales peuvent la faire échouer. Je crois utile aussi dans ces cas de ne pas trop se hâter pour guérir la fistule post-opératoire; si on attend quelque temps on verra souvent les lésions d'uretérite rétrocéder et on se trouvera dans de bien meilleures conditions de réussite. »

MM. PHOCAS (de Lille), LOUMEAU (de Bordeaux), JONNESCO (de Bucarest) font connaître leur pratique et la séance se termine par une curieuse observation de M. CHIBRET (d'Aurillac).

Quinze ans auparavant, un homme vigoureux de cinquante-cinq ans avait eu une crise de colique néphrétique. Le 1er janvier 1897, deuxième crise, suivie d'anorexie absolue.

Le 7 janvier, M. Chibret pratique la néphrotomie droite, il trouve un gros rein très congestionné et très friable, mais pas trace de calculs ou de graviers. Néanmoins, le malade eut une débâcle urinaire qui le sauva.

La conclusion de M. Chibret est des plus sages, il pense que la néphrotomie pour anurie doit être rangée parmi les opérations d'urgence. Nous l'eussions moins approuvé s'il eût tiré de son observation une indication de la taille rénale dans les états congestifs de cet organe.

### MALADIES DES OREILLES

**Suppurations otitiques de la loge cérébelleuse.** — MM. PICQUÉ et MAUCLAIRE (de Paris). De grands progrès ont été accomplis dans la thérapeutique des suppurations otitiques qui siègent au niveau de la paroi supérieure du rocher. Malheureusement toutes n'ont pas ce siège, les procédés employés sont dès lors manifestement insuffisants.

Les recherches anatomo-pathologiques que nous avons entreprises dans les récentes publications, et particulièrement celle de Paul Koch, nous ont montré que ces variétés sont loin d'être exceptionnelles, et l'on comprend dès lors pourquoi tant de malades succombent après avoir subi les interventions les plus rationnelles.

Nous nous sommes appliqués, dans des recherches cadavériques, à déterminer un procédé opératoire qui convienne à ces cas.

Il faut tout d'abord distinguer dans les collections suppurées de la loge cérébelleuse, les variétés suivantes :

1° Collections ostéo-duremériennes ;
2° Collections intra-durales ; } péri-cérébelleuses.
3° Collections en bissac ou en étages. } intra-cérébelleuses.

Les collections ostéo-duremériennes, bien étudiées par Hoffmann, Jansen, Krammer, Picqué et Février, Grunert, Paul Koch, sont bien connues aujourd'hui au point de vue clinique.

Nous signalerons cependant quelques variétés anormales par leur siège, puisqu'elles sont localisées, non plus dans la région pétro-mastoïdienne, mais dans la fosse occipitale.

Les variétés antérieures les plus fréquentes peuvent être évacuées par la voie mastoïdienne ou voie en Y de Wheeler, que l'un de nous avait proposée dans son mémoire de 1892, mais il est évident que les variétés postérieures ne sont plus justiciables de ces procédés, et qu'il convient de les aborder par la voie occipitale.

Nos recherches cadavériques sur les zones décollables de la dure-mère cérébelleuse, nous ont montré que celle-ci peut être détachée de toute la fosse occipitale facilement et assez difficilement sur la moitié externe du rocher, et cela aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Sur la moitié interne du rocher, elle est indécollable sans fragmentation, mais par le fait de l'inflammation du rocher, elle peut devenir décollable.

Les suppurations intra-durales para-cérébelleuses sont tantôt circonscrites, ce sont alors des abcès enkystés des méninges, tantôt diffuses.

Les collections intra-cérébelleuses sont corticales ou médullaires, circonscrites ou diffuses (cérébelleuses diffuses, phlegmon du cervelet). Leur étiologie, leur anatomie pathologique ont été étudiées récemment, très complètement, par Paul Koch, dans un travail basé sur 122 observations; depuis, 10 cas nouveaux ont été publiés; ce n'est pas parce que cette complication des otites infectieuses est plus fréquente, c'est l'intervention qui est moins rare.

Au point de vue pathogénique, il faut admettre tantôt la théorie urémique de l'infection par simple contiguïté, tantôt la théorie de l'infection à distance, c'est-à-dire la propagation microbienne par les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

De tous les symptômes observés, et ils sont nombreux, les plus fréquents sont l'ataxie cérébelleuse, les vertiges, les vomissements, la lenteur du pouls, la douleur occipitale, la rigidité de la nuque, mais le diagnostic est souvent incertain. Étant donné la gravité du pronostic, l'intervention sera souvent exploratrice et précoce.

Les voies suivies pour aborder les collections péri-cérébelleuses et cérébelleuses d'origine otitique sont nombreuses.

La voie mastoïdienne partielle, voie en Y de Wheeler, ou voie appelée sus-otti-cocentrale, permet d'aborder les collections ostéo-duremériennes antérieures et les collections intra-durales para-cérébelleuses, et les intra-cérébelleuses antéro-internes.

La voie mastoïdienne totale, procédé transmastoïdien de Mignon, permet d'aborder facilement les collections soit antéro-internes, soit antéro-externes ; mais il nous a paru insuffisant pour évacuer et bien drainer les abcès postéro-internes.

Les voies complexes temporale et temporo-occipitale, passant à travers la tente du cervelet, sont à rejeter.

La simple trépanation de la fosse occipitale est insuffisante. Nous proposons, pour la remplacer, un large lambeau ostéo-plastique, mastoïdo-occipital rétro et sous-sinusien; cette voie mastoïdo-occipitale, ainsi qu'il résulte de nos recherches cadavériques, donne en effet beaucoup de jour et permet d'explorer toute la loge cérébelleuse. Cela est important, étant donné l'incertitude fréquente du diagnostic et de la collection, et de la variété de la collection contenue dans la loge cérébelleuse.

Il faut songer à la possibilité des collections en bissac, et même toujours les rechercher en explorant avec soin la face externe de la dure-mère. C'est par une intervention exploratrice large et précoce, que l'on diminuera la gravité du pronostic opératoire.

La mortalité après l'intervention est encore de 52 p. 100. Mais il est évident que tous les cas de mort ne sont pas imputables au chirurgien, bien des malades ayant été opérés en plein coma.

### MALADIES DU CRANE

M. JONNESCO (de Bucarest) a, depuis deux ans, pratiqué **16 craniectomies temporaires**, dont 14 hémi-craniectomies totales et 2 partielles, et il est arrivé à cette conclusion que cette opération, grâce à la simplification des méthodes opératoires, est de beaucoup supérieure à la trépanation, pour laquelle la mortalité est de 28 p. 100 (Terrier et Chipault);

tandis que celle de la craniectomie temporaire est de 15 p. 100. De plus, les résultats thérapeutiques obtenus sont également bien meilleurs qu'avec la trépanation.

Il opérait autrefois avec l'instrumentation de Doyen. Actuellement il l'a quelque peu modifiée, surtout en ce qu'il se sert d'une sorte d'écarteur à deux branches qui fait sauter le lambeau osseux sans qu'on ait besoin de se servir de ciseau et de marteau comme le fait Doyen, et par conséquent sans ébranlement cérébral.

M. REBOUL (de Nîmes) lit deux observations l'une d'**encéphalocèle**, l'autre de **lipome congénital cranien**, observations dont voici le résumé.

*Encéphalocèle occipitale.* — Un enfant d'un an lui est amené pour une encéphalocèle occipitale qui depuis quelque temps croît progressivement.

Opération (procédé de Periet et Boyer, modifié). Suites immédiates normales. Mort de convulsions le dixième jour. L'intérêt de ce cas est surtout dans l'examen histologique qui a été fait par le docteur Gombault (de Pau) et qui conclut à une hernie du cerveau ayant subi des altérations de développement.

*Lipome congénital occipital.* — Un jeune homme de vingt-six ans présentait depuis sa naissance une tumeur de la région occipitale gauche ; d'abord petite, elle augmentait progressivement de volume et devenait une véritable gêne. Pas de signe d'encéphalocèle ou de méningocèle ; on pense à un lipome ou à un kyste congénital. Il s'agissait d'un lipome lobulé, qui s'était creusé une cavité dans l'occipital gauche. Pas de communication intracranienne.

### MALADIES DES YEUX

M. LANDOLT (de Paris) commence par cette affirmation que, si le **strabisme** guérit rarement sans opération, par contre l'opération seule ne suffit pas à sa cure.

Au lieu de chercher la correction du strabisme en réduisant la force des muscles oculaires au-dessous de celle de leurs antagonistes affaiblis, comme on le fait par le reculement, M. Landolt préconise, depuis de longues années, l'avancement des muscles affaiblis.

Cette opération doit se faire logiquement aux deux yeux. Ce n'est que dans le cas d'insuffisance ou de strabisme latent, que l'avancement monoculaire suffit. L'opération consiste dans le détachement du muscle et dans son attachement, par deux points de suture, près de la cornée. Dans le strabisme de degré élevé, on combine avec l'avancement la résection de l'extrémité tendineuse du muscle.

La résection d'une partie du corps du muscle suivie du rattachement, sans avancement, à son tendon, pratiquée par M. Landolt, dès 1884, ne donne pas d'aussi puissants effets que la résection associée à l'avancement.

Le manuel opératoire est des plus simples et ne réclame pas d'instruments particuliers. Ce qu'il faut, c'est un crochet musculaire un peu aplati, des ciseaux à bec-de-corbeau, des aiguilles courbes, tous ces instruments plus fins et plus délicats que ceux encore employés en ophtalmologie. La pince à griffes obliques que Landolt a indiquée pour saisir le muscle à avancer, s'est montrée très utile aussi pour d'autres opérations.

L'auteur n'entend pas proscrire entièrement la ténotomie de la chirurgie oculaire ; mais son indication est rare, et elle devra être exécutée avec beaucoup plus de discernement que jusqu'à ce jour.

Les exercices orthoptiques, qui, seuls, ne suffisent pas pour la guérison du strabisme, sont cependant indispensables pour compléter l'œuvre de la chirurgie.

Ce n'est qu'en rétablissant, par leur intermédiaire, la vision binoculaire et en harmonisant les mouvements des deux yeux, ce que l'avancement musculaire rend possible, qu'on obtient des résultats parfaits et durables des cures du strabisme.

Voici les conclusions d'une communication de M. GALEZOWSKI (de Paris), sur l'**athrophie glaucomateuse** :

1° Le glaucome est la conséquence de l'oblitération des voies lymphatiques de l'œil et non point une choroïdite séreuse, comme le prétend l'école allemande.

2° Cette opinion, il l'a basée sur les remarquables travaux du professeur Ranvier concernant les voies lymphatiques de l'œil.

3° L'oblitération des voies lymphatiques de l'œil peut être générale ou partielle, lente ou rapide. De là, différentes formes et variétés de glaucome.

4° Laissant de côté les formes de glaucome déjà connues, il parle aujourd'hui de la nouvelle forme, qu'il croit avoir découverte, et à laquelle il a donné le nom d'atrophie glaucomateuse de la papille.

Ainsi dénommée parce que, étant privée de l'excavation symptomatique habituelle, elle se rapproche d'une manière frappante de l'atrophie ataxique, avec laquelle on la confond souvent.

5° Le traitement généralement usité dans le glaucome est l'iridectomie. L'expérience a prouvé, au contraire, que, dans l'atrophie glaucomateuse ainsi que dans le glaucome simple, l'effet de l'iridectomie est nul, tandis qu'il obtient des résultats très satisfaisants par l'application de sa méthode de sclérotomies antérieures répétées.

6° Il joint à l'appui de son assertion la statistique comparative des glaucomes en général et des atrophies glaucomateuses, opérées par lui dans ces dix dernières années.

---

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (II^e SESSION)

### LES AUTO-INTOXICATIONS GRAVIDIQUES

(*Rapport de* M. BOUFFE DE SAINT-BLAISE.)

Depuis trente ans, l'étude pathogénique des maladies a fait subir à la médecine une évolution considérable. Parmi les principaux points de cette évolution, les troubles de la nutrition sont, avec les infections, regardés comme les causes les plus fréquentes des maladies.

L'organisme sain étant déjà une fabrique de poisons, on peut penser que, durant la grossesse, la femme ait à lutter plus particulièrement, l'équilibre de ses fonctions se rompant plus aisément.

Il y a longtemps déjà, on a fait aux accès éclamptiques l'application de la méthode de Bouchard, eu égard aux rapports que l'on pensait devoir exister entre eux et l'urémie. Le terrain de la pathogénie s'élargissant et la physiologie des organes devenue plus claire, ainsi que l'anatomie pathologique, M. Pinard attribua certains troubles de la grossesse à une intoxication spéciale.

La preuve absolue de cette pathogénie est encore à faire, il me sera cependant permis de rechercher cette preuve

par analogie : la clinique, l'anatomie pathologique me fourniront des arguments très puissants.

I

**Physiologie normale des auto-intoxications.** — Comme les intoxications de la grossesse sont encore peu connues, et qu'il m'est nécessaire de déduire mes conclusions des faits vus en dehors de l'état gravide, je ferai l'exposé des faits généraux.

A. Définition. — Qu'est-ce qu'une intoxication? « Il y a intoxication chaque fois que surviennent des troubles cellulaires dépendant d'une modification du milieu organique, toutes les fois qu'il s'est produit une modification dans la constitution chimique du milieu intérieur » (Roger).

B. Sources de ces intoxications a l'état normal (résumé des idées de Bouchard). — En admettant que toute manifestation vitale se rapporte à une destruction organique (Cl. Bernard, H. Spencer), l'organisme est un laboratoire où s'élaborent les phénomènes suivants classés d'après Roger :

Vie cellulaire, désassimilation ; sécrétions.

Phénomènes normaux de la digestion.

Poisons formés dans l'organisme par les agents parasitaires.

Poisons introduits dans l'organisme.

D'où, poisons endogènes, exogènes et microbiens (1), auxquels on doit ajouter les poisons de la digestion, les fermentations intestinales, les poisons minéraux ou microbiens, introduits par des voies quelconques (2).

Les sels de potasse, si répandus dans la viande et les végétaux, sont un exemple des poisons de l'aliment.

Les déjections sont toxiques (3), la bile est le liquide le plus toxique de l'organisme.

Donc, dans l'intestin trois poisons : les poisons ingérés, la bile et les matières putrides.

Les autres sucs de l'économie sont toxiques et aident plus ou moins à ces « incessantes tentatives de suicide par intoxications » (4).

Contre ces attaques, l'organisme doit lutter, sous peine d'accidents.

C. Comment se comporte l'organisme sain vis-a-vis de ces intoxications normales. — L'organisme renferme deux sortes d'organes de défense :

1° Organes de transformation ou d'arrêt : intestin, rate, ganglions, capsule surrénale, corps thyroïde, foie (5) ;

2° Organes éliminateurs : intestin, peau, poumons, reins.

Le foie remplit son rôle par trois méthodes :

*a.* Il accumule certains poisons, les déverse peu à peu dans le sang ou les évacue par la bile ;

*b.* Il transforme certains principes toxiques ;

*c.* Il diminue, par la bile, la fermentation intestinale. Les sécrétions internes des organes, des reins surtout, protégent l'organisme. L'intestin supprime la toxicité de certaines toxines très virulentes en les ingérant.

(1) Claude. *Essai sur les lésions du foie et des reins causées par certaines toxines*, Th. de Paris, 1897, p. 4.

(2) Roger. Les intoxications, *Traité de pathologie générale*, t. I, p. 676.

(3) Roger. *Le foie et les poisons*, p. 178.

(4) Hanot. *Rapport de l'intestin et du foie.*

(5) Hanot. Loc. cit.

Ce qui n'a pas été transformé est élimiué par la peau, les poumons, l'intestin et surtout les reins, filtre indispensable maintenant l'équilibre, rapidement instable.

D. Chimie générale des poisons normaux de l'organisme. — Cinq manières pour les étudier :

1° Par la toxicité du milieu intérieur, imparfaitement connu ;

Le sang normal contient des leucomaïnes (1).

Le sang des veines est un poison à la dose de 15cc (2).

2° Par la toxicité des excrétions ;

L'urine normale est mieux connue (Bouchard), elle contient :

*a.* Une substance diurétique : l'urée ;

*b.* Une substance narcotique dissoute par l'alcool ;

*c.* Une substance sialogène ;

*d.* Une substance convulsivante : la potasse ;

*e.* Une substance convulsivante de nature organique ;

*f.* Une substance myotique ;

*g.* Une substance hypothermisante ;

*h.* Un poison cardiaque minéral et un poison cardiaque organique, abondant au cours des maladies infectieuses (Lusini).

3° Par comparaisons avec des faits semblables ;

4° Par l'étude des troubles anatomiques produits ;

5° Par l'analogie des lésions produites et celles obtenues avec des poisons connus.

E. Sous quelles influences l'intoxication peut-elle augmenter et devenir apparente ? — 1° Les organes de défense sont devenus insuffisants ;

2° La production des poisons augmente.

Les causes les plus fréquentes des intoxications sont les maladies.

II

**Essai de physiologie de la grossesse normale dans ses rapports avec les faits précédents.** — La grossesse normale est-elle l'origine d'une surproduction de poisons ou d'une fabrication de poisons nouveaux? — Par suite de l'augmentation des actes nutritifs, il se forme des déchets plus abondants qu'à l'état normal (Charcot, Bouchard). Repreff et Mengebauer ont constaté une abondance anormale de leucomaïnes impliquant un ralentissement des oxydations et de la nutrition.

L'existence d'un organisme surajouté, les échanges toxiques (3) entre les deux organismes (qu'il y ait fœtus ou non, comme dans la grossesse molaire) sont aussi une cause d'hypertoxicité.

Ces auto-intoxications dans la grossesse molaire (Pinard), prouvent que le fœtus joue un rôle secondaire. S'il en était autrement, les accidents devraient être plus fréquents et plus graves avec un gros fœtus qu'avec un petit : ce qui ne s'observe pas.

La suppression des règles ne jouerait-elle pas un rôle capital? Avec un organisme sain les urines sont plus toxiques pendant la grossesse. M. Pinard pense que l'absence des

(1) Wurtz. *Les leucomaïnes du sang normal*, Thèse de Paris, 1888.

(2) Mairet et Bosc. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1894.

(3) Lannois et Briau. Passage des poisons du fœtus à la mère, *Lyon méd.*, 6 mars 1898.

règles constitue une rétention de sécrétion organique, exigeant comme compensation une intégrité absolue des autres réactions.

2° État spécial des organes et du sang qui favorise cette intoxication. — *a.* Le sang diminue en globules rouges;

*b.* Le cœur accomplit un travail bien plus considérable, ainsi que :

*c.* Le poumon;

*d.* L'intestin fonctionne lentement. Constipation, dyspepsie : fermentations anormales.

3° Que se passe-t-il du côté des organes de défense ? — a. *Rein.* — Connexion entre l'utérus et le rein (Schwab), surmenage certain de cet organe, par suite de l'énorme travail à fournir.

b. *Urine.* — Compression de la vessie et des uretères, diminution de l'urée, phosphate, etc., hypertoxicité de l'urine pendant la grossesse (Bouchard).

c. *Foie.* — Dégénérescence graisseuse du foie [Tarnier et Blot (1), 1856]. Tarnier pensa que cet état était lié à l'état puerpéral et non à la septicémie. De Sinéty (1873) le rattacha à la lactation.

Les foies examinés par Tarnier venaient de femmes vivant à une époque où la septicémie était fréquente, de plus, l'anatomie pathologique des intoxications n'existait pas : cela ôte toute valeur à sa conclusion. En 1891, j'ai examiné 52 foies de femmes mortes de maladies de la grossesse, dont 42 éclamptiques, je n'y rencontrai jamais de graisse, la lésion décrite par Tarnier est secondaire, non normale. Si le foie était normalement gras pendant la grossesse, toutes les femmes enceintes seraient très malades.

III

**Pathologie des auto-intoxications en dehors de la grossesse.** — J'arrive à l'étude de ce qui se produit quand des phénomènes morbides accompagnent l'intoxication.

1° Cause des toxhémies. — Intoxication exogène, infections, insuffisance des organes de défense [Claude (2), Roger (3)].

2° Comment agissent ces poisons? — « Les poisons plasmatiques diminuent ou augmentent la coagulabilité du sang, les poisons globulaires augmentent la résistance des hématies, se combinent à l'hémoglobine et agissent sur les leucocytes. »

3° Fonction du foie. — *a.* Il est cause de la toxhémie par une maladie antérieure qui le rend insuffisant. Il se passe alors des phénomènes de la maladie hépatique elle-même.

*b.* Le foie était sain primitivement.

Les symptômes se ressemblent. Quelle que soit la nature des lésions anatomiques, l'élément cellulaire est troublé, le foie ne retient plus les poisons de la veine porte. Les altérations des globules entraînent des lésions vasculaires; les débris des globules déterminent des thromboses, des lésions parenchymateuses secondaires.

*c.* Le rein était primitivement malade et le foie n'est devenu insuffisant que sous l'influence d'une toxhémie brightique.

4° Fonction du rein. — *a.* Il est primitivement altéré (néphrite et urémie).

*b.* La toxhémie rénale se complique d'insuffisance hépatique.

*c.* Devant une auto-intoxication d'une autre cause, le rein peut suffire à sa tâche.

*d.* Le rein devient malade parce que la quantité de poison à éliminer est trop considérable : glomérulite, néphrite épithéliale, néphrite chronique.

5° Insuffisance des organes de défense. — I. *Insuffisance hépatique pure.* — *a. Fistule d'Eck.* Cette insuffisance complète a été réalisée par Hahn, Massen, etc., par la fistule porto-cave : diminution de l'urée, augmentation d'acide urique, et de l'ammoniaque éliminée sous forme de carbonate d'ammoniaque. Cette expérience démontre le rôle anti-toxique du foie sur les poisons de désassimilation cellulaire générale.

*b.* Le carbonate d'ammoniaque seul, isolé, est peut-être le poison le moins important.

*c.* Dans l'hépato-toxhémie pure que se passe-t-il? En dehors des phénomènes nerveux graves il existe du prurit, de la céphalagie, de la somnolence, des troubles oculaires.

*d.* Pour avoir des notions sur l'état des cellules hépatiques, il faut étudier les urines. Dosage de l'urée, recherche des acides conjugués, des pigments biliaires, de la glycosurie alimentaire, étude de la toxicité urinaire.

*e.* Les lésions peuvent se ramener à trois types : phlogose, stéatose, nécrobiose.

II. *Insuffisance rénale pure.* — *a.* Petits phénomènes du brightisme, urémie, grand brightisme.

*b.* Diminution dans ces cas de la toxicité urinaire.

III. *Insuffisance associée du foie et du rein.* — *a.* Le rein subit le plus souvent l'influence du foie.

*b.* Pronostic sombre.

*c.* Les lésions rénales lentes à se produire dans le rein restant après néphrectomie se produisent ici parce que la cellule hépatique ne remplit plus son rôle. La néphrite apparaît par suite du passage de substances irritantes négligées par le foie (Rendu, Mollière).

IV

**Pathologie des auto-intoxications de la grossesse.** — La grossesse prédispose donc aux intoxications, j'ai vu comment les organes de défense se comportent pendant la grossesse vis-à-vis de ces poisons.

Qu'arrive-t-il quand, chez une femme enceinte, l'un ou l'autre de ces organes devient insuffisant?

I. Il existait une maladie antérieure. — *a.* Du foie; le pronostic sera des plus sombres à cause des complications rénales plus fréquentes et plus graves.

*b.* Du rein; les néphrites sont pour les femmes un grand danger, d'où défense nécessaire de grossesse aux femmes atteintes de néphrite.

II. Il n'y a aucune maladie antérieure. — Voici le résumé des théories que M. Pinard appelle l'hépato-toxhémie gravidique : un certain nombre d'accidents et de complications de la grossesse sont sous la dépendance directe de l'état du foie, le rein n'aurait qu'une action secondaire quoique sou-

(1) Blot. Note sur l'état graisseux du foie dans la fièvre puerpérale, *Biol.* 1856.
(2) Claude. Loc. cit.
(3) Roger. Loc. cit.

vent très importante, et l'albuminurie gravidique ne serait d'habitude qu'une complication et même le plus souvent un signe de l'insuffisance hépatique.

L'historique de cette théorie n'existe pas, l'enseignement oral de M. Pinard a été résumé dans l'édition de Ribemont-Dessaignes, et repris par Schwab dans une revue critique.

1° *Quelles sont les causes de l'insuffisance hépatique spéciale à la grossesse?* — Tout d'abord les lésions rénales et les albuminuries *a frigore*. L'hérédité joue parfois un rôle important. Les maladies du foie antérieures et paraissant guéries peuvent se reproduire. L'intestin a une action certaine sur le foie. La vie sédentaire et le port du corset ont une influence indéniable sur l'insuffisance hépatique de la grossesse ainsi que les climats et l'arthritisme.

2° *Phénomènes que l'on peut attribuer à une hépato-toxhémie* :

| Phénomène de l'insuffisance hépatique ordinaire. | Phénomène de l'hépato-toxhémie gravidique. |
|---|---|
| Petits signes pour Lévi : | |
| Changement de caractère. | Id. |
| Lassitude. Asthénie musculaire | Id. |
| Céphalalgie. Vertiges. | Céphalalgie frontale. |
| Troubles du sommeil. | Id. |
| Insomnies. Somnolences. | Id. |
| Névrite toxique. | Id. |
| Troubles oculaires. | Id. |
| Prurit | Prurit généralisé de Stoltz. |
| Ptyalisme. | Id. |
| Petits signes pour Hanot : | |
| Troubles dyspeptiques. | Id. |
| Météorisme | Id. |
| Constipation. | Id. |
| Teinte bronzée | Taches pigmentaires. |
| Prurit, épistaxis. | Id. |
| Hémorragies gengivales | Id. |
| Œdème alimentaire. | Œdème sans albuminurie. |
| Glycosurie alimentaire. | Id. |
| Si les lésions s'accentuent : | |
| Pour Hanot : | |
| Pigmentation de la peau. | Id. |
| Ictère hemaphéique | Id. |
| Albuminurie | Id. |
| Constipation, vomissements. | Id. |
| Pour Lévi : | |
| Délire hépatique. | Id. |
| Convulsions. | Id. |
| Eclampsie. | Id. |

Des phénomènes aussi semblables peuvent faire songer à une commune origine qui n'est pas encore cependant irréfutablement prouvée.

V

**Étude de chacune des manifestations de l'hépato-toxhémie gravidique.** — I. TROUBLES DYSPEPTIQUES ET VOMISSEMENTS. — Ils marquent une première intoxication légère.

II. PRURIT GÉNÉRALISÉ. — Phénomène considéré par M. Pinard comme un pronostic grave pour l'enfant.

III. PTYALISME. — Il est causé par un poison particulier, il y a aussi une sialorrhée urémique ne s'accompagnant pas de lésion rénale, le ptyalisme est rapidement guéri par le régime lacté.

IV. VOMISSEMENTS INCOERCIBLES. — Il s'agit encore d'auto-intoxication hépatique lente ; dans les cirrhoses au début, on constate des vomissements, des troubles dyspeptiques, un changement de caractère, l'insomnie, etc. C'est ce que l'on voit toujours dans les vomissements incoercibles.

Le régime lacté aura une action puissante si l'intoxication n'est pas trop avancée. La guérison est amenée par un régime sévère.

V. ŒDÈME NON ALBUMINURIQUE. — Il faut soigneusement surveiller le régime de la malade.

VI. NÉVRITE TOXIQUE. — Phénomène analogue à celui que l'on rencontre dans certaines infections ou intoxications (grippe, alcoolisme).

VII. ICTÈRES ET COLIQUE HÉPATIQUE. — Conséquences de l'altération de la cellule hépatique et de l'insuffisance du foie.

VIII. TROUBLES DE LA PEAU. — Herpes gestationis. Une couleur bronzée se constate comme dans les maladies de foie, et dans l'herpès, Bar a signalé la diminution de la toxicité urinaire.

IX. MANIE PUERPÉRALE. — Je pense que cet accident est une manifestation de l'hépato-toxhémie : les neuropathologistes attribuent au foie une action sur les délires des intoxications (1).

X. ALBUMINURIE GRAVIDIQUE. — Elle peut se produire sans brightisme par une intoxication générale. Il en résulte de l'albuminurie (Bouchard) qui disparaît souvent par le régime lacté (2).

XI. ACCÈS ÉCLAMPTIQUES. — 1° *Comment les théories de l'intoxication furent appliquées à ces accidents.* — La présence d'albumine fit croire à une affection rénale, dans la théorie de l'urémie (Tarnier, Wilson, etc.), suivie bientôt de l'urinémie (Frerichs, Gubler etc.). Schiff, Bouchard, Roger, Charrin montrent l'action du foie dans la rétention des poisons. Pilliet, Bouffe, Bar, montrent les lésions. Enfin, M. Pinard fait de l'hépato-toxhémie une théorie générale pour la pathologie de la grossesse.

2° *Exposé de cette théorie.* — L'éclampsie dépend d'une auto-intoxication, sous la dépendance d'une insuffisance hépatique. Suivant la complexité de l'intoxication, les accès vont de l'éclampsie à l'éclampsisme. Ces poisons sont convulsivants. L'ictérie ajouterait son influence à la toxhémie générale.

Blanc, Doléris, Favre sont pour l'infection microbienne; si le microbe pathogène existe, sa toxine produit les lésions hépatiques.

Que les poisons soient chimiques ou microbiens, la théorie reste intacte.

3° *Le foie joue un rôle prépondérant.* — a. *Preuves cliniques.* — Éclampsie sans albuminurie ni brightisme. Guérison rapide de l'albuminurie dans beaucoup de cas. Ressemblance des accès éclamptiques avec les accidents nerveux de l'ictère

(1) Consulter : RÉGIS. Délire d'auto-intoxication, *Presse méd.*, 1898. — KLIPPEL. Insuffisance hépatique dans les maladies mentales, *Arch. gén. de méd.*, août 1892.

(2) *Bull. méd.*, 1892, p. 146; — *Semaine méd.*, juin 1892; — Les néphrites aiguës et chroniques, *Lyon méd.*, fév. 1894.

grave. Fréquence de l'ictère post-éclamptique (Bar et Renon). L'éclamptique meurt comme les hépatiques.

b. *Preuves expérimentales.* — Perméabilité rénale [Potocki (1)]. Toxicité du sérum sanguin et des urines (2), celles-ci moins toxiques que le sérum. Diminution de l'urée (Serre, Massen, Ludwig) (7,3 p. 100 et 5,19 p. 100).

c. *Preuves thérapeutiques.* — Action puissante du lait.

d. *Preuves anatomo-pathologiques.* — Lésions nécrobiotiques semblables à celle de Claude siégeant dans la veine porte. Dans toute éclampsie nécrobiose de cellules hépatiques. Nécrose constatée tandis que les lésions rénales ne le sont pas.

Conclusions : L'insuffisance hépatique est, pour M. Bouffe de Saint-Blaise, la cause unique de quelques phénomènes morbides de la grossesse, mais cette intoxication présente des formes bien différentes suivant que tel ou tel poison domine et suivant que l'organisme intoxiqué fournit un terrain de moindre résistance, par hérédité, maladie antérieure ou disposition morbide quelconque.

VI

**Diagnostic de l'hépato-toxhémie.** — 1° Début. — Il faut surveiller les femmes présentant les troubles dits sympathiques de la grossesse. L'urine est intéressante, elle ne présente pas trace d'albumine.

*a.* L'urée diminue (Chauffard). Elle est la mesure de l'altération des cellules (3).

*b.* L'acide urique augmente.

*c.* Matières extractives dans l'urine (Bouchard).

*d.* Si la glycosurie coïncide avec l'urobilinurie et l'hypo-azoturie, elle est un élément important de séméiologie (Hanot). Un foie qui n'arrête pas le sucre laisse passer les poisons.

*e.* Présence dans l'urine d'indican et de peptones.

*f.* La toxicité urinaire diminue durant la grossesse, augmente avec l'insuffisance hépatique et diminue avec l'insuffisance rénale.

*g.* La toxicité du sérum augmente.

*h.* Le foie suffisant retient une injection d'acide sulfhydrique dans le rectum. L'insuffisance se révèle par le noircissement du papier réactif dans la bouche (Expérience actuelle de M. Royer).

*i.* L'insuffisance établie, aussitôt albuminurie.

2° Faire la part du foie et du rein, tous deux insuffisants, est chose difficile quand il y a mal de Bright. Le régime lacté est insuffisant. Il faut noter que l'insuffisance rénale peut exister sans albuminurie. Dans ce cas l'insuffisance hépatique est depuis longtemps visible.

VII

**Conséquences cliniques.** — Dès qu'il y a soupçon de toxhémie, il faut rigoureusement appliquer le régime lacté, le reste du traitement sera basé sur le fonctionnement des émonctoires. Détail important : les purgatifs drastiques fréquents n'ont aucune action nocive sur la grossesse.

(1) Potocki. Soc. de biol., avril 1894.

(2) Tarnier et Chambrelent, de Massion. *Ann. de gyn.*, nov. 1892, et Th. de Bordeaux, 1893.

(3) Jeanselme. Insuffisance hépatique, *Gaz. des hôpit.*, 1888, p. 145.

Le traitement médical étant insuffisant, il faut pratiquer l'accouchement prématuré.

Durant les accès, ou comme mesure préventive : chloral à haute dose, chloroforme à dose anesthésique, d'après M. Pinard. S'ils n'épurent pas le sang des malades, ils suppriment les phénomènes convulsifs, cause fréquente de mort.

VIII

**Conclusions.** — Il a fallu au cours de ce travail conclure à chaque pas par analogie, la discussion n'est pas épuisée et il faut se garder de conclure trop précisément.

Cependant je ne peux résister à la tentation de faire le bilan des auto-intoxications gravidiques.

Les auto-intoxications qui existent à l'état normal chez tout individu apparaissent lorsque les organes de défense sont insuffisants.

Les intoxications sont augmentées du fait de la grossesse.

Parmi les organes de défense dont la faiblesse permet aux phénomènes d'apparaître, le foie a une influence prépondérante.

Le rein a une action moindre ; si seul il est atteint, la malade ne sera atteinte que d'urémie vulgaire.

Les poisons du sérum sanguin sont probablement multiples et se comportent différemment suivant les organismes.

Les manifestations décrites se retrouvent dans l'hépato-toxhémie du foie, le traitement rationnel des auto-intoxications agit puissamment sur elles.

Il faut faire le diagnostic de l'insuffisance hépatique le plus tôt possible.

Dans le cours de ce travail j'ai cité beaucoup de faits. Quelques-uns demandent la discussion et l'expérimentation. Il me suffit d'avoir posé les données de cet intéressant problème, la théorie que je viens d'exposer possède sur les autres un avantage : elle explique plus de faits, elle ne peut les expliquer tous, le plan de l'édifice existe maintenant, à chacun de vous d'apporter la pierre de ses observations quotidiennes.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 24 au 29 octobre 1898)

### Examens de doctorat.

**Lundi 24 octobre 1898**, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Hanriot, Retterer et Launois ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Lejars et Walther ; — (2e série) : MM. Blum, Delbet et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Méry ; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Sébileau, suppléant.

**Mardi 25 octobre**, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime) : MM. Rémy, Richelot et Quénu.

2e (2e partie, ancien régime) : MM. Mathias-Duval, Gley et André.

3e (2e partie) : MM. Hutinel, Hallopeau et Thoinot.

1er (sages-femmes, 1re classe, nouveau régime) : MM. Poirier, Wallich et Langlois ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Albarran et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Ménétrier et Achard ;

— (2e série) : MM. Debove, Roger et Vaquez ; — M. Marfan, suppléant.

**MERCREDI 26 OCTOBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Walther et Mauclaire.

1er (ancien régime) : MM. Hanriot, Desgrez et Broca (André) ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Blum, Lejars et Legueu ; — (2e série) : MM. Reclus, Broca (Aug.) et Poirier ; — M. Launois, suppléant.

**JEUDI 27 OCTOBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Richelot et Poirier.

2e (2e partie, nouveau régime) : MM. Rémy, Chassevant et Langlois.

3e (2e partie) : MM. Chantemesse, Achard et Thiroloix.

4e : MM. Proust, Thoinot et Vaquez.

1er de sages-femmes, 2e classe (nouveau régime) : MM. Quénu, Gley et Bonnaire ; — M. André, suppléant.

**VENDREDI 28 OCTOBRE**, à une heure. — 4e : MM. Pouchet, Thoinot et Dupré ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Lejars et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Blum, Reclus et Poirier ; — (2e partie) : MM. Hayem, Lancereaux et Widal ; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Legueu, suppléant.

**SAMEDI 29 OCTOBRE**, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Chassevant et Langlois.

2e (fin d'année, officiat) : MM. Richelot, Gley et Poirier.

3e (fin d'année, officiat) : MM. Berger, Hallopeau et Achard ; — M. Roger, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Hutinel et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Cornil, Debove et Vaquez ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique) *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Wallich et Albarran ; — M. Faure, suppléant.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Pathologie* (séance du 19 octobre) : MM. Ball, 9 ; — Girod, 12 ; — Voisin, 14 ; — Périn, 10 ; — Pouliot, 13 ; — Salomon, 12.

*Anatomie* (séance du 20 octobre) : MM. Poirier de Clisson, 12 ; — Villaret, 4 ; — Chevrier, 6 ; — Rathery, 13 ; — Mary, 3 ; — Grenet, 11 ; — Laurens, 6 ; — Bouchet, 8 ; — Gadaud, 7.

— Par décision ministérielle, en date du 15 octobre 1898, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Langlois, désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand ; — Pierron, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Langres.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lubrez, pour le 21e d'infanterie ; — Lejeune, pour le 5e d'infanterie ; — Février, pour le 3e cuirassiers ; — Tredos, pour l'école de Saumur ; — Pruvost, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Galland, pour le 5e escadron du train des équipages ; — Goulon, pour le 22e dragons ; — de Viville, pour le 3e chasseurs d'Afrique ; — Cousin, pour le 110e d'infanterie ; — Glorget, pour le 3e tirailleurs algériens.

MM. les médecins aides-majors de première classe Lefort, pour le 113e d'infanterie ; — Lejoune, pour le 69e d'infanterie ; — Mauviez, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Renard, pour le 113e d'infanterie ; — Labadie, pour le 24e d'infanterie ; — Tibert, pour le 40e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dopter, pour le 12e d'artillerie ; — Duchêne-Marullaz, pour le 27e dragons ; — Oullier, pour le 73e d'infanterie ; — Donier, pour le 12e dragons ; — Letainturier de La Chapelle, pour le 44e d'infanterie ; — Blary, pour l'hôpital annexe de Montmédy.

— M. le docteur Patenostre (A.-R.-F.), délégué cantonal à Sézanne est nommé officier d'Académie.

— Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, les distinctions honorifiques ci-après ont été décernées aux docteurs en médecine qui se sont signalés par les travaux présentés aux conseils d'hygiène publique et de salubrité ou par une participation active et dévouée aux délibérations de ces assemblées :

*Médaille de vermeil* : M. Blanquinque, médecin des épidémies, membre du conseil de l'Aisne.

*Médailles d'argent* : M le professeur Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy (décédé) ; — M. Fleury, vice-président du conseil de la Loire ; — M. Février, médecin-major au 2e bataillon d'artillerie ; — M. Delmas, médecin en chef des salles militaires de l'Hôtel-Dieu à Poitiers, membre du conseil de la Vienne ; — M. Pauthier, médecin des épidémies, membre du conseil de l'arrondissement de Senlis ; — M. Leduc, professeur à l'École de médecine de Nantes, vice-président du conseil de la Loire-Inférieure ; — M. Gautrez, secrétaire général du conseil du Puy-de-Dôme ; — M. Macé, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, membre du conseil de Meurthe-et-Moselle ; — M. Devé, membre du conseil de l'Oise ; — M. Bertin, professeur à l'École de médecine de Nantes, membre du conseil de la Loire-Inférieure.

*Médailles de bronze* : M. Dupuy, professeur à la Faculté de Toulouse, membre du conseil de la Haute-Garonne ; — M. de Crévoisier, membre du conseil de l'arrondissement de Briey ; — M. Paul Dulac, secrétaire du conseil de l'arrondissement de Montbrison ; — M. Huguet, professeur à l'École de médecine de Clermont, membre du conseil du Puy-de-Dôme ; — M. Gorez, médecin des épidémies, membre du conseil du Nord ; — M. J. Auger, médecin cantonal des épidémies à Bolbec, membre du conseil de l'arrondissement du Havre ; — M. Attimont, membre du conseil de la Loire-Inférieure ; — M. Blé, médecin des épidémies, secrétaire du conseil de la Vendée ; — Filandeau, membre du conseil de la Vendée.

— M. le docteur Calmette vient de faire don à l'Institut Pasteur, qu'il dirige à Lille, de 250,000 francs, représentant les bénéfices réalisés dans les distilleries de Seclin par une de ses inventions.

— Notre excellent confrère le docteur Eugène Foucart, fils de notre très regretté collaborateur Alfred Foucart, vient de déposer au Musée de l'armée la trousse de campagne dont se servit, pendant la retraite de Russie, son grand-père, chirurgien de la grande armée.

Notre confrère a le bonheur de voir un de ses fils se destiner à notre carrière et continuer cette très honorable famille médicale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs d'Alençon (de Darnétal) ; Damalix, chirurgien de la Maison de Charenton ; Guindrey (d'Evreux) ; Lapasset (de Biel) ; G. Laurent (de Lille) ; le professeur Nothnagel (de Vienne) ; Jules Pargoire (de Cette).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Affections chirurgicales du tronc** (2e fascicule : *Région ano-rectale, maladies urinaires communes aux deux sexes, maladies des organes génitaux de l'homme*), par le docteur Polaillon,

chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chargé de cours de clinique annexe, membre de l'Académie de médecine. Un vol. de 295 p. avec 50 fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Ce deuxième fascicule complète le tome I[er] des Affections chirurgicales du tronc, dont le prix est de 12 francs. — Paris, O. Doin.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

No 122. — MARDI 25 OCTOBRE 1898. 71e ANNÉE. MARDI 25 OCTOBRE 1898. — No 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Une proposition, faite à la dernière séance par M. Le Gendre, mérite ici une place d'honneur.

Tout le monde sait qu'il existe de très nombreuses questions aussi profondément intéressantes pour les médecins que pour les chirurgiens. Ces questions, ce qui est d'ailleurs très naturel, viennent à l'ordre du jour, et de la Société médicale des hôpitaux et de la Société de chirurgie, presque à la même époque. Chacune discute de son côté, et fort généralement sans grand profit. Certainement tous les médecins, avides de s'instruire, lisent complètement les comptes rendus de la Société de chirurgie; sans aucun doute aussi, les chirurgiens, brûlant du désir de tout savoir, n'ignorent rien des travaux élaborés au sein de la Société médicale! Et cependant, les faits restent éparpillés et sans cohésion. Ne serait-il pas simple d'éviter semblable inconvénient? Pourquoi, à des époques fixées d'avance — deux fois par an — les médecins et les chirurgiens ne se réuniraient-ils pas en une sorte de congrès intime, où seraient discutées des questions d'ordre médico-chirurgical, choisies d'avance, préparées par un rapporteur désigné et compétent? Des discussions, des contradictions naîtrait peut-être la lumière! Qui sait!

A ce propos, M. Le Gendre rappelait le fait suivant : il y a peu de mois, en un même congrès, se trouvèrent réunis des médecins d'enfants, des accoucheurs et des gynécologues; il paraît même, M. Le Gendre l'affirme, que les médecins d'enfants profitèrent grandement de leurs rapports avec les accoucheurs et les gynécologistes; ne peut-on pas supposer — sans trop d'audace — que les accoucheurs eux-mêmes purent tirer quelque profit de l'expérience des médecins d'enfants?

Mais, il faut aussi rappeler qu'il y a deux ou trois ans, M. Fernet avait formulé un vœu semblable. Une commission fut instituée, un rapporteur fut nommé, l'enthousiasme était grand... et depuis, oncques, on n'en entendit parler.

Souhaitons à la nouvelle proposition, qui d'ailleurs va être portée à la Société de chirurgie, un sort plus brillant. Elle mérite d'être sérieusement prise en considération.

Ceci dit, revenons aux travaux de la trop délaissée Société médicale.

M. Babinski étudie le **réflexe du tendon d'Achille dans le tabes**, après avoir rappelé qu'il y a deux ans il avait déjà attiré l'attention sur l'affaiblissement ou l'abolition de ce réflexe dans la sciatique. Pour lui, à l'état normal, le réflexe du tendon d'Achille fait aussi rarement défaut que le réflexe rotulien, si l'on a soin de le rechercher, le sujet étant placé à genoux sur un siège. Envisageant dans le tabes ce même réflexe et ses relations avec le réflexe rotulien, M. Babinski divise les tabétiques en plusieurs catégories. A la première, la plus nombreuse, appartiennent les tabétiques chez lesquels les deux réflexes sont abolis des deux côtés. Il range dans la deuxième catégorie les cas dans lesquels, de part et d'autre, il y a trouble, mais non abolition complète du réflexe; ces cas sont du reste variés : dans l'un les deux réflexes seront abolis d'un côté et conservés du côté opposé, dans un autre ce trouble sera croisé. De la troisième catégorie font partie les malades dont le réflexe du tendon rotulien est aboli ou troublé et le réflexe du tendon d'Achille normal. Enfin, la quatrième catégorie se compose des cas où, le réflexe rotulien étant normal, le réflexe du tendon d'Achille est aboli ou troublé.

M. Babinski croit pouvoir affirmer que, d'après ses observations, l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille a une aussi grande importance pour le diagnostic du tabes que le signe de Westphal. Chez la plupart des tabétiques, il y a une perturbation dans les deux réflexes; dans les cas, assez rares, où un seul des réflexes est atteint, il s'agit aussi souvent d'une perturbation du tendon dans le réflexe du tendon d'Achille que dans le réflexe rotulien.

M. Souques présente deux malades atteints de **paralysie unilatérale du grand dentelé**; il insiste sur une déformation particulière du thorax, déformation qui n'existe que du côté paralysé lors des mouvements d'élévation volontaire du bras. Le creux de l'aisselle paraît diminué de profondeur; sa paroi postérieure a, pour ainsi dire, disparu et se confond avec la paroi interne qu'elle prolonge en arrière. La moitié du thorax, du côté paralysé, présente les troubles

suivants : élargissement de la paroi antérieure, modification de la ligne latérale qui prend la forme d'un S à boucles très ouvertes, rétrécissement de la paroi postérieure, dilatation générale de la loge thoracique, enfin élévation modérée de la moitié homologue du thorax.

M. Du Castel présente des pièces anatomiques fort intéressantes, puisqu'elles sont probablement uniques; il s'agit d'une perforation tuberculeuse du voile du palais.

---

## CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(XII^e SESSION)

### MALADIES DES FOSSES NASALES, DU LARYNX ET DE LA LANGUE

M. CASTEX (de Paris) donne les conclusions suivantes sur **la technique des tailles laryngées.**

1° La trachéotomie préalable est nécessaire et doit être pratiquée de préférence le même jour que la laryngotomie.

2° La chloroformisation offre ici des difficultés et des dangers spéciaux.

3° La taille du larynx peut se faire verticalement ou horizontalement.

4° En cas de tumeur maligne toute la moitié correspondante des parties molles sera enlevée.

5° La cavité laryngienne ne reçoit pas de pansement intérieur.

6° L'insufflation violente à travers la canule rend des services en cas d'hémorragie retardante.

7° La taille verticale est favorable pour l'ablation des sténoses sous-glottiques.

M. CHIBRET relate un cas **d'extirpation d'un gros polype naso-pharyngien** par la méthode de rugination, qu'il appelle à tort méthode de Doyen. Voici le résumé :

Malade de vingt-deux ans, porteur d'un polype naso-pharyngien depuis l'âge de dix ans. Malgré deux interventions partielles, le néoplasme continue d'augmenter et, au moment de l'intervention (il y a quatre mois), il occupe tout le pharynx nasal avec un volumineux prolongement qui remplit une des fosses nasales, pénètre dans l'orbite et vient faire saillie au niveau de la paupière inférieure.

L'extirpation est pratiquée avec l'instrumentation de Doyen : on décolle facilement la tumeur et on arrive sur un pédicule large qu'on rugine. Une hémorragie très abondante pendant le décollement, particulièrement abondante chez ce malade en raison de la richesse très vasculaire du tissu néoplasique, s'arrête immédiatement après l'extirpation de la tumeur. Dans un second temps, le prolongement orbitaire est décollé avec spatule après une incision au niveau de la paupière inférieure.

Injections de sérum pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Au bout de quinze jours, le malade est complètement rétabli.

### MALADIES DU COU

M. J.-L. FAURE (de Paris) communique une observation **sur le traitement chirurgical de la paralysie faciale par l'anastomose spino-faciale :**

« Au début de cette année, j'ai proposé, avec mon ami le docteur Furet, et personnellement mis en pratique une opération qui a pour but de traiter chirurgicalement la paralysie due à la section ou à la destruction du nerf facial dans l'intérieur du rocher. C'est l'anastomose du bout périphérique de ce nerf facial avec le bout central du nerf spinal, et plus particulièrement de la branche trapézienne de ce nerf sectionné en un point convenable.

L'état de mon malade, opéré il y a neuf mois, et dont le facial, sectionné dix-huit mois auparavant, était complètement dégénéré, est à peu près stationnaire.

C'est donc un insuccès, prévu d'ailleurs à cause de l'ancienneté de la lésion, mais ce n'est qu'un insuccès, et il ne s'ensuit nullement qu'on ne puisse obtenir de bons résultats lorsqu'on opérera dans des conditions favorables, car la possibilité du rétablissement des fonctions par anastomose entre le bout central et le bout périphérique de deux nerfs différents, mais de même nature, est un fait hors de doute.

Voici les divers temps de cette opération :

Incision de 12 centimètres environ sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien et remontant le plus haut possible, jusque dans le pli rétro-auriculaire; dénudation de la face antérieure de l'apophyse mastoïde. Recherche du tronc facial, qu'on trouve au point où il croise horizontalement la base de l'apophyse styloïde, à 12 ou 15 millimètres de profondeur; section de ce tronc nerveux au niveau même de la base de l'apophyse styloïde, en un point où il n'est pas encore entré dans la parotide qu'on récline en avant; recherche de la branche externe du nerf spinal au point où elle pénètre dans le sterno-mastoïdien, en respectant les rameaux nerveux qui vont à ce muscle. Section de sa branche trapézienne au point où elle disparaît dans le sterno-mastoïdien. Anastomose des deux troncs nerveux par une suture au catgut ou à la soie fine.

Cette opération est délicate, mais inoffensive; et s'il est téméraire d'affirmer qu'elle donnera des succès fréquents, il n'est pas défendu d'espérer qu'elle pourra, dans quelques cas, permettre de guérir une affection considérée jusqu'à ce jour comme absolument incurable. »

**Torticolis spasmodique; résection du spinal.** — M. COUDRAY (de Paris) donne les conclusions suivantes :

« A. Dans l'état actuel de nos connaissances sur ce point, on doit admettre, comme plusieurs chirurgiens français l'ont montré, que la résection de la branche externe du spinal est le traitement de choix du torticolis spasmodique.

B. Nous préférons cette opération aux sections multiples et successives des muscles du cou préconisées par Kocher, parce que :

1° Il n'est pas démontré par les observations que ces opérations multiples soient plus efficaces que la simple résection du spinal;

2° L'intervention, quelle qu'elle soit, ne peut amener toujours, il s'en faut, la guérison complète de la contracture, attendu que celle-ci est ordinairement sous la dépendance de lésions cérébrales plus ou moins bien déterminées et que les sujets qui en sont porteurs sont des nerveux et quelquefois plus. Il faut donc recourir, pour cette catégorie de malades, au minimum opératoire.

C. Toutefois, la résection du spinal est généralement suivie d'une amélioration très grande dans l'état des malades, qui peuvent reprendre leurs occupations et qui, somme toute, retirent de l'intervention un bénéfice qui la justifie complètement. »

La résection du sympathique cervical amène à la tribune M. JONNESCO, qui a actuellement à son actif 63 cas de résection bilatérale du sympathique cervical, dont 45 pour épilepsie avec 10 guérisons parfaites, 10 pour goitre exophtalmique, et 8 pour glaucome.

Son expérience lui permet de dire que la sympathicotomie n'a aucune gravité opératoire et n'est jamais suivie secondairement de troubles trophiques et cachectiques. De plus sa statistique le conduit à cette conclusion : dans les cas d'épilepsie et de goitre exophtalmique, il faut toujours pratiquer la sympathicectomie totale bilatérale et réséquer tout le sympathique cervical jusques et y compris le ganglion cervical inférieur, et c'est là la seule opération rationnelle; dans les cas de glaucome, au contraire, une extirpation partielle du nerf, comprenant le ganglion cervical supérieur, unilatérale ou bilatérale, peut suffire pour obtenir un bon résultat.

M. TÉMOIN (de Bourges) n'est pas aussi satisfait des résultats obtenus après la résection du sympathique et il n'est pas le seul. Voici une observation, qu'il apporte à l'appui de sa thèse :

« Le malade qui fait l'objet de cette communication présentait tous les signes classiques du goitre exophtalmique. Saillie très prononcée des globes oculaires, palpitations rendant tout repos impossible. Gonflement énorme des veines du cou, souffles veineux intenses, pouls impossible à compter, d'une arythmie absolue, goitre intermittent tantôt très accentué, tantôt disparu comme au moment de l'opération, œdèmes des jambes variables, etc. Ces accidents duraient depuis 1895 et le malade réclamait un soulagement.

L'opération faite en février 1898 fut des plus faciles, les ganglions mis à nu au-devant de la colonne vertébrale furent réséqués aussi loin que possible avec les filets afférents et efférents du ganglion moyen et du ganglion inférieur. Il n'y eut aucune suite fâcheuse opératoire. Pendant huit jours, il sembla qu'il y eût un amendement dans les symptômes : le pouls était plus régulier, le malade se plaignait moins de ses palpitations, mais l'exophtalmie ne fut pas modifiée.

Après quinze jours, les accidents devinrent au contraire plus marqués, l'exophtalmie augmenta, le teint du malade devint terreux, l'œdème s'accentua au point de devenir extraordinaire et le malade mit trois mois à mourir d'accidents cardiaques.

L'examen histologique d'un ganglion, fait par notre ami Pilliet, n'avait rien démontré de précis.

Cette observation ne prouve certainement pas que la résection des ganglions cervicaux par la méthode de Jaboulay soit inutile, mais ce n'est que par la publication des divers résultats qu'on pourra apprécier cette méthode.

Il s'agissait, nous l'avons dit, d'un cas type de goitre exophtalmique examiné par beaucoup de confrères et même par des neuropathologistes : le résultat fut négatif et nous dirions volontiers que l'opération hâta le dénouement de la maladie.

Je rapprocherai de cette observation deux autres observations de goitres exophthalmiques traités par la thyroïdectomie partielle et suivis d'une complète guérison. Il s'agit : 1° d'une femme de quarante ans, Mme L..., demeurant à Bourges, atteinte de palpitations depuis six ou sept ans, de bourdonnements, de tremblements qui l'empêchaient de travailler. Elle porte un goitre manifeste, elle a une exophtalmie prononcée. Sa voix est changée, le pouls bat à plus de 150. Je l'ai opérée en 1894 par la méthode de mon maître, le professeur Tillaux, décortication et résection du lobe droit et du lobe médian hypertrophiés. La guérison a été complète, et, depuis cette époque, la malade, qui habite toujours Bourges, se porte très bien, l'exophtalmie a disparu, elle n'a plus ni tremblement, ni palpitation.

Dans une deuxième observation, il s'agit d'une religieuse, sœur de M. Théophane du Loiret, qui, depuis plusieurs années, est sujette à des palpitations qui l'obligent à interrompre ses classes. La nuit, elle ne peut dormir, l'exophtalmie est assez prononcée et son goitre a le volume d'une grosse orange, formé surtout au dépens du lobe droit et du lobe moyen; je l'opérai en 1894 par la thyroïdectomie partielle et, depuis cette époque, elle se porte très bien.

M. Tuffier, en 1895, a publié deux observations identiques suivies, elles aussi, de guérison.

Nous serions porté à penser que toutes les fois que la thyroïdectomie partielle sera possible, il faudra d'abord la pratiquer, à moins que des observations nombreuses de résection du sympathique ne viennent démontrer que les succès obtenus par cette méthode sont presque constants et durables. »

M. CH. ABADIE (de Paris) est très partisan de la **résection du grand sympathique dans le glaucome**. Voici comment il explique l'action thérapeutique de cette opération : L'excitation permanente des nerfs vaso-dilatateurs qui se rendent à certains organes y provoquent à la longue des troubles de nutrition. Des maladies variées peuvent résulter de ces perturbations vasculaires.

Un type très net nous est offert par le glaucome. La vaso-dilatation oculaire a pour conséquences l'hypersécrétion des milieux, l'augmentation de la tension et finalement l'atrophie des nerfs optiques par compression prolongée.

L'excitation des vaso-dilatateurs thyroïdiens entraîne l'hypertrophie de la thyroïde, sa suractivité fonctionnelle avec toutes les complications secondaires bien connues de la maladie de Basedow.

Rien d'étonnant dès lors que des maladies si disparates en apparence : glaucome, goitre exophthalmique, etc., soient guéries par le même moyen : la section du sympathique cervical.

D'autres maladies seront peut-être encore justiciables du même traitement.

En outre, il y a lieu de diriger son attention sur les phénomènes morbides que les vaso-dilatateurs du sympathique thoracique et abdominal peuvent déterminer dans les viscères de ces régions.

Il est un caractère commun et important à la plupart des maladies qui relèvent de l'excitation des vaso-dilatateurs de la tête et du cou; c'est l'état de la pupille. Elle est généralement plus dilatée que dans les conditions normales, et elle ne se rétrécit pas après la section du sympathique. Cette manière d'être de la pupille, qui est une indication symptomatique précieuse, tient probablement à ce que l'excitation des nerfs dilateurs de la pupille est généralement associée à l'excitation des nerfs dilatateurs vasculaires.

**Les adénites cervicales** sont infiniment moins graves par elles-mêmes, comme le remarquait déjà Bazin, que les stig-

mates disgracieux qu'elles laissent et auxquels le public attache une signification si fâcheuse.

L'extirpation dans l'adénite est la pire des thérapeutiques, et cependant presque tous les chirurgiens la pratiquent d'emblée et j'ajouterai de gaîté de cœur.

C'est contre cette manière de faire que M. Calot s'élève en avouant qu'elle a été aussi la sienne pendant de trop longues années.

L'objectif constant du chirurgien en présence d'une adénite cervicale doit être de guérir sans laisser de trace aucune.

L'évolution spontanée des adénites cervicales les conduit, dans un temps plus ou moins rapide, soit à la résolution soit au ramollissement, ce sera encore la guérison sans cicatrice aucune, non plus spontanée, mais rendue possible avec l'aide du chirurgien.

Traitez immédiatement, avant que la peau ne soit altérée, ce petit abcès froid par des ponctions pratiquées avec une très fine aiguille et les injections modificatrices; si l'on est familier avec cette méthode de traitement des abcès froids en général, l'on obtiendra la guérison complète sans cicatrice.

Lorsque vous êtes en présence d'une adénite, attendez donc que l'une ou l'autre de ces terminaisons (résolution ou ramollissement) se produise, mais dans quelques cas, l'adénite n'évolue ni vers la résolution, ni vers le ramollissement, elle reste stationnaire. Ce sont les cas les plus défavorables, mais heureusement les plus rares.

La résolution est favorisée par un bon traitement général et la toilette antiseptique de tous les territoires tributaires de ce ganglion.

Conseillez le séjour au bord de la mer. Le traitement marin, chose singulière, fait évoluer les ganglions tantôt vers la résolution, tantôt (surtout s'il est intensif) vers le ramollissement : mais des deux manières, ce sera vers la guérison sans trace, pourvu que le malade soit traité à temps dans le cas de ramollissement.

Mais lorsque, malgré un séjour de six mois, un an, deux ans au bord de la mer, le ganglion induré, volumineux, ne bouge pas et que l'on a la conviction qu'il ne bougera pas, ou bien lorsqu'on vous presse trop, provoquez, par une action directe sur la masse ganglionnaire, cette résolution ou ce ramollissement désirés. M. Calot a, dans ce but, injecté avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, dans les ganglions, tous les liquides possibles : teinture d'iode, eau salée, naphtol camphré, cultures de staphylocoques ou de streptocoques préalablement stérilisées, chlorure de zinc, essence de térébenthine, éther iodoformé.

Malheureusement il n'est pas un liquide qui conduise sûrement tantôt à la résolution, tantôt au ramollissement. Il faut prendre mille précautions pour agir sûrement sur le ganglion et ne pas altérer la peau, ce qui serait aller contre le but poursuivi.

Ainsi l'essence de térébenthine amollit facilement le ganglion, mais entame souvent la peau. De tous ces liquides, celui qui a le mieux réussi, c'est la solution de chlorure de zinc à 1/50. L'injection répétée 3 ou 4 fois à deux jours d'intervalle, de 2 ou 3 grammes de cette solution, a amené presque constamment un commencement de ramollissement. M. Calot continue ensuite et finit le traitement par des ponctions et des injections de naphtol camphré.

Ainsi donc, jamais d'opération sanglante lorsque l'on peut s'en passer. Il faut la réserver pour les seuls cas où le malade se présente à vous avec une peau déjà ulcérée ou largement détruite, où, en un mot, il n'y a rien à perdre, où il y a même quelque chose à gagner au point de vue esthétique, à recourir à une intervention sanglante.

Si la thérapeutique conservatrice est incontestablement la meilleure, elle a ceci contre elle, c'est qu'elle réclame de la part du chirurgien une minutie, une persévérance, une attention et surtout une dépense de temps énormes.

### MALADIES DU THORAX ET DE LA COLONNE VERTÉBRALE

M. LEGUEU (de Paris) rapporte un cas curieux d'**autoplastie par transplantation du sein.** Dans les exérèses larges du sein, on a souvent de grandes difficultés pour obtenir la réunion première par des tractions sur la peau. L'autoplastie est nécessaire : les uns prennent le lambeau sur le thorax, les autres sur l'abdomen. M. Legueu croit qu'il y a avantage à utiliser le sein du côté opposé. Il a eu recours une fois à cette autoplastie par transplantation du sein. Il s'agissait d'une femme à laquelle il avait par deux fois opéré un néoplasme volumineux du sein : l'opération, la première fois, avait utilisé toutes les ressources de l'élasticité cutanée. Il traça au-dessus et au-dessous du sein du côté opposé deux incisions horizontales paralèles, se dirigeant vers l'aisselle. Le sein tout entier fut libéré de manière à constituer un vaste lambeau ou grand volet à charnière extérieure. Ceci fait, le sein étalé fut ramené au-devant de la très large brèche qui résultait de l'opération et parvint à la couvrir complètement. Des sutures fixèrent le sein dans cette situation, et la réunion s'effectua par première intention.

La grande élasticité de la peau de la région mammaire, la largeur de sa surface sont des éléments précieux à utiliser. Le sein transplanté n'a rien perdu de sa sensibilité, et la difformité qui en est résultée, telle que le mamelon est placé sur la ligne médiane, vaut bien les avantages d'une cicatrisation rapide.

M. LARGER (de Maisons-Laffitte) lit une note sur les **avantages de l'ablation du spina bifida dès la naissance.**

Ces avantages sont les suivants :

1° L'innocuité des opérations chez le nouveau-né;

2° L'insensibilité de ce dernier, dispensant de recourir à l'anesthésie.

3° L'avantage capital d'opérer avant l'infection de la poche, déterminant celle des organes intra-vertébraux, et cause habituelle des insuccès;

4° Enfin la possibilité d'obtenir la fermeture de la brèche vertébrale du seul travail de la nature et d'éviter ainsi pour plus tard les opérations complexes que l'on a proposées dans ce but.

L'enfant qu'il présente au Congrès, aujourd'hui âgé de trois ans, a été opéré d'un spina bifida lombo-sacré dans les premières vingt-quatre heures de sa naissance. Il a été guéri par fermeture spontanée de l'orifice osseux, après un simple affrontement avec suture des lèvres de la plaie. Il n'y eut ni hydrorachis, ni hydrocéphalie consécutivement, ainsi qu'on l'observe souvent à la suite des ablations tardives. L'enfant s'est physiquement et intellectuellement développé; il ne conserve qu'un certain degré de parésie des jambes.

Selon la règle dans les spinas bifidas lombo-sacrés, la queue de cheval s'était épanouie dans la tumeur sans qu'il

y parût à l'extérieur. La présence ou l'absence de la moelle ou du cerveau dans le spina bifida ou l'encéphale (encéphalocèle congénitale) ne saurait, ainsi qu'il l'a établi dès 1877, se déduire des symptômes, mais résulte exclusivement du siège occupé par la tumeur, contrairement à ce que prétendent aujourd'hui les auteurs classiques.

M. FRŒLICH (de Nancy) fait une étude **du mal de Pott chez le nourrisson**, étude basée sur 26 observations personnelles.

Le siège de la lésion est toujours la colonne lombaire, première et deuxième vertèbres (22 fois sur 26) : les lésions nerveuses sont des névrites par compression de la queue de cheval; les abcès par congestion sont exceptionnels (4 cas).

La maladie débute toujours par la paralysie des membres inférieurs; puis survient une gibbosité lombaire large, non angulaire, précédée par un stade de rectitude et de rigidité de la région lombaire.

Le pronostic est plutôt bénin (4 morts). La durée de l'affection est de un à deux ans.

Le diagnostic est très difficile au début : la paralysie peut simuler la paralysie infantile. On la reconnaît par ce fait qu'elle occupe les deux membres, qu'elle n'est jamais complète, qu'il n'y a pas de réaction de dégénérescence. La paraplégie peut encore être confondue avec l'impotence des membres inférieurs du rachitisme au début (impotence due à la douleur).

La pression sur les os, qui est très douloureuse dans le rachitisme et indolore dans le mal de Pott, tranchera la question.

Quand la gibbosité est le premier symptôme, elle peut être simulée par la cyphose lombaire rachitique, ou bien par une attitude vicieuse transitoire des nourrissons. Mais dans ces deux affections, la colonne lombaire reste souple, et quand elle s'ankylose dans le rachitisme, ce n'est plus une gibbosité lombaire, mais bien une cyphose lombo-dorsale facile à distinguer.

Le traitement doit redresser et immobiliser la colonne et guérir les lésions nerveuses.

Pour redresser et immobiliser chez l'enfant de moins d'un an, M. Frœlich se sert d'une planchette capitonnée sur laquelle, au moyen de ceintures et de bretelles, il fixe l'enfant tout habillé en *forte lordose*.

Chez un enfant robuste au-dessus d'un an, il emploie le corset plâtré amovible, renforcé par six attelles en feutre plastique.

Quand le ventre est gros, le corset est réduit à deux anneaux plâtrés étroits, l'un sous les aisselles, l'autre autour du bassin, les deux réunis en arrière par quatre attelles en feutre.

Les corsets immobilisent l'enfant en forte lordose, après avoir redressé, s'il y a lieu, la gibbosité, et ils peuvent servir pendant huit mois à un an.

Contre les lésions nerveuses : massage, électricité, hydrothérapie.

Résultats : sur 26 cas, 4 morts, 10 malades encore en traitement, et 12 guéris : la gibbosité n'est nullement apparente extérieurement, les troubles nerveux ont disparu et l'état général est très bon.

---

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (IIe SESSION)

### ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE D'ORIGINE UTÉRO-ANNEXIELLE

Par M. le docteur Henry REYNÈS (de Marseille).

Contrairement aux médecins qui ont successivement attribué l'entéro-colite muco-membraneuse à la constipation, à l'atonie intestinale, à l'hyperchlorhydrie, à la neurasthénie, à l'arthritisme, à l'herpétisme, je crois que, la plupart du temps, l'entéro-colite est sous la dépendance directe des phlegmasies utéro-annexielles. L'inflammation se propage des organes génitaux au rectum ou à une autre portion de l'intestin par les lymphatiques, les ligaments, et par les exsudats et les adhérences pathologiques qui unissent entre eux ces divers organes.

Cette théorie, émise pour la première fois par Nonat, explique bien la si grande fréquence de l'affection chez la femme. Elle est défendue aujourd'hui par bien des auteurs, et cependant trop peu connue; cela tient à ce que ce catarrhe intestinal passe quelquefois inaperçu; cela tient surtout à ce que les malades sont mal interrogées; les médecins ne voient que l'entéro-colite; les chirurgiens ne voient que les lésions génitales; les uns et les autres méconnaissent ainsi le rapport de cause à effet qui rattache les inflammations pelviennes à l'entéro-colite.

Cette notion de l'entéro-colite, considérée comme complication des affections utéro-annexielles, a une haute importance thérapeutique. Il faudra, avant tout, faire un traitement génital et local; opérations gynécologiques, massage utérin et annexiel, injections chaudes, lavements d'eau salée chaude. Les régimes alimentaires, les douches contribueront à la guérison; mais il ne faut pas employer les douches froides; car ces femmes, en général déprimées, anémiées, à coefficient vital diminué, à hypo-azoturie presque constante, supportent mal le froid : il faut, chez elles, prescrire plutôt l'hydrothérapie tiède ou chaude, l'*hydro-thermothérapie*.

### OSTÉOMALACIE NON PUERPÉRALE TRAITÉE PAR LA CASTRATION OVARIENNE

Par MM. PAGLIANO et DELANGLADE (de Marseille).

La malade dont nous présentons l'observation est une couturière de trente ans, d'origine corse, dont l'affection remonte à une dizaine d'années. Les premiers symptômes constatés par elle furent une perte graduelle des forces et de l'appétit, et des douleurs localisées au thorax et aux membres inférieurs; la diminution de la taille et les déformations osseuses n'ont commencé à paraître qu'au bout de cinq ans environ. Actuellement, la malade a perdu 20 à 25 centimètres de hauteur et présente des lésions osseuses très prononcées du côté de la face, des extrémités digitales des mains, du thorax, du bassin et des membres inférieurs; il existe un genu valgum droit très accentué. L'examen radiographique du squelette est fort instructif; il montre très nettement les lésions du bassin ostéomalacique.

A part une inappétence considérable, de l'anémie et une diminution des forces, nous ne trouvons à signaler chez notre malade aucun trouble viscéral, aucune modification nerveuse importante. Règles un peu irrégulières, jamais de grossesse. Antécédents de tuberculose dans la famille; elle-

même a eu un abcès tuberculeux de la paroi abdominale. Pas d'hérédo-syphilis. Conditions hygiéniques paraissant satisfaisantes. L'étiologie de ce cas reste donc obscure.

Nous proposons d'emblée la castration ovarienne, qui est pratiquée le 16 août 1898, par le docteur Delanglade, après éthérisation. Vomissements incoercibles pendant quatre jours; réunion par première intention. L'épiploon a été trouvé très adhérent et a dû être réséqué. L'ovaire est manifestement atrophié et contient, dans sa substance corticale, des kystes visibles à l'œil nu. Le docteur Pilliet, qui a examiné des préparations de cet organe, constate les particularités suivantes : Substance corticale très atrophiée; production de nombreux kystes, dont quelques-uns proviennent de corps jaunes à régression très lente. La trame ne contient que quelques follicules de de Graaf, très petits et très rares. Les artères ont leurs parois excessivement épaissies. Couche corticale fort réduite aussi; les artères hélicines se montrent par bouquets isolés; les veines elles-mêmes ne sont pas dilatées.

La malade est sortie de l'hôpital, légèrement engraissée, six semaines après l'opération.

Notre cas peut donc prendre place à côté de ceux de Fehling, Hofmeier, Velitz, Rossier, Truzzi, qui ont trouvé, chez bien des ostéomalaciques, des lésions avancées des ovaires; il justifie la théorie qui place dans une altération ovarienne le point de départ d'un certain nombre de cas d'ostéomalacie.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de la goutte par le lycétol.

Magnésie calcinée. . . . . . . . 1gr50
Lycétol . . . . . . . . . . . . . 1 gramme.

Pour un paquet.

Faire dissoudre dans 250 grammes d'eau, prendre la moitié *après* le déjeuner de midi, et l'autre moitié après le repas du soir. (Th. Hoven, *Deuts. Méd. Zeit.*, 1898, n° 54.)

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 31 octobre au 5 novembre 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 31 OCTOBRE 1898**, à une heure. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Teissier et Vaquez; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

2e de sages-femmes, 2e classe (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Picard, Ribémont-Dessaignes et Wallich; — M. Varnier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Mauclaire; — (2e série) : MM. Blum, Delbet et Walther; — (2e partie) : MM. Lancereaux, Widal et Méry; — M. Dupré, suppléant.

**JEUDI 3 NOVEMBRE**, à neuf heures. — 2e de sages-femmes, 1re classe (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Budin, Bar et Bonnaire; — M. Chassevant, suppléant.

A une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Richelot et Poirier.

2e (nouveau régime) : MM. Rémy, Hanriot et Langlois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Panas, Bar et Thiéry; — (2e partie) : MM. Debove, Hutinel et Achard; — M. Charrin, suppléant.

**VENDREDI 4 NOVEMBRE**, à une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — M. Launoy, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Humbert, Reclus et Legueu; — (2e partie) : MM. Landouzy, Gaucher et Teissier; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Lejars, suppléant.

**SAMEDI 5 NOVEMBRE**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Poirier et Thiroloix; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Panas, Thiéry et Faure; — (2e série) : MM. Berger, Quénu et Albarran; — M. Roger, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Bonnaire; — M. Vaquez, suppléant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — Oral (séance du 22 octobre) : Question : « Anatomie de la glande sous-maxillaire; — Diagnostic des ulcérations de la langue. »

MM. Grenet, 26 + 17 = 43. — Pouliot et Voisin, 26 + 14 = 40. — Girod, 23 + 14 = 37. — Gadaud, 19 + 15 = 34. — Bouchet, 20 + 13 = 33.

*Candidats non militaires.* — Lecture des copies d'anatomie : MM. Beauvy, Froin, Heller et Du Pasquier, 10. — Huguier, 9. — Morlet, 6. — Cresson, 5. — Algret et Bourlot, 4. — Papillon, 3.

M. P. Chevalier, malade, lira à la dernière séance après M. Mantoux. — M. Moineau, absent, lira à la dernière séance après M. Chevalier.

— Une sympathique et touchante manifestation a eu lieu mercredi, à l'hôpital de la Charité, dans le cabinet médical de M. le docteur Gouraud, le père du vainqueur de Samory, le capitaine Henri Gouraud.

Les élèves de M. Gouraud ont voulu fêter l'heureux événement, tant il est vrai que les médecins, bien qu'ils soient des intellectuels, sont sensibles aux émotions du patriotisme.

Le cabinet de M. Gouraud était décoré aux couleurs françaises et les malades portaient la cocarde tricolore.

M. Gouraud a remercié en termes très émus ses élèves et anciens élèves qui en grand nombre avaient voulu se joindre à cette patriotique démonstration. — H. Gauchery, interne du service.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu le 13 mars 1899.

— M. le docteur Devay est élu secrétaire annuel de la Société des sciences médicales de Lyon, en remplacement de M. le docteur Bordier, démissionnaire.

— Nous sommes heureux de rectifier la nouvelle de la mort de M. le docteur Damalix, chirurgien en chef de la maison de Charenton. Notre confrère est en parfaite santé.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Albert Lagrange, interne provisoire des hôpitaux de Paris, fils de notre distingué confrère M. le docteur Fernand Lagrange.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Atlas-Manuel de chirurgie opératoire**, par O. Zuckerkandl. Édition française, par A. Mouchet, ancien interne lauréat des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris; préface par le docteur Quénu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. in-16. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**Leçons cliniques sur la syphilis**, par le docteur E. von Düring, professeur de dermatologie et de syphiligraphie, à l'École impériale de médecine de Constantinople, traduit de l'allemand et annoté par le docteur Léon Derville, professeur à la Faculté catholique de Lille. Un vol. gr. in-8° relié. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine.

---

**VALS PRÉCIEUSE** — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.* **Dyspepsies.** — *Vin de Chassaing.* Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 123. — JEUDI 27 OCTOBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 27 OCTOBRE 1898. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

**PRIX DE L'ABONNEMENT :**

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans l'avant-dernière séance, M. Lancereaux a fait une communication sur le traitement des tumeurs anévrysmales par les injections gélatineuses sous-cutanées. M. Huchard a pris la parole pour vanter ce mode de traitement, qu'il a lui-même employé avec succès. Mais il ajoutait qu'il fallait n'y recourir qu'avec la plus grande prudence, et il faisait allusion à deux cas malheureux. M. Huchard a cru devoir insister de nouveau sur ces réserves et faire connaître, dans tous leurs détails, les deux observations dans lesquelles ce mode de traitement paraissait avoir eu les plus funestes conséquences.

Si dans l'un de ces cas, qui appartient à M. Boinet (de Marseille), il peut être fait quelques objections au point de vue de la cause réelle des accidents, il n'en est plus de même dans le cas publié par M. Barth, où bien certainement la mort a été la conséquence de la coagulation trop étendue produite par les injections de sérum gélatineux. M. Huchard a donc raison d'appeler toute l'attention des praticiens sur les dangers possibles de cette méthode, dont il ne nie pas d'ailleurs l'efficacité, loin de là. Le mécanisme de la mort s'explique fort bien par la prolongation, au delà des limites voulues, de l'action coagulante du médicament. Dans les cas où cette coagulation se fait spontanément, le danger n'est plus le même, ainsi que l'a justement fait observer M. Huchard, parce que cette coagulation se fait lentement et qu'il s'établit une circulation collatérale. Nous ne saurions donc trop engager ceux de nos confrères qui auront recours à la méthode de M. Lancereaux de ne pas s'écarter des règles précises qui ont été formulées par M. Huchard et que nous rappelons ici en quelques mots : Ne pratiquer ces injections qu'à des intervalles de huit ou dix jours, n'employer jamais qu'une solution au centième, ne pas dépasser la dose de 50 centimètres cubes, et, enfin, surveiller son malade de très près.

Le reste de la séance a été occupé en grande partie par des rapports sur les prix de l'hygiène de l'enfance, sur les eaux minérales et sur le prix Laborie.

Deux lectures, cependant, ont pu être faites à l'Académie : M. Jonnesco a apporté les résultats de 23 splénectomies chez des paludiques, et M. Mally, en son nom et au nom de M. Péraire, a fait connaître un mode de traitement chirurgical intéressant des pieds-bots paralytiques. On trouvera plus loin un résumé de ces deux communications.

M. le président a annoncé la mort de M. Barallier, membre correspondant, ancien professeur à l'École de médecine navale de Toulon.

L'Académie s'est formée ensuite en comité secret et s'est ajournée à lundi 31 octobre, le mardi étant le jour de la Toussaint.

### VINGT-TROIS SPLÉNECTOMIES

Par le docteur Thomas JONNESCO, professeur à l'Université de Bucarest.

Depuis 1896, j'ai pratiqué 23 fois la splénectomie, dont 1 fois pour un énorme kyste hydatique et 22 fois pour l'hypertrophie malarique. L'âge des opérés a varié entre douze et soixante-deux ans. La rate était mobile dans 3 cas, fixe et adhérente dans les autres. L'état général des malades était bon dans 4 cas, dans les autres il y avait une anémie accentuée et, chez 5, il existait une cachexie profonde avec œdème des membres, ascite et diminution très marquée du nombre des globules rouges du sang. Les rates enlevées pesaient entre 850 et 5750 grammes. Un seul opéré a succombé du fait de l'intervention, 7 autres ont succombé, soit à cause de leur état général très mauvais (purpura, leucémie), soit à des complications tardives et indépendantes de l'extirpation de la rate. L'opération a toujours eu des effets curatifs excellents : disparition de la cachexie, relèvement rapide du taux des globules rouges, disparition des signes de l'intoxication palustre. La toxicité urinaire a toujours diminué après l'opération, ce qui confirme le fait que j'ai le premier montré, à savoir : l'hypotoxicité urinaire après l'enlèvement de la rate. Les excellents résultats curatifs, obtenus par l'extirpation de la rate chez les paludiques, me confirment dans l'opinion que j'avais émise, d'accord avec M. Laveran, à savoir : que la rate, au lieu de constituer un organe protecteur contre l'infection palustre, est le réceptacle de l'hématozoaire, d'où celui-ci est jeté dans le torrent sanguin ; donc enlever la rate chez les paludiques, c'est

supprimer le foyer principal de l'impaludisme et guérir celui-ci.

Aussi, je n'hésite pas à proposer la splénectomie précoce chez les paludiques, pour éviter la production des adhérences profondes et la cachexie, qui rendent l'intervention tardive plus grave. La leucémie constitue la seule contre-indication absolue de la splénectomie.

## CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(XII[e] SESSION)

### MALADIES DU THORAX

M. FORGUE (de Montpellier) cite un cas d'œsophagotomie **intra-médiastinale** pour corps étranger de l'œsophage thoracique.

« Il s'agissait d'un enfant de huit ans qui avait avalé un gros sou, trois mois auparavant. Un de nos confrères avait vainement tenté l'extraction du corps étranger, avec le panier de Græfe : les manœuvres avaient été pénibles, le corps n'avait pu être chargé sur le panier, l'œsophage avait saigné; et les parents s'étaient refusés à une nouvelle séance. M. Masmegean (de Bessèges), auquel l'enfant avait été ultérieurement conduit, avait jugé prudent de ne point renouveler les tentatives d'extraction. La situation du petit malade motivait bien cette réserve : l'alimentation était devenue difficile, la déglutition douloureuse et l'enfant ne s'alimentait que de lait; il avait considérablement maigri et pâli, accusait une douleur thoracique profonde, avait des accès de suffocations et de fréquentes crises de toux quinteuse après lesquelles il expectorait des crachats muco-purulents striés de sang; il présentait des signes de bronchite surtout marqués à droite et l'on trouvait de ce côté une zone de submatité pulmonaire; des vomissements alimentaires, auxquels se mêlaient des traces de sang, venaient compliquer le tableau.

Bref, il paraissait net que le sou était fixé dans un point de l'œsophage. Étant donné cette fixité même d'un corps régulier à contour circulaire, apte par conséquent à descendre et à circuler, étant donné aussi la présence du sang dans les expectorations et les vomissements, il était vraisemblable que le sou avait eu le temps de creuser, au niveau de son arrêt, un sillon ulcéreux dans les parois œsophagiennes. Pourtant il semblait sage de se garder de toute extraction de vive force capable d'achever la perforation de l'œsophage, de déterminer dans les plèvres ou dans le médiastin un phlegmon septique, ou même une hémorragie grave par lésion des gros troncs vasculaires. L'insuccès des manœuvres d'extraction tentées par un confrère expérimenté nous parut suffisamment démonstratif. Et il était conforme à la pratique actuellement admise pour l'œsophagotomie cervicale de ne point laisser les lésions pariétales s'aggraver, la dénutrition s'accroître par la dysphagie et de procéder à l'extraction par une incision méthodique, aseptique, directe.

Deux progrès récemment acquis nous y invitaient : d'une part, l'étude de médecine opératoire que nous devons à Nasiloff, à Quénu et Hartmann, sur les voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur; d'autre part, la localisation précise du point d'arrêt du corps étranger que nous fournit la radiographie.

Les radiographies très nettes, prises par notre collègue, le professeur Imbert, montraient le sou fixé au niveau du quatrième espace intercostal, franchement à droite de la silhouette des corps vertébraux. Cette indication topographique nous décida, envers et contre le précepte de Quénu et Hartmann qui conseillent d'aborder l'œsophage par le côté gauche, à pénétrer dans le médiastin par une thoracotomie droite. La radiographie fut ici mauvaise conseillère.

L'intervention fut simple et rapide dans les premiers temps : l'enfant étant couché sur le côté gauche, un coussin coulé, glissé sous le thorax, la tête un peu inclinée en avant, je fis une incision verticale de 14 centimètres, sur l'angle des côtes, entre la ligne épineuse et le bord spinal de l'omoplate, le milieu répondant à un travers de pouce au-dessous de l'épine scapulaire. En trois coups, l'incision fut, à travers les masses musculaires, conduite jusqu'à la surface des côtes. Les sixième, cinquième et quatrième côtes furent, à la rugine, dénudées de part et d'autre de l'angle, sur une étendue de 5 centimètres, et réséquées. L'hémostase des trois artères intercostales étant faite, le thorax était ainsi ouvert par une brèche qui me permit d'introduire les doigts sous le bord interne de la fenêtre thoracique et de commencer le décollement de la plèvre pariétale. Il est remarquable de voir avec quelle facilité et quelle sécurité se fait, à ce niveau, le clivage du feuillet pariétal de la séreuse, plus épais et plus résistant.

Poursuivant à coup et à bout de doigts mon décollement, j'arrivai ainsi sur le flanc droit des vertèbres dorsales; à un moment, je sentis très nettement la saillie mince du bord droit du sou enclavé, mais c'était au bout de mes doigts, à une profondeur de 8 centimètres environ dans un foyer obscurci par une légère hémorragie veineuse, que j'éprouvai ce contact, et il était impossible et imprudent à cette profondeur de vouloir opérer une incision. Je voulus poursuivre le dégagement de l'œsophage et continuai à travailler du bout des doigts, repliés, de façon à suivre la ligne de réflexion de la plèvre médiastinale et à la décoller de la face postérieure et du flanc droit de l'œsophage. Manœuvre infructueuse : je ne réussis qu'à prolonger le décollement en avant des corps vertébraux, dans cette nappe de tissu cellulo-graisseux qui se continue avec l'espace cervical, rétro-viscéral de Henke. Le résultat fut que l'œsophage devint mobile en avant, refoulé avec le cul-de-sac rétro-œsophagien de la plèvre; il me fut impossible à partir de ce moment de palper le contact du rebord du sou, impossible aussi de retrouver le plan de clivage entre l'œsophage et la plèvre. Mes tentatives durent cesser parce que l'enfant, depuis quelques instants, présentait des troubles d'asphyxie chloroformique. Je me contentai de tamponner le médiastin avec un Mikülicz, de placer au point déclive un double drain et de suturer la partie haute seulement de l'incision.

Les suites furent aseptiques et simples, mais le sou demeurait en même place et la radiographie nous le confirma. A douze jours de là je décidai une nouvelle tentative. Mais je voulus préalablement essayer l'extraction par les voies naturelles : la thoracotomie faite antérieurement et dont la brèche avait été maintenue par le tamponnement iodoformé me paraissait une garantie suffisante de drainage vis-à-vis des infiltrations septiques dans le médiastin, s'il arrivait que l'extraction forcée fût suivie d'une perforation œsophagienne, d'autre part je comptais, dans le cas où le chargement du corps eût présenté des difficultés, l'aider et le contrôler par l'introduction des doigts dans la brèche. Je

n'eus pas besoin de ce dernier secours, j'arrivai à charger le sou sur le panier et à l'amener dehors par une traction forte. »

**M. FRŒLICH** croit qu'il y a lieu de distinguer dans les corps étrangers bas situés, les corps arrondis comme les pièces de monnaie, et les corps pointus ou irréguliers. Les premiers doivent toujours être retirés avec le panier de Græfe : dans deux cas de sous dans l'œsophage chez l'enfant il a pu retirer le corps au moyen de ce panier après quinze jours et trois mois de séjour.

Il ajoute que le diagnostic ne peut se faire que par la radiographie. Dans ses deux cas, la boule olivaire avait passé à côté du corps étranger, à côté du sou, sans qu'il pût le sentir.

### PATHOLOGIE GÉNÉRALE

**M. LOUIS DOR** (de Lyon) fait une communication sur **l'anatomie pathologique comparée de la botryomycose humaine.**

1° La petite tumeur cutanée que nous avons décrite l'année dernière, M. le professeur Poncet et moi, sous le nom de botryomycose humaine, présente des caractères histologiques bien définis qui lui donnent une individualité propre.

2° Cette tumeur est constituée selon le type des fibro-adénomes et son origine est nettement sudoripare, mais pour la distinguer, d'une part, des hydradénomes vrais, décrits par MM. Jacquet et Darier, et dont elle diffère absolument, et pour rappeler, d'autre part, qu'il s'agit d'une néoplasie inflammatoire et non d'une tumeur vraie, je propose de créer pour cette lésion le néologisme de fibro-adénose ou d'acténofibrose.

3° Le champignon de castration du cheval est aussi une fibro-adénose développée aux dépens de l'épididyme.

4° L'individualité et l'unité du parasite, bien que très probable, n'est pas encore aussi certaine que l'individualité de la néoplasie et il est possible que plusieurs microbes soient capables de donner naissance à ces tumeurs, à la condition d'être introduits dans une glande sudoripare ou dans l'épididyme.

5° L'appellation de botryomycose peut être conservée provisoirement pour désigner aussi bien les champignons de castration que les tumeurs sudoripares des doigts que nous avons décrites, mais si l'on établissait dans l'avenir que l'on peut trouver des parasites distincts dans les différentes tumeurs que l'on examinerait, il vaudrait mieux alors appeler les tumeurs des fibro-adénoses sudoripares ou épididymaires, en ajoutant le qualificatif botryomycosique pour les cas où l'on aurait trouvé les botryomyces.

**Efficacité et innocuité du pansement picrique dans le traitement des brûlures et de diverses autres affections.** — **M. THIÉRY** (de Paris). « L'acide picrique, appliqué méthodiquement suivant les indications antérieurement données, ne peut en aucun cas produire d'intoxication générale. Je pense qu'il n'existe que quatre cas authentiques d'intoxication par acide picrique ; ils sont dus, tous les quatre, à l'*ingestion* accidentelle d'acide picrique : les malades ont absorbé respectivement une cueillère à bouche (2 fois), une cuillère à café de 5 à 8 grammes d'acide picrique. Tous eurent des accidents gastro-intestinaux, mais tous guérirent. Or, il est impossible, dans les conditions actuelles du pansement, d'obtenir par voie sous-cutanée des accidents pouvant présenter quelques dangers. Les accidents observés par les auteurs peuvent être tous rapportés aux brûlures qui par elles-mêmes donnent tous les accidents rapportés à tort à l'acide picrique.

Le pansement ne doit pas être douloureux ou la douleur qu'il provoque est passagère : la plupart du temps il est analgésique. En cas de douleur vive, abaisser le titre de la solution.

Sur les enfants (10 mois à 3 ans), je n'ai pas observé ces vives douleurs, dont on a parlé à la Société de chirurgie.

Le pansement picrique, loin de produire des accidents locaux éruptifs, est au contraire le pansement de choix applicable aux éruptions médicamenteuses locales (iodoforme, salol, sublimé, etc.).

Le pansement picrique jouit, dans la plupart des affections cutanées et dans les brûlures en particulier, d'une efficacité incontestable. »

**M. R. LARGER** (de Maisons-Laffitte) emploie la solution saturée à froid de **chlorate de potasse**, en bains locaux ou même généraux, aussitôt après les **brûlures**. Dans la pratique et en cas d'urgence, il suffit de jeter sans aucune mesure les cristaux de chlorate de potasse dans l'eau froide, que l'on agite un peu et dans laquelle, en raison de sa faible solubilité, le sel ne se diffuse qu'au degré voulu.

Le remède est efficace dans toutes les brûlures, même profondes, mais son action est particulièrement évidente dans les cas d'érythème dû aux brûlures superficielles, si étendues soient-elles. Le soulagement est immédiat et la chaleur ne tarde pas à se dissiper.

Tel est le traitement des brûlures au début lorsque c'est l'élément douleur qui domine. Plus tard, la conduite varie suivant que la brûlure est profonde, avec destruction des tissus, eschares, etc... ou suivant que la lésion n'est que superficielle. Dans le premier cas, l'on se trouve dans les conditions ordinaires des plaies auxquelles on applique des pansements appropriés. Dans le second cas, au contraire, de brûlures superficielles, on continue jusqu'à guérison les compresses de chlorate, mais en les recouvrant après un ou deux jours de mackinstosh.

Le sel de Berthollet réalise, en effet, dans les pansements, l'avantage peut-être unique d'un antiseptique faible qui, non seulement n'est pas irritant, mais jouit, au contraire, de propriétés calmantes.

Ces propriétés antiseptiques, jadis admises dans les affections buccales principalement, ont été négligées depuis la mise en pratique des idées pasteuriennes. Elles sont réelles cependant : le chlorate de potasse est toxique, à faibles doses, pour les plantes, ainsi que l'a démontré M. Garola, et à fortes doses lorsqu'il est administré à l'intérieur chez l'homme. Employé comme il est indiqué, il n'est absorbé qu'en quantité minime, et n'a pas donné lieu au moindre accident depuis vingt-huit ans que M. Larger l'a mis en pratique avec un succès constant et à tous les âges.

Les recherches de **M. H. REYNÈS** (de Marseille) sur l'hypoazoturie ont porté sur plus de 100 malades et reposent sur plus de 500 analyses. Elles l'ont amené à conclure ainsi :

L'hypoazoturie n'a aucune valeur diagnostique pour les cancers et tumeurs malignes ; c'est un réactif biologique, et non histologique.

Elle se rencontre dans bien d'autres états pathologiques, en particulier chez les femmes atteintes de lésions utéro-annexielles chroniques; elle se rencontre également chez les gens sains, mais à constitution congénitalement faible. Ces gens-là ont un type clinique spécial, type hypoazoturique, qui permet de prédire la diminution du taux d'urée.

Ils sont plus prédisposés aux ptoses, aux hernies de faiblesse; l'hypoazoturie doit rentrer dans les caractères de la constitution comme les femmes ptosiques.

L'hypoazoturie s'améliore par l'hygiène, l'aération, le repos physique et moral, les régimes diététiques et l'hydrothérapie. Mais l'hypoazoturique supporte mal le froid; il faut le traiter par l'hydro-thermo-thérapie : injections chaudes, douches chaudes, lavements d'eau salée chauds, d'un litre, pris tous les jours, rendront de grands services, remonteront le taux d'urée et augmenteront le volume des urines. Les hypoazoturiques supportent mal les opérations : opérer sur eux, c'est s'exposer parfois à des accidents mortels, et toujours à des convalescences longues ou à des complications post-opératoires. Le traitement antihypoazoturique ci-dessus indiqué est absolument de mise avant l'opération, sauf le cas d'urgence. Le traitement, grâce surtout aux lavements d'eau salée chaude, augmente vite la quantité d'urine et le taux d'urée.

M. VIDAL (de Périgueux) demande si la quantité d'azote ingérée par les malades a été mesurée avant de faire analyser les urines. Il croit, comme M. Reynès, que l'hypoazoturie n'a aucune valeur diagnostique.

M. REYNÈS répond qu'il n'a pas analysé le taux d'urée ingérée, mais que ses recherches sont d'ordre clinique, et que ses conclusions sont rigoureusement vraies.

M. LE DENTU croit qu'en effet les recherches cliniques de ce genre n'ont pas besoin absolument de toute la rigueur des expériences de physiologie. Il ne croit pas à la valeur symptomatique de l'hypoazoturie dans les cancers; mais pour lui l'hypoazoturie a une réelle importance dans le pronostic et les indications opératoires; entre 6 et 12 grammes, les opérations sont douteuses; au-dessous de 6 grammes d'urée par vingt-quatre heures, les opérations sont périlleuses. Il faut donc toujours faire l'analyse d'urine avant les opérations et faire le traitement pré-opératoire.

---

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (II[e] SESSION)

Les communications ci-dessous ont été faites par M. le docteur PLATON (de Marseille) :

### UTÉRUS DOUBLE ET GROSSESSE

Grâce à l'embryologie, les malformations des organes génitaux de la femme sont bien connues et bien expliquées. Les cas ne manquent pas d'utérus doubles et les observations abondent. Il est intéressant de se rendre compte comment ces organes mal formés se comportent vis-à-vis de la grossesse qui est presque toujours possible.

Le cas suivant a été recueilli dans le service de M. Queirel. Il s'agit d'une femme à utérus double et à vagin incomplètement cloisonné. Une première fois en 1893, elle accoucha d'un enfant à terme ; l'accouchement après une dilatation lente, terminée par l'application du ballon de Champetier, se termina par l'extraction pénible d'un mort-né en présentation du siège, mode des fesses.

En 1897, elle revient au neuvième mois d'une seconde grossesse, l'enfant était en S. I. D. P, l'accouchement fut plus facile, mais se termina par la mort de l'enfant.

En cas de grossesse, ces malformations génitales entraînent presque toujours des présentations vicieuses, généralement des présentations de l'épaule.

L'accouchement est toujours pénible et la femme est exposée quelquefois à des complications terribles comme la rupture de l'utérus (Bar, Secheyron).

Schrœder a tenté l'ablation de la cloison dans un cas d'utérus cloisonné, l'opérée put accoucher à terme et sans difficultés.

### VAGINISME; GUÉRISON

Parmi les trois types de vaginisme décrits par Pozzi, le plus fréquent est celui où se rencontre de l'hyperesthésie avec contracture.

C'est un cas de ce genre qui fait le sujet de cette observation. M[lle] B..., âgée de trente-neuf ans, entra dans le service de M. le professeur Villeneuve, souffrant depuis 1889 de crises à forme hystérique accompagnées de violentes douleurs utérines. Inutile de dire que cette femme est très nerveuse et très impressionnable. Seule, la morphine arrive à calmer ces crises et à en prévenir le retour fréquent. De nombreuses médications ont été suivies sans résultat : hydrothérapie, électricité, bromure, cocaïne.

Le toucher vaginal occasionne une crise, et il est difficile de pratiquer un examen, que seule la chloroformisation peut rendre possible. Elle est pratiquée le 3 février, afin de tenter une dilatation forcée. Vulve de vierge, hymen perforé à la partie supérieure permettant l'introduction du doigt : antéversion, section de l'hymen, dilatations répétées et forcées au moyen de larges valves; lavage, pansement.

Les crises reparaissent moins fortes; nouvelle intervention huit jours après. Cette femme sort guérie.

### DU MASSAGE GYNÉCOLOGIQUE

La méthode de Thure Brandt peut rendre de grands services dans les affections génitales de la femme ; surtout dans les troubles menstruels, les congestions hémorragipares, les infiltrations du tissu conjonctif abdomino-pelvien, les déviations utérines et les prolapsus.

Le massage gynécologique est une manipulation viscérale rétablissant la circulation abdomino-pelvienne et comprend dans son ensemble : la friction circulaire — la vibration — l'effleurage — l'étirement — la pression — l'élévation — la malaxation, qui se succèdent, se combinent, mais ne sont pas toujours nécessairement employées.

Nos observations se rapportent à des infiltrations du tissu conjonctif pelvien et à des déviations utérines. Les résultats obtenus sont excellents. Dans le premier cas c'est la malaxation, la friction circulaire et l'effleurage qui doivent être employés concurremment avec la gymnastique décongestionnante — abduction des cuisses et mouvements respiratoires.

Dans les cas d'antédéviations utérines, après avoir traité l'infiltration cellulaire, on redressera la matrice en lui conservant une légère antéflexion physiologique.

Il est superflu de s'étendre sur les avantages de cette méthode : comme le professeur Pinard le fait remarquer, c'est un moyen d'investigation et de diagnostic ; le massage améliore rapidement l'état général, grâce à un reflux dynamogénique bien décrit par Stapfer, il décongestionne les viscères et supprime les douleurs.

### DE L'EAU CHAUDE EN GYNÉCOLOGIE

Il est peu d'organes qui, comme les organes génitaux de la femme, à la suite d'applications raisonnées d'eau chaude, soient susceptibles de modifications heureuses : les résultats sont surtout frappants dans les cas d'inflammation, où l'élément congestion joue un si grand rôle. Emmet, Courty, Martin (de Berlin) l'ont préconisée dans les inflammations utérines et péri-utérines.

Nos observations démontrent qu'elle peut triompher des irrégularités menstruelles et de la métrite chronique. M. Reclus a eu l'honneur de tracer la technique de la méthode : lavements et injections d'eau bouillie refroidie à 50 degrés; il faut y joindre des pansements vaginaux à la glycérine iodée ou ichtyolée.

### DE LA VALEUR DES INJECTIONS DE SPERMINE DE COBAYE CHEZ LES CANCÉREUSES

L'opothérapie a pris une extension considérable. Dès le début de la méthode séquardienne, M. le professeur Villeneuve a employé les extraits de suc testiculaire. Cette notice indique l'essai tenté à l'Hôtel-Dieu de Marseille d'injections de spermine de cobaye chez quelques cancéreuses.

Dans toutes les observations, on relève à la suite de ces injections sous-cutanées l'augmentation plus ou moins considérable des forces et un réveil appréciable de l'appétit : cette action reconstituante rappelle celle des injections d'extraits d'ovaires contre la chloro-anémie préconisées par le docteur Spielman. Ces extraits d'ovaires n'auraient-ils pas une action plus énergique sur les cancéreuses utérines?

---

## THÉRAPEUTIQUE

**Pommades et vernis dermatothérapiques ayant la couleur de la peau** (M. H. Rausch).

| | |
|---|---|
| Argile rouge. . . . . | 3 centigrammes. |
| Glycérine . . . . . . | VI gouttes. |
| Pommade à l'oxyde de zinc. . . . . . . . | 10 grammes. |

Mêlez. — Usage externe.

| | |
|---|---|
| Argile rouge. . . . . . | 24 centigrammes. |
| Glycérine . . . . . . | XX gouttes. |
| Solution d'éosine rouge à 2 p. 1000 . . . | VIII — |
| Pâte à l'oxyde de zinc. | 40 grammes. |

Mêlez. — Usage externe.

| | |
|---|---|
| Ichtyol . . . . . . . | 40 centigr. à $1^{gr}60$ |
| Pâte à l'oxyde de zinc. | 40 grammes. |
| Solution d'éosine rouge à 2 p. 1000 . . . | XXIV à XL gouttes. |

Mêlez. — Usage externe.

| | |
|---|---|
| Argile rouge. . . . . . | 3 centigrammes. |
| Solution d'éosine rouge à 2 p. 1000 . . . | $3^{gr}50$ |
| Eau distillée. . . . . . | 50 à 55 grammes. |
| Gélatine. . . . . . . | $12^{gr}50$ à 15 gr. |
| Glycérine . . . . . . | 10 gr. à $12^{gr}50$ |
| Oxyde de zinc . . . . | 20 à 25 grammes. |

Mêlez. — Usage externe.

Avec la formule ci-dessus on obtient un vernis plus dur ou plus mou, suivant qu'on augmente ou qu'on diminue la quantité de gélatine et d'oxyde de zinc, d'une part, et celle d'eau et de glycérine, d'autre part.

| | |
|---|---|
| Argile rouge . . . . . | 2 centigrammes. |
| Solution d'éosine rouge à 2 p. 1000. . . . . | II gouttes. |
| Oxyde de zinc. . . . . | 40 centigrammes. |
| Glycérine. . . . . . . | 3 grammes. |
| Gélante. . . . . . . . | 20 — |

Mêlez. — Usage externe.

Ce vernis à la gélante a donné à M. le docteur Rausch (d'Essen-sur-la-Ruhr) des résultats particulièrement favorables dans le traitement de la séborrhée sèche de la face. Notre confrère s'est également très bien trouvé de l'emploi de cette préparation additionnée de sublimé, contre les syphilides de même localisation. (*Semaine méd.*)

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### RAPPORTS

Hygiène de l'enfance. — M. **Charpentier** donne lecture du rapport sur l'hygiène de l'enfance.

Eaux minérales. — M. **Robin** lit le rapport sur les eaux minérales.

Prix Laborie. — M. **Richelot** lit le rapport sur le prix Laborie.

### DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LES INJECTIONS COAGULANTES

M. **Huchard** rappelle, après la communication de M. Lancereaux, avoir cité un cas favorable à sa méthode ; il s'agissait d'un malade atteint d'un anévrysme de la crosse de l'aorte qui, après douze injections de sérum gélatineux, a vu sa tumeur disparaître ou a été presque guéri. Cependant, il avait fait quelques réserves, en disant qu'il fallait agir avec prudence, cette méthode n'étant pas sans danger, et il avait fait allusion à un cas malheureux publié par M. Boinet (de Marseille). Il existe un autre fait plus concluant encore de M. Barth. En rappelant ces faits, M. Huchard n'a nullement le dessein de combattre la méthode préconisée par M. Lancereaux. Il l'approuve, au contraire, la trouve bonne et a commencé par la vanter, en l'appuyant de faits personnels. Mais il estime qu'il ne faut l'employer qu'à bon escient et avec la plus grande prudence, si l'on ne veut s'exposer aux accidents qui se sont produits dans les observations de MM. Boinet et Barth.

Dans la première, il s'agit d'un malade qui, à la suite de l'application de cette méthode, a eu un rétrécissement de l'artère pulmonaire, suivi d'une tuberculose pulmonaire ayant entraîné la mort. M. Huchard ne se dissimule pas les objections que l'on peut faire à cette observation. On peut soutenir, à la rigueur, qu'il ne faut peut-être pas incriminer les injections coagulantes. Mais il n'en est plus de même dans l'observation de M. Barth : une femme de quarante-neuf ans était atteinte d'un anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. M. Barth, après l'insuccès de

plusieurs traitements, veut essayer les injections de sérum gélatineux, selon la méthode de Lancereaux. On fait ces injections trois fois par semaine. Après chaque injection, on constate une poussée fébrile, la température a même monté jusqu'à 39 degrés. Après douze injections, l'état ne s'étant pas beaucoup amélioré, M. Barth décida de faire trois nouvelles injections avec une solution un peu plus concentrée, à 1,50 p. 100 au lieu de 1 p. 100, puis même à 2 p. 100. On injecta 30 centimètres cubes de cette solution; il y eut un abcès avec une température de 40 degrés. Quelques jours après, la malade est prise de suffocations, de faiblesse, de syncopes, de cyanose, elle présente la teinte hortensia et meurt dans le collapsus. A l'autopsie on trouve la poche anévrysmale remplie par des caillots épais. On constate que la coagulation s'étend même au delà et qu'elle atteint la carotide interne gauche.

Dans l'une de ses observations personnelles, M. Huchard a constaté des douleurs assez vives après chaque injection et une certaine élévation de la température.

Cette coagulation s'étendant au delà de la poche peut s'observer également dans les cas de guérison spontanée des anévrysmes. Mais alors, elle se fait assez lentement pour que la circulation collatérale ait le temps de s'établir. Il n'en est plus de même lorsque cette coagulation est obtenue par les injections coagulantes. La coagulation se fait alors trop rapidement pour qu'il se fasse une circulation collatérale. Or, si, d'une part, les observations que vient de rappeler M. Huchard montrent l'intensité de l'action coagulante des injections préconisées par M. Lancereaux, elles montrent également qu'il faut les employer avec la plus extrême prudence. Il faut, en effet, les pratiquer à des intervalles plus éloignés que ceux qui ont été observés dans le cas de M. Barth; il faut bien se garder d'employer des solutions plus concentrées qu'au centième et s'en tenir aux doses indiquées par M. Lancereaux. Il a semblé à M. Huchard qu'il y avait intérêt à prévenir les praticiens contre les dangers possibles de ces injections dont l'efficacité, d'ailleurs, est incontestable.

**Vingt-trois splénectomies.** — M. JONNESCO (de Bucarest) fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1129.)

**Traitement général des pieds-bots paralytiques (paralysie infantile) et en particulier par la greffe anastomotique musculo-tendineuse.** — M. MALLY, en son nom et au nom de M. Péraire, fait la communication suivante :

Les auteurs se préoccupent uniquement des pieds-bots consécutifs à la paralysie infantile, chez les enfants et les adolescents.

La première période du traitement doit être l'expectation armée, les agents physiques (massage, électricité statique) et les traitements d'ordre général (alimentation, balnéation salée, etc.). Au moyen de l'exploration électrique on analysera soigneusement l'état fonctionnel, et l'on pourra définir, parmi les muscles atrophiés, ceux qui sont irrémédiablement perdus par suite de myélite, et ceux qui ne sont frappés que d'arrêt de développement. Tous les pieds-bots, sauf l'équin direct de compensation, sont dus à une paralysie limitée à quelques-uns des muscles de la jambe et du pied, un certain nombre restant sains. Cette paralysie partielle et irrégulièrement distribuée est précisément la cause principale (non la seule) de l'attitude vicieuse du pied.

Aussitôt que la chose est possible, on cherche, en anastomosant les tendons des muscles paralysés à ceux des muscles restés sains convenablement choisis, à restaurer en partie l'équilibre fonctionnel du pied.

Dans ce cas, les auteurs ont pu anastomoser, par un procédé simple d'avivement et de suture, le tendon du jambier antérieur à celui de l'extenseur propre du gros orteil (trois fois), les tendons péroniers au tendon d'Achille (deux fois), le jambier antérieur au tendon d'Achille (quatre fois), avec un succès satisfaisant. La marche est très améliorée, et les enfants peuvent marcher sans le secours d'appareil orthopédique. L'opération a été réalisée quatre fois avec l'anesthésie locale à la cocaïne, deux fois au chloroforme.

L'Académie se forme en comité secret.

## RECTIFICATION

Nous prions nos lecteurs d'annuler la formule publiée p. 1088 et de la remplacer par celle ci-dessous :

**Atonie intestinale.**

| | |
|---|---|
| Benzoate de soude. . . . . . . | 5 grammes. |
| Poudre de rhubarbe. . . . . . . | 5 — |
| Poudre de noix vomique. . . . | 0gr025 |

M. S. A. — Pour dix cachets, — 2 à 3 par jour (Huchard).

(*Progrès méd.*)

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Toupart, interne des hôpitaux, décédé à l'âge de vingt-cinq ans. Les obsèques ont eu lieu à la chapelle de l'hôpital Tenon, aujourd'hui à deux heures, au milieu d'un grand nombre de collègues et d'amis.

— *Concours de l'Internat* (séance du 24 octobre). — *Anatomie* : MM. Bruandet, 13. — Arnaud Delille et Alexandre, 11. — E. Guihal, 9. — Belgrand, 8. — Jacowski et Trastour, 6. — Latron, 4. — Philibert et Piot, 3.

*Pathologie* : MM. Cahen, 15. — Crouzon, 13. — Carton, P. Marais et Savignac, 12. — Ambrosi, 11. — Arloing et Delaage, 9. — Hahn, 8. — Cottu, 7.

*Pathologie* (séance du 25 octobre) : MM. P. Guihal, 14. — Daniel Constantin, 13. — Calmels, Calvé et Dardeau, 12. — Chomet et Nicaise, 11. — Mercadé, 8. — Autefage et Roland, 7.

La prochaine séance aura lieu à Beaujon vendredi 28 octobre, à huit heures un quart du soir.

— Par décision ministérielle, en date du 23 octobre 1898, ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin-major de deuxième classe Ecot, pour le 17e bataillon d'artillerie à pied (emploi créé).

MM. les médecins aides-majors de première classe Roux, pour le bataillon étranger du corps d'occupation de Madagascar; Piqué, pour le 4e bataillon d'infanterie légère.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Blan, pour le 148e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 25 octobre 1898, M. le médecin de première classe de la marine Dedet (L.-P.-A.) en non-activité pour infirmité temporaire, a été admis à faire valoir ses droits, à titre d'ancienneté de service et sur sa demande, à compter du 1er janvier 1899.

— Le bureau du XIIIe congrès de l'Association française de chirurgie (Paris, 1899), est constitué comme suit :

Président : M. Poncet (de Lyon); vice-président : M. Lucas-Championnière; secrétaire général : M. Picqué.

Les questions mises à l'ordre du jour sont : 1° De l'hystérectomie abdominale totale : rapporteur, M. A. Ricard (de Paris). — 2° Tumeurs des os : rapporteurs, MM. Maurice Pollosson et Léon Bérard (de Lyon).

— Le Congrès de gynécologie, obstétrique et pædiatrie tiendra sa prochaine réunion à Nantes, et la seconde à Rouen.

Le bureau du Congrès de Nantes sera composé de MM. Sevestre, président général du Congrès et de la section de pædia-

trie; Segond, président de la section de gynécologie; Queirel, de la section d'obstétrique, et de M. Guilleme (de Nantes), secrétaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Debove commencera le cours de pathologie interne le samedi 5 novembre 1898, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Intoxications.

M. le professeur Gabriel Pouchet commencera le cours de pharmacologie et matière médicale, le samedi 5 novembre 1898, à quatre heures de l'après-midi (amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Étude des modificateurs du système nerveux central. Premier groupe : Modificateurs de la sensibilité et du sommeil : hypnoanesthésiques, analgésiques, hypnotiques. — Ordre du cours : Mardi et samedi : leçon théorique. Jeudi : conférences pratiques et interrogations (ces conférences auront lieu pendant toute la durée de l'année scolaire).

M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 7 novembre 1898, à trois heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, au laboratoire de pathologie externe, à l'École pratique.

---

**Clinique des maladies du système nerveux,** hospice de la Salpêtrière (année 1896-1897, 3e série), par M. le professeur RAYMOND. Un fort vol. gr. in-8°. — Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin.

---

**Neurosine Prunier** — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 124. — SAMEDI 29 OCTOBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 29 OCTOBRE 1898. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas mardi.



## CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(XIIe SESSION)

### AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

**Deux années de chirurgie gastro-intestinale.** — Tel est le titre de la communication de M. ROUX (de Lausanne).

« On peut actuellement constater un notable progrès quant à l'état dans lequel les sujets atteints de maladie de l'estomac arrivent au chirurgien, soit spontanément, soit par l'intermédiaire des médecins traitants.

Pendant les deux dernières années, au lieu de 36 p. 100 de malades auxquels aucune opération ne pouvait plus être utile, nous n'avons eu que deux malades chez lesquels nous ayons dû nous borner à une laparotomie exploratrice, et un ou deux au plus où celle-ci même était contre-indiquée.

En outre, pour les cas de carcinome du pylore nous avons pu faire 11 pylorectomies, contre 15 gastro-entérostomies, ce qui correspond à une proportion de 41 et de 55 p. 100, au lieu de 32 p. 100, pour chacune de ces opérations, les cas de simple laparotomie exploratrice tombant à 4 p. 100.

Enfin, nous avons opéré dans ce même laps de temps presque autant de cancéreux du pylore que durant les neuf premières années de notre service hospitalier.

Quant au procédé employé, nous comptons 6 pylorectomies ordinaires avec 1 mort; 2 d'après le procédé de Kocher sans décès; 4 par des procédés combinés avec 2 morts.

Pour la gastro-entérostomie, nous restons fidèle au procédé en Y (gastro-entérostomie transméso-colique postérieure), sauf dans quelques cas où il a fallu aller plus vite et se borner soit à la gastro-entérostomie postérieure simple ou à la gastro-entérostomie.

Nous avons 31 cas de gastro-entérostomie en Y avec 3 morts post-opératoires; une quatrième malade, morphinomane et atteinte déjà à plusieurs reprises d'ictus apoplectiques, eut le lendemain de l'intervention une hémiplégie totale avec aphasie; elle présenta au cours de la troisième semaine des phénomènes d'occlusion : une incision exploratrice permit de reconnaître une coudure du jéjunum en canon de fusil, sans aucune trace de réaction péritonéale qu'un accolement des deux parties de l'anse coudée; la malade mourut au bout de trois semaines.

Aujourd'hui nous pouvons dire que la gastro-entérostomie postérieure en Y avec 3 plans de suture n'est plus en elle-même une opération dangereuse, malgré sa durée et malgré l'écoulement possible d'un peu du contenu gastro-intestinal, car sur 24 interventions de ce genre pour affection non suspecte du pylore, nous n'avons pas eu de morts. La durée moyenne de l'opération a été de trois quarts d'heure, tout compris. Ces résultats, obtenus chez des malades atteints de sténose pylorique cicatricielle, montrent bien que ce n'est pas l'opération en elle-même qui est la cause des insuccès, mais l'état d'épuisement dans lequel on opère encore certains malades cancéreux. »

M. GALLET (de Bruxelles) présente **trois observations de gastro-entérostomie postérieure avec jéjuno-jéjunostomie,** opération qu'il faut pratiquer dans les cas de sténose pylorique où la pylorectomie, qui est toujours l'opération de choix, doit être considérée comme impossible.

M. Gallet insiste : 1° sur la nécessité de pratiquer la gastro-entérostomie de façon qu'il n'y ait ni reflux de bile dans l'estomac, ni reflux d'aliments dans le duodénum; 2° sur la nécessité de recourir à un procédé rapide d'opération. Le procédé qu'il emploie consiste à faire la gastro-entérostomie à l'aide de sutures et la jéjuno-jéjunostomie à l'aide d'un petit bouton de Murphy à tubulure étroite. Une fois que se trouvent en présence les portions de l'estomac et de l'intestin qu'il faut anastomoser, on fait une suture gastro-intestinale séro-séreuse de 4 à cinq centimètres; parallèlement à cette tumeur, on incise l'intestin. Par cette brèche, on introduit de chaque côté de l'anse intestinale une longue pince armée d'une des pièces du bouton; à 10 centimètres environ de l'estomac, les deux pièces sont rapprochées et serrées. Dès que la jéjuno-jéjunostomie est terminée (et elle a demandé à peine deux minutes), on achève la gastro-entérostomie (3 plans au catgut). Pour terminer, on jette sur la portion de l'anse jéjuno-duodénale comprise entre les deux anastomoses une double ligature entre lesquelles on sectionne cette anse et l'on invagine les deux bouts rése-

qués. Abstraction faite de l'exploration du pylore toujours variable, l'opération dure à peine une demi-heure. Dans deux cas guérison rapide, sans complications, bouton expulsé le dixième jour. Dans un cas, mort d'épuisement au douzième jour.

En terminant, M. Gallet fait le vœu de voir l'*Association française* de chirurgie multiplier les observations de chirurgie gastrique, afin que les médecins apprennent toutes les ressources que leur offre cette branche de la chirurgie et qu'ils cessent de n'adresser aux chirurgiens que les malades qui sont à toute extrémité.

M. JORDAN (d'Heidelberg) fait l'éloge du **bouton de Murphy.**

On a employé à la clinique de Czerny le bouton de Murphy dans tous les cas possibles. Outre la rapidité gagnée pour pratiquer une gastro-entérostomie (15 minutes au lieu de 40 à 45 minutes avec les sutures), il faut dire que le bouton de Murphy n'est pas d'un emploi dangereux : dans les premiers temps où Czerny l'a employé, il a eu trois morts par perforation ; mais depuis qu'il a renoncé à l'appliquer au gros intestin pour lequel il utilise les sutures, sur plus de 100 cas il n'a pas eu un seul insuccès.

Il est très important de serrer fortement les deux parties du bouton. Quant aux sutures complémentaires, elles sont le plus souvent inutiles.

L'évacuation du bouton se fait quelquefois dès le septième ou huitième jour, mais ordinairement elle a lieu au bout de trois semaines.

M. TUFFIER donne sa statistique personnelle de **62 cas de chirurgie de l'estomac.**

« Sur 62 cas, j'ai pratiqué 50 gastro-entérostomies, 9 pylorectomies et 3 opérations consistant simplement dans les libérations d'adhérences.

Les 9 pylorectomies m'ont donné 3 morts et 6 guérisons. Il faut être éclectique dans le choix du procédé opératoire après l'ablation de la tumeur, car le mode d'abouchement n'est pas toujours facile à exécuter si l'on n'a à sa disposition qu'un seul procédé. Trois fois j'ai employé le procédé de Kocher qui a bien réussi parce qu'il n'y avait pas de traction ; une fois j'ai abouché le duodénum avec la partie supérieure de l'estomac ; enfin cinq fois j'ai dû recourir au procédé de Billroth.

J'ai pratiqué 6 gastro-entérostomies pour des ulcères saignants, 16 pour cancer, 3 pour dilatation simple et 25 pour sténoses cicatricielles du pylore.

J'ai d'abord fait la gastro-entérostomie antérieure, la gastro-entérostomie postérieure par le procédé supérieur, et actuellement, je pratique l'opération de von Hacker, qui compte pour 30 cas dans ma statistique, par la méthode des sutures en 2 plans : plan muco-muqueux et plan séro-séreux.

La gastro-entérostomie pour ulcère m'a donné 2 morts par péritonite perforante, dont un plusieurs semaines après l'opération. Les résultats sont moins bons pour le cancer, d'autant que les malades sont opérés souvent à toute extrémité ; ils sont au contraire excellents dans les cas de sténose cicatricielle du pylore. »

M. ROUSSEL (de Reims) expose au nom de M. Doyen un **procédé de gastro-entérostomie** qui se rapproche de celui de M. Roux (de Lausanne). C'est également une anastomose postérieure en Y avec cette différence que l'abouchement, au lieu d'être terminal, est latéral, ce qui permet de réduire au minimum l'orifice destiné au passage de la bile dans le jéjunum.

La gastro-entérostomie doit être faite autant que possible à la face postérieure de l'estomac et doit être transméso-colique, ce qui permet d'avoir un orifice déclive et ce qui assure mieux la vacuité de l'estomac.

Mais ce procédé de choix n'est pas toujours possible, par exemple quand des adhérences consécutives à des ulcères de la face postérieure de l'estomac empêchent de mobiliser l'estomac, et on pratique alors la gastro-entérostomie antérieure.

Quant à la pylorectomie, M. Doyen la pratique d'après le procédé qui suit : l'estomac mis à nu, la tumeur est isolée, on se débarrasse par quelques ligatures de l'épiploon gastro-colique, puis l'écraseur est appliqué au delà de la tumeur sur le duodénum de façon à réduire cet intestin à la seule épaisseur du feuillet séreux ; une double ligature est placée dans le sillon et l'intestin sectionné entre les deux fils, de manière à éviter l'issue de liquide de l'estomac. On refoule alors du côté de la cavité duodénale le petit moignon résultant de cette manœuvre par une double suture en bourse, après avoir enlevé à l'aide des ciseaux et du thermocautère le peu de muqueuse intestinale qui apparaît au niveau du fil. On fait ensuite la même opération du côté de l'estomac qui est devenu plus mobile et peut être basculé en avant. La manœuvre est un peu plus délicate et l'écrasement se fait en deux coups de pince ; un fil solide placé dans le sillon assure la fermeture de l'organe. Il n'y a plus alors qu'à pratiquer la gastro-entérostomie transméso-colique postérieure.

M. HARTMANN dit quelques mots sur la **technique de la suture dans la gastro-entérostomie.**

M. MONPROFIT (d'Angers) donne le **résultat de dix-neuf gastro-entérostomies pour cancer et gastrite chronique.**

Quatorze opérations ont été pratiquées pour cancer et ont donné deux morts opératoires survenues par suite d'épuisement, dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'intervention, sans que l'autopsie ait fait reconnaître aucune complication opératoire.

Sur les douze malades ayant survécu, dix ont retiré un bénéfice notable de l'intervention ; les vomissements ont disparu, l'embonpoint est revenu et la santé générale a été améliorée pendant un temps variable. Deux malades ont continué à vomir et n'ont retiré aucun bénéfice appréciable de l'opération.

Cinq gastro-entérostomies ont été pratiquées pour gastrite chronique, ces cinq malades ont bien supporté l'intervention ; et tous les cinq ont vu disparaître les troubles gastriques pour lesquels ils ont été opérés.

Au point de vue des procédés opératoires employés, nous avons usé successivement de la gastro-entérostomie antérieure, selon Wœlfler, de la gastro-entérostomie de von Hacker, et du procédé en Y de Roux (de Lausanne).

Si nous mettons de côté les deux malades qui ont succombé à l'épuisement quelques heures après l'opération, nous trouvons, au point de vue du fonctionnement de la gastro-entéro-anastomose, suivant le procédé employé, les résultats suivants :

Procédé de Wœlfler, neuf opérations : cinq résultats par-

faits; deux satisfaisants et deux mauvais. — Procédé de von Hacker, six opérations : cinq résultats excellents, un assez bon. — Procédé de Roux, deux opérations : l'une pour gastrite chronique, l'autre après gastrectomie, deux résultats parfaits.

Nous sommes donc d'accord avec la plupart des opérateurs pour pratiquer l'anastomose postérieure, soit latérale, soit en Y, toutes les fois que cela est possible, et pour ne faire désormais l'anastomose antérieure que dans les cas rares où elle est seule possible. Nous pratiquons la gastro-entérostomie exclusivement au moyen de sutures au fil de soie et nous n'avons jamais éprouvé le moindre ennui de ce chef. Aussi, sans vouloir porter un jugement définitif sur les procédés d'abouchement, au moyen des sutures ou des boutons qui y sont employés par beaucoup de chirurgiens des plus autorisés, nous croyons que la majeure partie de la chirurgie gastro-intestinale peut se faire avec l'aiguille ordinaire et le fil de soie fine.

M. CHÉNIEUX (de Limoges) trouve que l'on fait souvent la gastro-entérostomie dans les cas de cancer du pylore. Il faut, toutes les fois que la chose est possible, pratiquer la pylorectomie, comme il l'a fait dans un cas, et réserver la gastro-entérostomie aux cancers qu'on ne peut pas enlever.

M. HARTMANN réplique que tout le monde est d'accord pour considérer la gastro-entérostomie comme une opération de nécessité, la gastrectomie étant l'opération de choix.

M. MASSE (de Bordeaux). La **cholécystogastrostomie** réussit très bien sur les animaux, et le laboratoire de médecine opératoire de Bordeaux possède un assez grand nombre de chiens, qui gardent depuis plus d'un an cet abouchement anormal de la vésicule biliaire dans l'estomac. Les fonctions digestives restent normales, malgré la présence de la bile dans l'estomac.

La plupart de ces animaux avaient subi en même temps la ligature du canal cholédoque dans sa partie moyenne. M. le docteur Cannac, ancien aide d'anatomie, ancien élève de son laboratoire, a pratiqué cette double opération sur un assez grand nombre d'animaux, en octobre 1897; il a soutenu, à Bordeaux, une excellente thèse sur la cholécysto-gastrostomie.

Un certain nombre d'animaux, opérés en octobre, ont été soumis à l'autopsie en juin et juillet.

L'occlusion du cholédoque a été trouvée complète et la fistule entre la vésicule biliaire et l'estomac bien perméable.

Le résultat obtenu chez les chiens rend cette opération parfaitement acceptable dans la chirurgie humaine, dans les cas d'obstruction absolue du canal cholédoque. Il y a eu quelques opérations suivies de succès.

La tolérance de l'estomac pour la bile paraît démontrer l'inutilité de toutes les opérations pratiquées avec la gastro-entérostomie, pour empêcher le reflux possible de la bile dans l'estomac après cette opération.

Le grand nombre de succès de la gastro-entérostomie simple démontre que cette opération peut très bien réussir sans opérations complémentaires. La bile ne reflue qu'assez rarement vers l'estomac après la jéjuno-gastrostomie, et si elle y refluait par hasard, il n'y aurait pas un aussi grand mal qu'on a bien voulu le dire.

M. GUINARD (de Paris) attire l'attention sur les **ulcères perforants de l'estomac**, et en particulier sur une symptomatologie particulière.

Le diagnostic de la perforation des ulcères de l'estomac est souvent très difficile, et sur six cas qu'il a observés, ce diagnostic n'a été porté que dans les trois derniers.

Sa première observation a trait à une femme de trente-cinq ans, enceinte de trois mois, qui fut prise très brusquement d'une douleur au creux épigastrique, d'une douleur en coup de poignard. Une fausse-couche se produisit le lendemain, et devant la constatation de phénomènes péritonitiques suraiguës, il fut appelé à intervenir. L'incision de la paroi abdominale donna issue à du pus et il alla explorer l'appendice. M. Guinard ne trouva rien de ce côté, et la malade succomba pendant l'intervention. L'exploration continuée montra que l'estomac était perforé et avait donné lieu aux accidents péritonéaux.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une femme de vingt-cinq ans, qui n'avait jamais été malade antérieurement, mais qui avait été surmenée et soumise à de grandes fatigues. Elle fut prise brusquement d'une douleur abdominale violente, suivie bientôt d'un météorisme considérable. Comme dans l'observation précédente, on ne fit pas de diagnostic d'ulcère perforant de l'estomac. On pratiqua la laparotomie : dès l'ouverture du péritoine, le ventre s'affaissa, le météorisme étant simplement dû à une pneumatose du péritoine. Il n'y avait pas trace de péritonite, et sans chercher la cause des accidents le ventre fut refermé, après avoir établi un drainage. Le lendemain, la malade semblait améliorée, mais le surlendemain, les liquides ingérés par la malade s'écoulèrent en partie dans le pansement, et la mort ne tarda pas à survenir. A l'autopsie, on trouva un ulcère perforé de l'estomac.

La troisième malade était une femme de vingt-trois ans : le début des accidents avait consisté, là encore, dans une violente douleur en coup de poignard dans la région épigastrique; puis pendant huit jours on s'était borné à appliquer des vésicatoires sur la région douloureuse. M. Guinard vit la malade au huitième jour et pratiqua la laparotomie : après l'incision péritonéale, qui donna issue à des gaz et à un liquide infect et fécaloïde, il trouva l'intestin protégé par des pseudo-membranes. Il put constater l'existence d'un ulcère gastrique perforant, mais l'état de la patiente était si grave qu'il dut se contenter d'établir un drainage. Le lendemain, la malade eut une selle goudron (melæna). Malgré tout, il y eut une amélioration pendant neuf jours, quand il se fit une nouvelle perforation au niveau d'un deuxième ulcère, qui nécessita une deuxième intervention, suivie de mort le lendemain.

M. Guinard n'a pas eu que des morts dans ces interventions, et il a pu, notamment, présenter à la Société de chirurgie, parfaitement guérie, une femme chez laquelle il avait suturé un ulcère perforant de l'estomac.

Il a relaté plusieurs erreurs de diagnostic, mais il lui semble que certains symptômes peuvent pourtant permettre d'éviter ces erreurs. Les trois signes principaux sont fournis par la douleur brusque en coup de poignard, le tympanisme spécial avec sonorité prébépatique, et les antécédents du sujet, qui a toujours un passé gastrique.

### AFFECTIONS DE L'INTESTIN

M. LE DENTU a eu à traiter un cas d'**anus contre nature vaginal** consécutif à une opération vaginale pour lésions annexielles pratiquée par un de ses assistants. Après avoir laissé en place pendant quelques jours un gros drain placé

dans le rectum par le vagin, il a fait deux applications successives de l'entérotome qui rétablirent le passage des matières dans le bout inférieur. Il a ensuite suturé la fistule par deux plans, l'un au catgut sur le rectum, l'autre au fil d'argent sur la paroi vaginale.

M. BOUILLY revient sur une question de diagnostic souvent embarrassante. Il est, en effet, des cas où le chirurgien se demande s'il se trouve en présence d'une **appendicite** ou d'une **annexite**.

Au double point de vue du diagnostic et de l'intervention, il est très important de bien connaître les caractères différentiels de l'appendicite et de l'annexite. Pratiquement, il faut distinguer trois ordres de faits : ceux où l'appendicite a été prise pour une annexite ; ceux où l'annexite, au contraire, a été considérée comme une appendicite ; et, enfin, les faits où il y a coexistence des deux affections.

Disons tout de suite que la coïncidence de l'appendicite et de l'annexite, qui est assez rare, ne comporte que des cas où ces affections revêtent une allure particulière de chronicité.

Le plus souvent, il s'agit d'une appendicite aiguë méconnue et prise pour une péritonite consécutive à une annexite, et c'est cette erreur qu'il est très important d'éviter, puisque l'appendicite exige généralement une intervention immédiate, tandis qu'en cas d'annexite on peut attendre. Dans ces formes frustes, il faut moins s'attacher aux signes locaux exclusivement qu'à l'ensemble des phénomènes accusés par la malade. La douleur dans la fosse iliaque droite ne peut manquer même à la pression, tandis qu'il y a parfois des phénomènes généraux trompeurs (retour des règles, sensibilité des culs-de-sac, quelquefois même épanchement de sérosité dans ces culs-de-sac) ; la malade peut être à sa première atteinte d'appendicite et n'a pas d'antécédents qui puissent appeler l'attention du côté de l'intestin. Quand on a affaire à des péritonites d'origine annexielle, les phénomènes généraux sont moins accentués : le facies est moins abattu, la fièvre, moins élevée, tombe plus rapidement. Mais ce ne sont là évidemment que des nuances, et il faut intervenir rapidement toutes les fois que l'on est dans le doute pour faire ce diagnostic différentiel.

M. WALTHER (de Paris) appelle l'attention sur certaines formes d'**appendicite chronique**, où des adhérences épiploïques étendues semblent jouer le principal rôle.

Chez deux de ses malades n'ayant jamais de crises aiguës d'appendicite, souffrant de troubles digestifs et de douleurs abdominales avec maximum au niveau de l'appendice, il a trouvé des adhérences épiploïques très étendues et a réséqué l'appendice qui, à l'œil nu, ne paraissait pas altéré d'une façon très appréciable et dans lequel l'examen histologique montrait l'existence de lésions d'appendicite chronique.

L'affection s'était donc établie d'une façon latente. Mais le plus souvent, il en va autrement : chez un autre de ses malades, opéré à froid après une première crise aiguë, l'appendicite avait été précédée de troubles dyspeptiques et il trouva également des adhérences épiploïques anciennes.

Une troisième forme est la suivante : après une première poussée aiguë, qui guérit spontanément, un de ses malades eut consécutivement plusieurs petites crises du côté de son appendice. Il trouva chez ce malade des lésions d'appendicite ancienne, mais sans poussées récentes ; l'épiploon était rouge et très vascularisé : c'était de l'épiploïte à point de départ appendiculaire.

Enfin, chez un autre opéré, il a encore noté de l'épiploïte récente avec des adhérences très étendues sur le cæcum et le côlon, alors que l'appendice était libre, mais plus vascularisé qu'à l'état normal. Là encore, il y avait eu dans les antécédents du malade des poussées antérieures d'appendicite légère, qui vraisemblablement avaient été le point de départ des lésions épiploïques.

M. DEMOULIN (de Paris) fait remarquer que tout n'est pas dit quand on a opéré une appendicite, et les fistules consécutives ne sont pas rares. On observe ces fistules appendiculaires dans deux conditions : soit que l'on ait incisé simplement une collection suppurée d'origine appendiculaire, sans réséquer l'appendice ; soit que l'on ait fait cette résection en un point trop éloigné de l'implantation cæcale, en laissant ainsi, en réalité, une portion de l'appendice.

### AFFECTIONS DU FOIE ET DE LA RATE

M. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand) présente deux observations de **kyste hydatique du foie**. Dans un des cas, le kyste suppuré contenait une énorme vésicule kystique flétrie ; l'auteur suppose que la suppuration du kyste, qui n'a jamais été ponctionné, est due à la rupture de quelques canalicules biliaires qui ont infecté la poche.

La deuxième observation rapportée par M. Bousquet a trait à un malade qui portait dans l'abdomen plus de 300 kystes hydatiques de dimensions variables ; le foie, à lui seul, contenait 17 tumeurs de cette nature et l'épiploon en était littéralement farci. Parmi les kystes examinés, 2 renfermaient une forme anormale d'échinocoques. L'examen des coupes faites dans ces productions y fait retrouver la paroi de l'hydatide avec ses feuillets cuticulaires superposés, mais cette paroi est repliée sur elle-même, et ses différents plis s'enchevêtrent les uns dans les autres, s'accolant par leur face ; il en résulte une masse pleine d'une structure caractéristique. Il semble que l'hydatide ait grandi dans un espace trop restreint et que, le liquide interne s'étant résorbé, la paroi ait pu se replier de mille façons au point de combler à elle seule la cavité.

Le cas relaté par M. Bousquet présente un double intérêt : la multiplicité des kystes le rapproche du cas classique de Charcot-Davaine ; de plus, il serait intéressant de suivre l'évolution de cette forme singulière d'échinocoques, qui présente quelque analogie plus ou moins lointaine avec la tumeur hydatique alvéolaire de Carrière.

M. H. DELAGÉNIÈRE (du Mans) s'exprime ainsi :

« En 1895, j'ai déjà eu l'occasion d'attirer votre attention sur le **drainage des voies biliaires** accessoires comme moyen de désinfection des voies biliaires, et je vous ai exposé ma technique personnelle, consistant à faire l'abouchement de la vésicule à travers le muscle droit sur l'aponévrose antérieure même du muscle. Aujourd'hui, je vous apporte les résultats que j'ai obtenus par cette manière de faire dans dix nouveaux cas de chirurgie biliaire. Il ne s'agit plus seulement de simples cholécystostomies, mais aussi d'opérations complexes, pratiquées sur les voies biliaires principales.

Ces dix observations se répartissent ainsi :

Deux cas de cirrhose du foie avec hépatoptose, pour lesquels l'hépatopexie, puis une cholécystostomie temporaire, furent pratiquées avec succès ;

Un cas de cirrhose hypertrophique biliaire, où une cholécystostomie simple amena la guérison ;

Trois cas de lithiase biliaire simple avec infection des voies biliaires, avec deux guérisons et une mort causée par l'infection préexistante;

Un cas de cysticotomie pour calcul;

Deux cas de cholédochotomies;

Enfin, un cas d'hépaticolithotripsie après cystico-hépaticotomie interne.

Tous ces cas suivis de guérison : ce qui porte à un sur dix la mortalité de cette série opératoire.

Dans les opérations faites sur les voies biliaires principales, la cholécystostomie agit normalement en désinfectant les voies biliaires et en détournant au dehors momentanément le cours de la bile, mais aussi en s'opposant à toute élévation de tension des voies biliaires; en évitant par conséquent la rupture des sutures faites pour remédier aux incisions des conduits, et par suite tout écoulement de bile dans le péritoine. Grâce à l'établissement d'une fistule temporaire, on peut donc compter sur l'efficacité des sutures faites sur le canal cholédoque incisé, et, dans tous les cas, ces sutures devront être de règle, puisqu'elles ne peuvent pas être nuisibles.

Dans certains cas de vésicule atrophiée, on ne peut recourir à notre méthode générale de cholécystostomie temporaire. On doit alors préférer les méthodes directes ou, en cas d'adhérences profondes, créer dans les adhérences un conduit pour l'excrétion momentanée de la bile.

Comme on le voit, notre façon de faire n'est pas seulement un procédé opératoire, mais une méthode générale appliquée à tous les cas de chirurgie biliaire. »

### HERNIES

M. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer) a eu l'occasion d'intervenir chez une femme de quatre-vingt-trois ans pour une **hernie crurale droite étranglée depuis trente-six heures.**

L'intestin n'était hernié que sur la moitié de sa circonférence, mais la portion serrée avait pris l'aspect de parchemin flétri. L'opérateur a réséqué 7 centimètres d'intestin, de façon à dépasser largement les limites de la lésion. L'entérorraphie circulaire fut faite par un premier surjet comprenant la muqueuse et la musculeuse, et par un second surjet séro-séreux.

L'opération avait duré trente-cinq minutes. Les suites furent d'une bénignité parfaite et la guérison se fit sans incidents.

Chez un homme de trente-trois ans, atteint d'un étranglement herniaire datant de sept jours, M. Houzel a dû se résigner à pratiquer un anus contre nature. Le malade succomba au bout de quarante-huit heures.

C'est encore une observation de **hernie étranglée gangrenée,** que M. GUILLEMAIN (de Paris) rapporte au Congrès de chirurgie.

Cette opération est intéressante par le succès obtenu malgré l'âge de la malade (soixante-quatre ans). La santé est aujourd'hui, après plus d'un an, parfaite. L'entérorraphie a été faite avec de la soie fine et une aiguille de couturière; elle a consisté en trois surjets superposés. Tous les trois ou quatre points le surjet était fixé par un nœud. C'est là, je crois, un procédé très rapide et par suite plus susceptible de succès que les procédés lents avec l'aiguille de Reverdin.

M. MONPROFIT (d'Angers) dit que le **traitement des hernies gangrenées** ne doit pas être le même dans tous les cas qui peuvent se présenter en clinique.

La résection de l'anse gangrenée, et la suture des deux bouts est applicable surtout dans les hernies qui ne s'accompagnent encore ni d'un état général très grave, ni d'une réaction inflammatoire très étendue des enveloppes de la hernie et des parois abdominales. Lorsque ces conditions sont réunies, la résection immédiate suivie de suture intestinale donne les meilleurs résultats.

Au contraire, si les accidents d'étranglement persistent déjà depuis quelques jours, et qu'on se trouve en face d'un véritable phlegmon stercoral avec réaction plus ou moins intense de la paroi abdominale, le mieux est d'inciser largement, afin de parer aux accidents les plus pressants et de ne pas tenter la résection dans de mauvaises conditions.

Lorsque les phénomènes inflammatoires seront tombés, et que l'anus contre nature se sera constitué, la cure radicale par résection et suture des deux bouts se fera avec les plus grandes chances de succès.

A l'appui de ces considérations il cite deux faits : le premier a trait à une femme atteinte d'accidents d'étranglement depuis moins de vingt-quatre heures, et qui subit probablement des tentatives répétées de taxis forcé par un empirique. Il trouva, sous une paroi saine en apparence, une anse gangrenée, longue de cinquante centimètres. Il en fit la résection et pratiqua l'anastomose latérale après fermeture des deux bouts : au bout de huit jours, la malade était guérie sans incident.

Le second fait se rapporte à une malade atteinte d'une volumineuse hernie ombilicale étranglée depuis plusieurs jours, avec phlegmon étendu de la paroi et gangrène de l'intestin. M. Monprofit fit des incisions multiples afin de désinfecter la région et établit un anus artificiel. La malade revint à la vie, et un mois plus tard on pratiqua l'ablation de l'anus ombilical, la résection des deux bouts, et la suture intestinale : dans ce cas particulier, le bout supérieur étant très volumineux et le bout inférieur très atrophié, M. Monprofit fit l'implantation latérale du bout inférieur dans le bout supérieur après fermeture terminale de ce dernier. La guérison fut complète et définitive.

Les **hernies épigastriques,** il faut bien le reconnaître, ont tardé à bénéficier des avantages de la cure radicale, intervention longtemps considérée comme grave pour ces hernies alors qu'elle était appliquée aux hernies inguinales. On voit aujourd'hui que les craintes des chirurgiens n'étaient pas bien fondées. L'intervention doit être d'autant plus hâtive que les hernies épigastriques ont de la tendance à augmenter de volume et à contracter des adhérences.

Dans un cas qui fait le sujet de la communication de M. VILLAR (de Bordeaux), le résultat fut parfait; la gêne et les troubles digestifs disparurent après l'opération.

M. DELAUNAY fait connaître une technique particulière de la **cure de la hernie ombilicale.**

Circonscrire la tumeur en deux incisions elliptiques (ceci a déjà été fait), puis arriver à l'anneau ombilical en suivant l'aponévrose des droits. Lorsque l'anneau est bien isolé, on se trouve en présence d'une tumeur plus ou moins grosse, suivant le volume de la hernie, tumeur dont le pédicule est l'anneau ombilical lui-même. Ouvrir le sac à petits coups de ciseaux sur tout le pourtour de l'anneau.

A ce moment, et là est le point principal, agrandir d'un coup de ciseaux l'ouverture du sac et retourner celui-ci en doigt de gant, de façon à montrer toutes les adhérences, ensuite faire la cure radicale ordinaire. Rapidité et sûreté de l'opération.

M. POULLET (de Lyon) a fait de nombreuses opérations de **cure radicale de hernie sans ablation du sac**, même chez les vieillards.

Le précepte classique qu'il faut enlever le sac herniaire qui deviendrait une amorce pour la récidive n'est plus absolument vrai ; tout dépend de la façon dont on obture le trajet herniaire que franchit ce sac.

M. Poullet ne fait, le plus souvent, ni réduction, ni même dissection du sac, qui reste vide et obturé dans le trajet inguinal.

Toute opération n'a pour but que de rendre ce trajet, réduit de dimension, inextensible et infranchissable dans l'avenir. On obtient ce résultat en faisant un arrangement particulier du tissu fibreux de la région : tendon et périoste.

L'opération, ainsi comprise et pratiquée, n'a plus aucune gravité, même en cas de faute d'asepsie entraînant la suppuration; ce n'est plus une opération de la cavité péritonéale, elle n'intéresse que les parois abdominales.

Ainsi disparaît la contre-indication de l'âge avancé des sujets; M. Poullet opère tous les vieillards qui le désirent, même — et il peut dire surtout —, ceux qui toussent et souffrent le plus de leur hernie.

Ses opérés ne restent au lit que trois ou quatre jours et jamais plus de six ou huit jours.

Il lui arrive d'opérer des malades qui, le jour même de l'opération, rentrent en voiture de sa clinique à leur domicile; ils ne compromettent pas la réussite de l'opération en montant à pied plusieurs étages.

Ces propositions, déjà appuyées par un nombre considérable de cas, méritent d'être admises par tous les médecins. Elles contribueront alors à multiplier considérablement le nombre des hernieux qui accepteront de remplacer le port du bandage par une opération sans aucune gravité.

### MEMBRES

M. REBOUL a observé trois cas de **lésions des nerfs dans les fractures de l'humérus :**

1° Une femme se fait une fracture du bras gauche au tiers moyen. Un appareil silicaté est appliqué. Un an après, il voit la malade. Elle présente une paralysie totale du cubital avec main en griffe. L'opération montra que le nerf était comprimé par le cal et le fragment supérieur. Libération du nerf. Guérison.

2° Une jeune fille se fait dans une chute une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Immobilisation du membre dans un appareil. Quatre mois après l'accident, il voit la malade; il y a ankylose du coude et paralysie du nerf cubital. Résection partielle de l'extrémité inférieure de l'humérus; restauration des fonctions du nerf.

3° Un homme de vingt-cinq ans, dans une chute de cheval, se fait une fracture de l'humérus gauche au tiers moyen. Paralysie immédiate du nerf radial, malgré la réduction de la fracture. Opération : le nerf était comprimé et étalé par une saillie du fragment supérieur. Restauration des fonctions.

**Spina-ventosa tuberculeux**, tel est le titre d'une communication de M. MÉNARD (de Berck-sur-Mer).

La tuberculose des os longs de la main et du pied est toujours centrale. Le foyer naît dans l'un des bulbes diaphysaires, gagne le canal médullaire et l'épiphyse opposée. Plus tard, dans ce foyer central, on trouve soit un séquestre, soit un amas de fongosités. L'hyperostose, qui revêt d'abord complètement la diaphyse, est le produit d'une réaction consécutive du périoste. Elle est perforée, ulcérée, en partie détruite à la période fistulaire. Les articulations situées aux extrémités de l'os malade sont inégalement protégées. A l'une de ces extrémités on trouve une épiphyse complète : cartilage conjugal, noyaux osseux, cartilage diarthrodial ; à l'autre seulement le cartilage articulaire. De là il résulte que, conformément aux données de l'anatomie normale, la tuberculose des phalanges, celle du premier métacarpien et du deuxième métatarsien, perfore de préférence l'articulation répondant à l'extrémité périphérique : au contraire, pour les quatre derniers métacarpiens et métatarsiens, la propagation se fait plutôt au carpe et au tarse.

Avant la fistulisation, on s'abstient généralement de toute intervention. Lorsque la suppuration déjà ancienne persiste avec quelque abondance, on doit prévenir l'arthrite consécutive par l'évidement de l'os malade. Cet évidement doit s'étendre d'une épiphyse à l'autre. Il se contente de laisser d'une épiphyse à l'autre une colonne étroite et continue d'os sain. L'ablation sous-périostée donne des résultats fonctionnels déplorables parce qu'elle n'est pas suivie de la reproduction de l'os malade. Elle conduit au doigt ballant, à la perte des mouvements. L'amputation serait souvent préférable à tous égards.

### VESSIE

M. PHOCAS (de Lille) a eu à traiter une fillette de dix-sept mois d'une **exstrophie vésicale**. Forcé par les parents, il a fallu opérer immédiatement. L'opération qu'il a exécutée, dans ce cas, il ne l'a trouvée signalée nulle part, aussi croit-il intéressant de la faire connaître.

Sa petite malade avait un prolapsus du rectum; c'était une raison pour rejeter la méthode de dérivation du cours des urines. Le procédé de Segond lui a paru difficile à appliquer sur une exstrophie peu volumineuse et il a rejeté aussi l'opération de Trendelenburg à cause du jeune âge de sa malade.

Il s'est donc mis à la recherche d'une opération autoplastique propre à cacher l'exstrophie vésicale et à créer un orifice capable d'être adapté à un urinal. Il a réalisé l'autoplastie de la manière suivante : les grandes lèvres en apparence faisaient défaut; en réalité elles se confondaient avec le mont de Vénus, divisé en deux par l'exstrophie vésicale.

De chaque côté de l'exstrophie, il existait deux bourrelets cutanés obliquement dirigés en haut et en dehors. Ces bourrelets pouvaient être rapprochés avec les doigts et recouvrir l'exstrophie de la vessie dans ses deux tiers inférieurs. Après avoir rapproché ces deux bourrelets il restait en haut un espace à travers lequel la surface de la vessie exstrophiée faisait saillie. L'opération a été faite à l'hôpital Saint-Sauveur (1898). Après avoir fait rapprocher ces deux bourrelets cutanés devant la vessie, M. Phocas a taillé à leurs dépens deux lambeaux qu'il a laissés adhérents par leurs bords supérieurs.

Les surfaces avivées ont été suturées au fil d'argent; de la

sorte les deux tiers inférieurs de l'exstrophie étaient recouverts d'une portion de peau.

Les deux lambeaux qui ont servi pour faire l'avivement ont été retournés en haut à la manière de deux lambeaux à la Mirault et ont recouvert la portion restante de la vessie exstrophiée. Deux sondes uretérales ont été préalablement placées dans l'orifice des deux uretères. Le résultat a été assez bon, et sauf un sphacèle superficiel des lambeaux supérieurs la suture a tenu et l'exstrophie vésicale est guérie autant qu'elle peut l'être par la méthode autoplastique.

L'avantage de la méthode est de faire une autoplastie sans sacrifier aucune portion de peau et avec le minimum de dégâts.

### NÉOPLASMES

Il existe une variété de tumeurs des os, développées aux dépens de l'endothélium des vaisseaux. Ces tumeurs ont été cliniquement englobées, jusqu'à ces dernières années, dans la grande classe des ostéo-sarcomes. Décrits d'abord par Billroth, puis par Waldeyer, sous le nom d'angio-sarcomes, elles doivent être séparées d'autres néoplasmes malins.

A propos d'une observation personnelle, la première que nous connaissions en France, M. PONCET donne une description complète de ce genre de néoplasme, et montre que les tumeurs connues sous le nom d'anévrysmes, de tumeurs érectiles des os, etc., ne sont autres que des **endothéliomes** des os.

M. DOR (de Lyon) fait, sur les **relations des myélomes avec les xanthomes**, une communication dont voici les conclusions :

1° Il existe une tumeur mixte constituée par l'association du tissu xanthomateux et de tissu myélomateux, tumeur qui mérite le nom de myélo-xanthome. La plupart des soi-disant myélomes des gaines tendineuses sont, en réalité, des myélo-xanthomes.

2° Le myélo-xanthome constitue le chaînon de transition entre le myélome pur et le xanthome pur. Les cellules xanthomateuses et les cellules à myéloplaxes sont le résultat d'une évolution histologique toute différente, mais ayant porté sur des cellules primitivement identiques; dans le premier cas, les cellules sont restées isolées; dans le second cas, elles se sont fusionnées, et leurs noyaux se sont mélangés, constituant une cellule unique à noyaux multiples.

3° Il existe dans les xanthomes les plus purs des cellules à myéloplaxe, et il est probable que dans les myélomes les plus purs on trouvera des cellules de xanthome.

4° La commune origine des cellules xanthomateuses et des cellules myélomateuses établit entre les xanthomes et les myélomes une étroite solidarité, et toutes les théories pathogéniques relatives à l'une de ces tumeurs, pourront probablement s'appliquer à l'autre. Cette considération justifie l'intérêt qu'il y avait à connaître les relations des xanthomes et des myélomes.

5° Il est intéressant de remarquer que, sans avoir conçu entre les myélomes et les xanthomes le rapprochement qui a fait l'objet de ce travail, les auteurs qui se sont occupés des myélomes et ceux qui se sont occupés des xanthomes ont les uns et les autres émis des doutes sur la nature vraiment néoplasique de ces tumeurs. Il faut s'attendre à la démonstration de la nature inflammatoire des myélomes et des xanthomes.

### VAISSEAUX

M. H. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand) présente au congrès deux observations **d'anévrysme diffus primitif** dans lesquels la ligature du vaisseau lésé, au-dessus et au-dessous de la blessure, a fourni deux remarquables succès.

Dans une de ces observations il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans qui, en octobre 1897, avait eu une luxation de l'épaule; les manœuvres de réduction, opérées le soir même par un rebouteur, amenèrent la déchirure de l'axillaire, suivie immédiatement d'une forte tuméfaction de la région. Trois semaines après, les téguments de l'aisselle s'ulcèrent et on est obligé d'intervenir.

L'aisselle est incisée au-dessous du grand pectoral et nettoyée, puis deux ligatures au-dessus et au-dessous du point lésé assurent l'hémostase, et la guérison est rapide.

Le malade toutefois conserve une impotence fonctionnelle due à la lésion des filets du plexus brachial.

Le second cas est celui d'un jeune homme qui laisse tomber son couteau tout ouvert, serre brusquement les cuisses pour le retenir et s'ouvre la fémorale droite à la partie médiane de la cuisse. Un médecin appelé fait la suture de la peau, la plaie se cicatrise, le blessé reprend ses occupations, et un mois après apparaît une tuméfaction énorme du membre. L'artère est liée au-dessus et au-dessous de la plaie; guérison rapide.

L'auteur insiste sur la nécessité de revenir en pareille circonstance au vieux précepte classique, c'est-à-dire d'aller franchement à la recherche du vaisseau et de lier au-dessus et au-dessous de la blessure.

Cette manière d'agir est la seule rationnelle, et seule elle donnera une sécurité véritable au chirurgien et au blessé.

Nous extrayons de la communication de M. SCHWARTZ, sur le **traitement des varices**, le résumé qui suit :

Les interventions sur les membres variqueux sans complications se divisent en trois catégories :

1° Ligatures avec résections de la veine saphène interne ou des veines saphènes, d'après Trendelenburg.

2° Ligatures avec résections veineuses, combinées avec l'extirpation de paquets variqueux plus ou moins étendus.

3° Ligatures étagées, combinées avec la résection de grands lambeaux cutanés, comprenant dans leur épaisseur une étendue plus ou moins considérable de varices.

Les principales indications de la ligature étagée avec résection de tronçons veineux, sont : la présence de varices serpentines sans paquets variqueux, avec dilatation flaccide des vaisseaux et insuffisance valvulaire manifeste. Cette dernière est mise en évidence par le procédé de la chiquenaude qui répercute l'onde sanguine de haut en bas, sur une longueur plus ou moins considérable. Ces varices sont toujours des varices à haute tension. Lorsqu'elles provoquent des douleurs, des œdèmes, de la fatigue, elles sont justiciables de la ligature étagée avec résection.

Celle-ci est pratiquée généralement en quatre points, immédiatement au-dessous de l'abouchement dans la veine fémorale; au milieu de la cuisse, au-dessus du condyle interne du fémur, au-dessous du condyle interne du tibia. La cocaïne suffit toujours à obtenir une anesthésie suffisante.

Lorsque les veines, au lieu d'être dilatables, sont sclérosées et ont cette consistance de tuyaux de pipes qui les fait sentir facilement sous le doigt; lorsqu'il y a en un mot une

phlébo-sclérose avancée avec poussées de phlébite, la ligature étagée est encore indiquée telle que nous l'avons décrite ; il semble que, sous l'influence de la diminution de pression, la nutrition s'effectue plus facilement, que l'altération de la paroi veineuse rétrocède ou du moins ne s'aggrave pas. Souvent dans ces cas coexiste un ulcère, ou une tendance à l'ulcération, qui est elle-même favorablement influencée.

La ligature étagée est combinée avec des résections de paquets variqueux, lorsque ceux-ci coexistent avec les dilatations que nous venons de signaler.

Les paquets variqueux sont très souvent le siège de phénomènes douloureux, en rapport un certain nombre de fois avec des compressions, des inflammations des nerfs de voisinage. Il sont le point de départ le plus fréquent des phlébites variqueuses. Qu'ils existent à la jambe ou à la cuisse, sur l'une ou l'autre saphène, ils sont justiciables de l'extirpation. Celle-ci, étant presque toujours assez longue et minutieuse, réclame toujours une anesthésie générale, surtout lorsqu'il s'agit de lésions symétriques des deux membres.

Depuis plus d'un an, M. Schwartz pratique dans certains cas une opération qui consiste à associer à la ligature étagée l'excision au niveau de la jambe de grands lambeaux cutanés avec les varices sous-jacentes. Il le fait lorsque la peau de la jambe est flasque, extensible, sans tonicité, ressemblant absolument à la peau du scrotum dans les cas de certaines varicocèles.

Le lambeau excisé est suffisant pour que la réunion par première intention soit possible. Il confectionne de la sorte un véritable bas naturel, qui paraît renforcer les résultats obtenus par la simple ligature étagée. Les opérés revus sont en excellent état, sans aucune récidive et sans aucun trouble fonctionnel appréciable.

Il est amplement démontré aujourd'hui que l'ulcère variqueux guérit rapidement et, qui plus est, ne se reproduit généralement pas, chez les individus auxquels on a fait subir la ligature étagée simple ou combinée aux autres interventions. M. Schwartz a eu l'occasion de revoir un certain nombre d'opérés radicalement guéris depuis plusieurs années et plusieurs sont venus lui demander une intervention sur le membre non opéré dans une première séance, se trouvant fort bien de celle qui leur avait été faite.

M. Schwartz est intervenu deux fois avec succès pour des sciatiques variqueuses par la mise à nu du nerf, l'extirpation de varices nerveuses et péri-nerveuses.

Lorsqu'il existe une phlébite variqueuse, il est d'avis de l'enlever sans attendre sa résorption, en liant préventivement la saphène interne au-dessus d'elle, pour empêcher les embolies.

En dehors des contre-indications générales bien connues on ne doit pas opérer les varices se traduisant par des varicosités cutanées nombreuses, par de la cyanose des membres ; de même s'il existe des troubles fonctionnels ou trophiques.

M. Schwartz a eu une mort tardive à déplorer, il y a de cela huit ans. C'était chez une femme très âgée (soixante et onze ans), absolument impotente de par ses varices, à laquelle il pratiqua la ligature étagée simple.

Une fois s'est développée une phlébite chez un homme encore jeune. Enfin chez un malade opéré il y a six mois seulement, pour des phlébites variqueuses à répétition, avec varices très volumineuses, survinrent des accidents épileptiformes.

M. RÉMY étudie l'étiologie clinique, l'anatomie pathologique des varices au point de vue de leur traitement.

L'étiologie comprend plusieurs causes :

*a.* Congénitale, arrêt de développement des valvules et des muscles ;

*b.* Accidentelles, fatigues, les plus fréquentes ; traumatiques, infectieuses, plus rares ;

*c.* Vaso-motrices, se rattachant à un trouble congénital ou héréditaire, au spasme nerveux.

Il est bien évident qu'on peut remédier aux accidents dus à la fatigue, au traumatisme, etc., mais qu'on ne peut et ne doit rien faire pour les varices par afflux nerveux.

Il existe trois formes cliniques :

1° Varices des grosses veines circonscrites, sus et sous-aponévrotiques ; beaucoup de succès opératoires ;

2° Varices généralisées à toutes les petites veines. Cyanose variqueuse. Récidives constantes ;

3° Varices à reflux cardiaque, nécessité d'opérer et de refaire des valvules ; bons résultats temporaires.

Enfin, l'anatomie pathologique démontre que certaines varices ne sont pas seulement scléreuses et ectasiques, mais s'accompagnent d'une endo-méso-péri-phlébite proliférante, affaiblissant les parois, qui se propage en suivant les capillaires dilatés.

## ARTICULATIONS

MM. MAUCLAIRE (de Paris) et PRÉVOST (de Chauny) relatent un cas curieux de **luxation simultanée et traumatique des deux hanches.**

Un marinier occupé à l'avant de son bateau vit arriver droit sur lui un autre bateau, il s'arc-bouta le dos et les régions lombaires contre l'avant, et avec les membres inférieurs en extension forcée, il chercha à repousser le bateau abordeur, mais le choc fut très violent et le sujet fut projeté en arrière. En l'examinant, on constata l'existence d'une luxation iliaque et symétrique des deux côtés. La luxation ayant été produite par le mécanisme des luxations directes, des tractions directes permirent la réduction des deux côtés. Les cas publiés de luxations simultanées et traumatiques des deux côtés sont rares, nous en avons réuni quinze. Le plus souvent, il s'agit d'ouvriers surpris par un éboulement de terre ou de pierres. La luxation est le plus souvent produite par énucléation, pour ainsi dire, des têtes fémorales, celles-ci quittent directement la cavité cotyloïde par en haut et non par la partie inférieure de la capsule, comme dans le cas de luxations indirectes ou régulières de Bigelow.

Dans quatre cas, la luxation est postérieure d'un côté et antérieure de l'autre, et chez ces blessés, au moment de l'accident, l'on constate que l'un des membres inférieurs était placé très en avant de l'autre ; dans ces cas de luxations divergentes, le corps semble avoir subi une légère torsion. La fracture du col fémoral, de l'acétabulum et la parésie des membres inférieurs sont les seules complications observées.

La réduction des deux luxations a été souvent obtenue par de fortes tractions directes, mais il nous semble préférable de recommander la réduction par la méthode de Després (père) pour tous les cas, comme s'il s'agissait toujours de luxations régulières.

M. CH. GIRARD (de Berne), lors du Congrès de chirurgie de 1895, a communiqué une observation de **désarticulation**

interilio-abdominale, qu'il avait exécutée avec succès le 25 mars de la même année.

C'était le premier cas de guérison obtenue après cette opération, qui, du reste, avait été pratiquée trois fois auparavant, d'abord par Billroth en 1891 ou 1892, mais dont l'observation ne paraît pas avoir été publiée, puis en 1894 par Jaboulay et peu de mois après ce dernier par Cacciopoli, de Naples.

Depuis lors, l'orateur a eu l'occasion de faire cette même opération sur deux autres malades. Une fois, le 16 novembre 1895, pour une coxalgie réséquée sans succès; le malade, très cachectique, mourut de choc opératoire cinquante minutes après l'opération. Le second cas fut opéré avec succès le 5 mars 1897 pour un sarcome du fémur chevauchant jusque dans le bassin.

Sur trois opérations, il y a donc eu deux succès et, chez ces deux malades, la mutilation énorme ne produisit pas plus de troubles fonctionnels que la simple désarticulation coxo-fémorale.

En ajoutant, à ces six opérations, un second cas de Jaboulay et celui de Bardenheuer (de Cologne), M. Girard arrive au chiffre total de 8 cas de désarticulation interilio-abdominale publiés ou connus jusqu'à présent : Billroth (1 cas de sarcome, 1 insuccès), Jaboulay (2 cas de sarcome, 2 insuccès), Cacciopoli (1 cas de sarcome, 1 insuccès), Bardenheuer (1 cas de coxalgie, 1 insuccès), Girard (2 cas de sarcome, 1 cas de coxalgie, 2 succès sur 3 opérations).

Ces trois guérisons sur huit opérations prouvent que le pronostic de la désarticulation interilio-abdominale est suffisamment favorable pour la faire entrer dans la catégorie des opérations classiques au même titre que la désarticulation coxo-fémorale, et que cette intervention est indiquée dans les cas de sarcomes atteignant à la fois le fémur et le bassin, ainsi que pour les coxalgies incurables par d'autres moyens.

Quant au procédé opératoire, l'orateur est resté fidède à celui qu'il a décrit en détail dans sa communication au Congrès de 1895.

Le procédé de Jaboulay en diffère surtout en ce qu'après une sorte d'amputation circulaire des parties molles dans le tiers supérieur de la cuisse, au lieu de deux lambeaux, tout l'os iliaque est désarticulé sans conservation de la tubérosité du pubis; de plus l'artère iliaque primitive est liée dès le début de l'opération.

Bardenheuer pratique d'abord la désarticulation coxo-fémorale après ligature préalable des vaisseaux iliaques externes et achève l'opération en réséquant, en quelque sorte, l'os iliaque par la plaie, à peu près comme dans le procédé de l'auteur. M. Girard considère le manuel opératoire dont il s'est servi comme préférable aux deux autres.

Celui de Bardenheuer se compose, en réalité, de deux opérations successives, qui doivent exiger un peu plus de temps ; de plus, on perd le bras de levier constitué par la cuisse, utile pour écarter avec force le bassin après la section pubienne.

Le procédé de Jaboulay, en sacrifiant la tubérosité pubienne, détache l'insertion inférieure du grand droit, ce qui, ultérieurement, n'est pas indifférent pour le soutien des viscères abdominaux, déjà affaiblis du côté désarticulé. Au reste, la conservation de la tubérosité du pubis permet d'éviter sûrement la lésion possible de la vessie. Enfin, la ligature de l'artère iliaque primitive entrave la nutrition d'une grande partie des parties molles formant les parois de la vaste plaie, sans diminuer très sensiblement l'hémorragie au cours de l'opération, ni faciliter beaucoup l'hémostase.

MM. **PÉRAIRE** et **MALLY** font une histoire complète de la **métatarsalgie** (névralgie de Morton), et résument en peu de mots toutes les observations parues sur ce sujet.

Grâce à la radiographie, ils ont pu se rendre compte que cette affection, qui ne répondait jusqu'à présent à aucune lésion matérielle connue, était caractérisée par une subluxation très nette des têtes métatarsiennes déformées, et qu'enfin, grâce aux pièces enlevées et examinées avec soin par M. A. Pillet, on avait affaire à de l'ostéite condensante. Le rhumatisme chronique paraît donc jouer ici un rôle étiologique très important.

Les auteurs passent ensuite en revue leurs observations personnelles et font une étude de la meilleure thérapeutique à employer en pareil cas. Ils concluent en donnant la préférence à la résection des têtes métatarsiennes douloureuses, lorsque l'affection est rebelle aux traitements généraux et locaux, ce qui est le cas habituel.

Après l'opération, la marche et la station debout peuvent se faire d'une façon satisfaisante.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — Candidats militaires. — Épreuve orale (séance du 26 octobre). — Question : « Anatomie du nerf phrénique ; — Causes et symptômes de la péricardite avec épanchement. »

MM. Rathery, 26 + 16 = 42. — Poirier de Clisson, 24 + 17 = 41. — Chevrier, 18 + 18 = 36. — Ball, 19 + 15 = 34. — Salomon, 21 + 13 = 34. — Laurens, 20 + 13 = 33.

Candidats non militaires. — *Anatomie* (séance du 25 octobre) : MM. Balthazard, 11. — Caubet, 10. — Camus, 9. — Alquier, 8. — Berton et Diel, 7. — Aubertin et Theuveny, 6. — B. Weill, 5. — Santiard, 3.

Séance du 27 octobre : MM. Follet (R.) et Legros (Gaston), 10. — Audard, 8. — Grivot, Roy et Viteman, 7. — Merlet, 6. — Baudelot, 5. — Mauban et Sabaréanu, 4.

— Par décret, en date du 25 octobre 1898, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur :

M. le docteur Navarre, président du conseil municipal de Paris, ancien médecin-inspecteur des écoles, délégué cantonal. A représenté la ville de Paris au congrès de démographie et d'hygiène scolaire de Budapest (1894), de Vienne (1896), et de Madrid (1898) ; vingt-deux ans de pratique médicale.

— Par décret, en date du 25 octobre 1898, les médecins dont les noms suivent sont nommés membres de la commission supérieure de l'Exposition universelle de 1900 :

MM. Ouvrier, sénateur ; Théophile Roussel, sénateur ; Chautemps, député ; Thuillier, conseiller municipal.

— Par décret, en date du 26 octobre 1898, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

*Au grade de médecin de deuxième classe.* — M. Plessard, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale démissionnaire, ancien médecin auxiliaire de la marine, qui sera affecté, en cas d'appel, au port de Cherbourg.

— Par arrêté ministériel en date du 24 octobre 1898, les médecins dont les noms suivent ont été nommés membres des comités spéciaux chargés de l'étude des questions relatives aux demandes et à l'organisation des congrès internationaux de 1900 :

MM. Moreigne, professeur d'hygiène à la Société philotech-

nique de Paris; Ouvrier, sénateur; Villemin, chirurgien des hôpitaux (section 6).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Duplay, professeur de clinique chirurgicale, est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1898-1899.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Bordier, agrégé, est nommé chef des travaux de physiologie, en remplacement de M. Billard, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Besançon.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Saillard, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

— M. le docteur Péringuey est nommé médecin du lycée de Bordeaux-Talence, en remplacement de M. le docteur Loignon, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brachet (d'Aix-les-Bains); Gariel (de Marseille); Laborde (de Bernos); Jules Raimbault (de Candé).

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. le docteur Quénu, commenceront le lundi 7 novembre 1898.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

*Nota.* — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue, le mercredi 9 novembre 1898, à deux heures, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les mercredis : M. le professeur Brouardel; les vendredis : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 12 novembre 1898, les mardis, jeudis et samedis.

Les jeudis à quatre heures : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les mardis à trois heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; les samedis à trois heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique. Ces élèves seront inscrits au laboratoire, et après autorisation du doyen, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance des droits prescrits (50 francs par trimestre).

M. le professeur Tillaux commencera son cours de clinique chirurgicale, le lundi 7 novembre 1898, à neuf heures du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Lundi et vendredi, à cinq heures un quart, exercices cliniques sous la direction du docteur Auvray, chef de clinique.

M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique, le lundi 7 novembre 1898, à neuf heures du matin (à l'Hôtel-Dieu), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Clinique et opérations à dix heures. Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

M. Legueu, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe, le mardi 8 novembre 1898, à cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Maladies de la tête et du cou.

M. Rieffel, chef des travaux anatomiques, commencera son cours d'anatomie, le mardi 8 novembre 1898, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Anatomie descriptive et topographique de l'abdomen, du bassin et du membre inférieur.

M. Wallich, agrégé, commencera les conférences d'obstétrique, le mardi 8 novembre 1898, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. le professeur Gariel commencera le cours de physique biologique le mercredi 9 novembre 1898, à cinq heures (amphithéâtre de physique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Applications physiologiques et médicales de l'optique, de l'acoustique et de l'électricité. — Ce cours est destiné aux élèves de première et de deuxième année.

M. Teissier, agrégé, commencera les conférences de pathologie interne, le mercredi 9 novembre 1898, à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Thoinot, agrégé, commencera les conférences de médecine légale le vendredi 11 novembre 1898, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur G. Thibierge commencera des leçons sur les maladies de la peau, à l'hôpital de la Pitié, le dimanche 6 novembre, à dix heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Ces leçons seront consacrées à l'hygiène thérapeutique des maladies de la peau et suivies de présentations de malades. Le mercredi et le samedi à neuf heures, consultation pour les maladies de la peau.

— M. le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Tenon, commencera le dimanche 6 novembre, à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, en son laboratoire, une nouvelle série de conférences et d'exercices pratiques : à dix heures, conférence de radiologie (les rayons de Röntgen : moyens de production, modes d'emploi, applications au diagnostic médical); à dix heures et demie, présentation et examen radioscopique des malades.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Tableaux synoptiques de thérapeutique** descriptive et clinique, par le docteur Durand, ancien interne des hôpitaux. Un vol. gr. in-8° de 200 p., cartonné (*collection Villeroy*). — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et Fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

## LE SAMEDI 26 NOVEMBRE 1898

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, nº 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'administration pendant l'année 1899.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1er lot. | *Instrum^ts en gomme et caoutchouc.* | 20 000^f | avant rabais |
| 2e — | *Id.* *Id.* | 20 000 | |
| 3e — | *Articles de caoutchouc* | 12 000 | |
| 4e — | *Thermomètres* | 50 000 | |
| 5e — | *Articles divers (irrigateurs, etc.).* | 10 000 | |

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de cette Administration, avenue Victoria, nº 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

## LE SAMEDI 26 NOVEMBRE 1898

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, nº 3, avenue Victoria, à l'adjudication, en deux lots et sur soumissions cachetées, des *bandages, pessaires, bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1899.

L'importance du marché est évaluée à 45 000 fr. pour chaque lot.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Secrétariat général de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 125. — MARDI 1er ET JEUDI 3 NOVEMBRE 1898. 71e ANNÉE. MARDI 1er ET JEUDI 3 NOVEMBRE 1898. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Laborde est intervenu dans la discussion sur le traitement des anévrysmes par les injections coagulantes pour faire connaître les résultats d'expériences physiologiques qui confirment, de tous points, les sages réserves apportées par M. Huchard et basées sur l'observation clinique. Il résulte, en effet, de ces expériences que l'action coagulatrice de la gélatine ne s'exerce pas seulement dans la poche anévrysmatique, mais qu'elle peut aussi s'exercer en tout autre lieu du parcours circulatoire; de là le danger des accidents déjà observés cliniquement.

Pour éviter ces accidents, M. Laborde propose, au lieu de l'injection sous-cutanée, l'injection directe dans la poche anévrysmale même, ou tout au moins l'injection *in situ* au voisinage le plus proche possible de la tumeur.

M. Berne a lu une note sur un cas de constipation rebelle traitée et guérie par le massage de la région de la vésicule biliaire.

M. Malherbe a lu un travail sur le traitement de l'otite chronique sèche par l'évidement pétro-mastoïdien, avec tubage de l'oreille moyenne.

Le reste de la séance a été consacré aux rapports sur les prix Barbier et Alvarenga.

### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Une petite note patriotique a jeté un peu d'éclat sur la dernière séance de la Société médicale. Le capitaine Gouraud, le vainqueur de Samory, est le fils du distingué médecin de la Charité. M. Sevestre, président de la Société, profitant de la présence à la séance de M. le docteur Gouraud, a rappelé en quelques mots le haut fait d'armes du brillant officier, et l'en a chaudement félicité. M. le docteur Gouraud, en termes éloquemment émus, a vivement remercié, et aux chaleureux applaudissements de tous, le président de la Société et les membres présents.

M. Thibierge a ouvert la partie scientifique de la séance en présentant un **infantile myxœdémateux** du plus vilain modèle. Cet être, qui est âgé de trente-trois ans, semble à peine en avoir douze ou treize. Ses membres sont grêles, ses téguments sont flasques, le visage, d'aspect vieillot et de couleur jaunâtre, est complètement imberbe. Sa taille est de 1m30. Les testicules et la verge extrêmement petits ne dépassent pas le volume de ceux d'un enfant de trois à quatre mois. Ce sont les caractères ordinaires de l'infantilisme. En outre, la partie supérieure des bras, la partie supérieure du tronc, la paroi abdominale sont le siège d'une infiltration mollasse, que l'on retrouve également à un degré faible sur le dos des mains. Ce sont là les caractères du myxœdème fruste ou peu accentué. Au point de vue intellectuel, l'arrêt de développement est le même. Ce malade, si fortement disgracié, ne sait pas lire, il est incapable du moindre travail. Il passe son temps à regarder des images et à fumer force pipes. Il se fâche volontiers et consent seulement — parfois — à quitter sa pipe pour chiquer sans interruption. Il a pu apprendre seulement quelques jeux de cartes, la bataille et le piquet. (Je sais des gens très intelligents qui n'ont jamais pu pénétrer le secret de ce dernier jeu !)

Quelques détails — curieux pour le moins — méritent d'être signalés. Ce monstre, aux organes génitaux d'ordre si inférieur, au physique si incomplet, a trouvé le moyen, il y a une quinzaine d'années, d'attraper la vérole! Où, quand et comment? Mystère.

De plus, le père de cet infantile a eu deux femmes et *trente enfants*. Ce doit être là un record! En tout cas cet homme avait certainement le don! Et parmi cette progéniture si riche, l'être présenté à la Société médicale est le seul de son espèce. Heureusement! M. Thibierge a l'intention de soumettre dès maintenant son malade au traitement thyroïdien. Il arrivera peut-être ainsi à lui faire apprendre le whist !

M. Rendu a rapporté l'observation d'une jeune femme qui, au cours d'une troisième attaque de rhumatisme articulaire aigu, traité par le salicylate de soude à doses modérées (6 grammes en vingt-quatre heures), a présenté un

**délire salicylique**, lequel a rendu, pour un temps, le diagnostic très difficile. Dès le début des accidents, c'est-à-dire deux jours après l'administration du salicylate de soude, en présence du délire aigu, accompagné d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, la première idée qui vint, fut qu'on avait affaire à un rhumatisme cérébral. Et cependant la température presque normale (38 degrés) ne cadrait pas avec l'hyperthermie si habituelle au cours du rhumatisme cérébral. De plus, les pupilles inégales et plutôt contractées n'étaient pas en l'état où on les trouve de coutume dans les déterminations encéphaliques de rhumatisme.

Etaient-ce des accidents urémiques? On le pouvait croire, car dès le début des phénomènes délirants, l'urine, qui, la veille, était d'aspect normal et non albumineuse, se raréfia tout à coup, devint extrêmement riche en albumine et en indican.

Il s'agissait en réalité d'un délire toxique dû au salicylate de soude, ainsi que l'a montré l'évolution des signes cliniques. Car dès la suppression de l'agent thérapeutique, les phénomènes cérébraux disparurent, les urines devinrent plus abondantes; on ne retrouva bientôt plus de traces ni de l'albuminurie ni de l'indican.

M. Siredey attire l'attention sur une série d'accidents gravido-cardiaques observés chez une malade de son service. Cette femme, atteinte de **rétrécissement mitral**, subit au cours d'une grossesse, par trois fois, des accidents graves d'embolies pulmonaires. Le fœtus mourut au sixième mois et dès ce moment les troubles cardiaques cessèrent, la santé de la malade se rétablit, et cependant, l'accouchement tardait à se faire et se fit soixante-trois jours après la mort du fœtus.

---

## SUR UN TRAITEMENT CHIRURGICAL

### DE LA SYMPHYSE CARDO-PÉRICARDIQUE (1)

Par le professeur Delorme, médecin principal de première classe de l'armée, membre de l'Académie de médecine.

Si en livrant à la publicité un mode de traitement qu'il a conçu et qu'il n'a pu encore appliquer le chirurgien éprouve de légitimes regrets, par contre, à le taire trop longtemps, il risque de perdre le bénéfice de l'idée première et d'en compromettre l'application et l'examen. C'est pour éviter ce dernier écueil que je me résous à signaler un traitement chirurgical de la symphyse cardo-péricardique pour lequel, en 1895, j'ai déposé un pli cacheté à l'Académie de médecine et dont je n'ai pu trouver l'emploi malgré des appels réitérés adressés à mes collègues des services médicaux du Val-de-Grâce, MM. Richard, Du Cazal et Catrin.

Il consiste dans la section ou la destruction des adhérences cardo-péricardiques : c'est, appliqué au cœur, l'acte opératoire que j'ai imaginé pour le poumon.

Les accidents auxquels donne lieu la symphyse cardo-péricardique légitiment-ils semblable tentative; celle-ci est-elle réalisable, aisément ou difficultueusement, au prix de quels risques et par quels procédés : tels sont les points qui vont m'arrêter?

(1) Par suite d'une cause indépendante de l'auteur, cette communication n'a pu être lue au Congrès de chirurgie.

I. Si dans certains cas, qui d'ailleurs ne peuvent inciter à une intervention, la symphyse cardo-péricardique n'entraîne aucun trouble notable et passe inaperçue, chez la majorité des symphysés, au contraire, des signes fonctionnels traduisent l'entrave apportée au fonctionnement du cœur.

Sans effort de réflexion, il est facile de se rendre compte de la gêne que peut éprouver un organe creux, en état constant de retrait ou de dilatation, du fait d'un étroit emprisonnement dans une coque rigide, à dimensions fixes et qui, solidaire du diaphragme, est incessamment tendue par ce muscle. Cette symphyse ne trouble pas seulement les mouvements de systole et de diastole du cœur, elle limite ou empêche sa locomotion systolique en bas et en avant et son mouvement de torsion.

Des cardiopathies vives et persistantes réveillées par certains mouvements généraux ou l'expansion thoracique, l'hypertrophie, la dilatation du cœur, des troubles de nutrition du muscle cardiaque en seraient, d'après les classiques, les conséquences habituelles avec les insuffisances valvulaires, sans lésions, de la mitrale, des sigmoïdes de l'aorte et les rétrécissements des gros vaisseaux. Pour Aran, la symphyse cardiaque exposerait plus à la mort subite que l'insuffisance aortique.

Il est légitime qu'une affection aussi sérieuse préoccupe la chirurgie, surtout quand — et c'est ici le cas — la médecine avoue son insuffisance.

II. Cette destruction des adhérences est-elle réalisable, facile et sans danger pour le cœur?

De nombreuses autopsies publiées par divers auteurs des nécropsies pratiquées par moi-même m'ont montré que la séparation d'adhérences totales était souvent possible, facile et sans danger pour l'intégrité du muscle cardiaque, quand les adhérences ne sont pas très anciennes.

Sur des cadavres de vieillard surtout, qui présentaient des adhérences péricardo-cardiques totales, organisées depuis longtemps, la séparation a été tantôt possible, le plus souvent impossible, mais dans ces cas, la chirurgie ne me semble pas désarmée, car l'affection serait passible d'un mode d'intervention particulier.

Dans le cas d'adhérences localisées, de brides, la section de ces brides est presque toujours possible et ne demande qu'un peu de prudence. Elles répondent, le plus souvent, à la pointe du cœur ou à son bord gauche.

Voilà pour les indications ou contre-indications mécaniques de l'opération; pour ce qui est des indications vitales, il semble *a priori* que l'intervention étendue devrait être appliquée surtout aux sujets jeunes, à cœur peu dilaté, qui ne sont pas arrivés à la période de dégénérescence ou de cachexie cardiaque.

Est-il nécessaire d'ajouter que l'opérateur doit ici se faire une règle d'une prudence qui n'exclut pas la hardiesse, qu'il doit toujours voir ce qu'il fait, se rapprocher du péricarde pariétal et procéder lentement?

III. Puisque les signes cliniques ne nous renseignent guère, à l'heure actuelle, sur la résistance des adhérences, il semble utile de commencer par une péricardotomie linéaire faite en bon point, d'autant que cette opération, au cas où la séparation étendue des adhérences serait impossible, aurait son utilité, comme je le ferai remarquer.

C'est au niveau du cinquième cartilage costal qu'il faut faire porter la brèche pariétale de 7 à 8 centimètres, qui

permettra d'atteindre le péricarde au niveau ou plutôt un peu au-dessus de son insertion diaphragmatique. On arrive sur l'enveloppe péricardique en suivant la technique et les précautions que M. le professeur agrégé Mignon et moi avons indiquées dans la *Revue de chirurgie* (septembre et octobre 1895); on l'incise horizontalement, puis soulevant la lèvre supérieure de la section pour se donner du jour, on cherche à dégager les adhérences sur le bord du ventricule droit, le plus accessible.

Si les adhérences sont totales et de séparation assez facile, on augmente la brèche thoracique par l'incision linéaire du quatrième espace et par la résection chondrale du quatrième cartilage, en prolongeant cette dernière plus en dehors que pour les incisions péricardiques ordinaires, quoique avec les mêmes précautions et, au besoin, on se donne encore du jour par une excision peu étendue du troisième cartilage.

Après avoir séparé le péricarde pariétal de bas en haut, on l'incise linéairement sur le doigt qui le soulève, et son dégagement est poursuivi exclusivement sur les ventricules et l'origine des gros vaisseaux. La minceur des oreillettes commande de s'abstenir de toute action à leur niveau.

Le doigt, des instruments mousses, des ciseaux mousses agissant sur ou contre le péricarde pariétal, serviraient au dégagement; une fois dégagé, on pourrait conserver ou exciser la portion du péricarde séparée.

Une adhérence partielle serait chargée sur le doigt et coupée avec des ciseaux mousses, toujours en se rapprochant du péricarde pariétal.

Si les adhérences étaient trop intimes pour permettre une séparation, on se contenterait de la section du péricarde à ses attaches diaphragmatiques antérieures, depuis le bord gauche du sternum jusqu'au niveau de la pointe du cœur, sans atteindre le phrénique gauche.

Même par cette opération limitée, on obtiendrait encore un résultat fort utile. En séparant, en effet, les attaches péricardo-diaphragmatiques inférieures, on met fin à la production de ces dépressions sous-costales qui, comme dans un cas de Morel-Lavallée, ressemblent à des sortes d'aspiration et, en facilitant ainsi le retrait diastolique, on diminue ou on supprime des efforts si préjudiciables à des cœurs malades (1).

Ce signe de la dépression thoracique, qui eût dû depuis longtemps parler à l'esprit du chirurgien, précise donc le siège du mal et fixe celui de l'intervention.

Que si, au cours de ces diverses opérations, et surtout de la dernière, on rencontrait une médiastinite adhésive, il serait indiqué, avant tout, de rompre les adhérences péricardiques externes dans leur étendue chondro-sternale. L'éloignement du cœur rend d'ailleurs la chose facile et sans danger.

(1) Pendant la diastole, le diamètre transversal des ventricules augmente et l'antéro-postérieur diminue; le cœur tend à abandonner la paroi thoracique. Il est certain qu'il ne peut le faire sans effort, si les adhérences pariéto-diaphragmatiques antérieures sont courtes et étendues. Pendant la systole, au contraire, le diamètre transversal diminue et le cœur se rapproche de la paroi antérieure du thorax; ce seraient les adhérences postéro-latérales gauches qui limiteraient le plus ce mouvement.

En arrière, la paroi du cœur reste fixe en diastole et en systole, d'où l'inutilité d'une intervention postérieure, d'ailleurs des plus difficiles.

## CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(XIIe SESSION)

### AFFECTIONS DE L'ABDOMEN

M. WALTHER fait une communication sur la **cure radicale de l'éventration sus-ombilicale.**

Il est intervenu cette année sur un jeune garçon qui s'est fait l'année précédente une plaie pénétrante de l'abdomen, qui causa une plaie profonde du foie. Il fut transporté à Bicêtre, où M. Jacomet, interne de garde, arrêta l'hémorragie du foie et fit une suture des muscles droits. Le malade guérit. Il est revenu pour une éventration sus-ombilicale. Son estomac distendu faisait hernie dans l'éventration. Celle-ci était si considérable et l'orifice si grand que M. Walther refusa d'abord d'opérer le malade, qui alla trouver d'autres chirurgiens, qui refusèrent également. Il revint, déclarant que la vie dans cet état lui était impossible. M. Walther résolut alors d'intervenir. Il ne pouvait compter sur le moignon du muscle droit pour faire une suture; il pensait à employer le muscle pectoral, mais il avait, en le rabattant pour combler l'orifice, à couper des nerfs. Il songea alors au muscle grand oblique. En haut et en bas de son orifice existaient les débris des muscles grands droits. La gaine postérieure du grand droit était absolument inextensible, remontée, et on ne pouvait s'en servir. M. Walther fit, dans le grand oblique, une section parallèle à ses fibres et le mobilisa vers l'orifice. Mais cela n'était pas suffisant, et il fallut mobiliser encore le grand droit du côté gauche et suturer les deux parties.

Ceci fait, on ramena et sutura les aponévroves des muscles grand oblique et grand droit, et toutes ces sutures faites au crin de Florence (cinquante et un crins furent employés). Sur la masse musculaire du grand oblique dénudée, on mit un drain.

Le lendemain, le point de suture supérieur suppura un peu et, sur les bords supérieurs des deux muscles suturés, il se fit un peu de sphacèle.

Le malade, revu à plusieurs reprises, présente un résultat bon, sans être parfait. La paroi est bonne, quoique l'aponévrose postérieure des grands droits manque.

D'après M. VAUTRIN (de Nancy), on rencontre dans le mésentère, comme dans la langue, des **lymphangiomes caverneux** qu'il importe de séparer des simples varices lymphatiques ou lymphangiectasies.

Ces lymphangiomes, ou chylangiomes, se caractérisent par la dilatation des vaisseaux chylifères ou lymphatiques en lacunes communiquant les uns avec les autres, et par une néoformation vasculaire abondante. Ces lymphangiomes caverneux ont une tendance extensive et envahissante, de sorte que dans le mésentère, comme dans la langue, le chirurgien peut être appelé à intervenir.

M. Vautrin en a observé un cas chez une femme de trente ans, qui présentait de l'ascite et une tumeur abdominale. Après laparotomie, il constata que cette tumeur était constituée par les anses intestinales agglutinées et par une plaque indurée et bosselée du mésentère. Il fit l'entérectomie et l'excision cunéiforme de la partie indurée du mésentère, suivie de l'entérorraphie. Cinquante centimètres d'intestin grêle furent enlevés.

Sur la pièce enlevée, on constata une dilatation lacunaire

des vaisseaux chylifères et l'existence de nombreuses cavités de nouvelle formation et de nouveaux vaisseaux. Sur la muqueuse intestinale existaient des nodosités constituées par des vaisseaux blancs et des lacunes communiquant avec le système caverneux mésentérique.

Dans ces conditions, le seul traitement à préconiser, si les forces du malade le permettent, est l'entérectomie combinée avec l'excision du néoplasme mésentérique, ou bien l'exclusion de l'intestin. Il faut considérer le lymphangiome caverneux envahissant comme une tumeur maligne et lui appliquer le même traitement, quoique le pronostic soit bien différent dans les deux cas.

M. TERRIER (de Paris) donne sa **statistique d'hystérectomies abdominales totales et supra-vaginales**. Depuis les derniers mois de 1897, il a fait 24 hystérectomies supra-vaginales et 6 hystérectomies abdominales totales.

Sur ses 24 hystérectomies supra-vaginales, il a eu 23 succès et 1 mort. Sur 6 hystérectomies totales, il a eu 4 guérisons et 2 morts.

En réunissant ses 30 opérations nouvelles aux 45 cas déjà publiés, il compte 75 hystérectomies abdominales, parmi lesquelles 40 sus-vaginales et 25 totales. Les premières lui ont donné 10 p. 100 et les secondes 24 p. 100 de mortalité.

M. DEMONS (de Bordeaux) a fait deux hystérectomies abdominales totales pour **fibromes compliqués de grossesse**. Dans un troisième cas, il a laissé la grossesse évoluer à terme malgré la présence d'un énorme fibrome, et il n'en est résulté aucun accident fâcheux.

M. BOUILLY (de Paris) dit que, pour une opération, il n'est pas bon de vieillir : à l'heure actuelle, il semble que l'**hystérectomie vaginale** perde du terrain pour le traitement opératoire des fibromes utérins. Cependant, il croit que l'hystérectomie vaginale est beaucoup plus simple que l'hystérectomie abdominale.

M. Bouilly a fait 35 hystérectomies vaginales pour des fibromes de poids variant entre 2 kilogrammes et 230 grammes. Les dimensions des fibromes en hauteur ont été, dans certains cas, jusqu'à la hauteur de l'ombilic. On peut faire cette opération, en général, en une dizaine de minutes.

Sur 109 opérations d'hystérectomie vaginale, il enregistre 101 guérisons et 8 morts, ce qui lui fait 7,33 p. 100 de mortalité.

M. REYNIER (de Paris) a pratiqué 7 **hystérectomies abdominales totales pour des cas de cancer utérin** : il a eu 5 guérisons parfaites et 2 morts, dont l'une par péritonite et l'autre par collapsus.

M. TERRIER pense qu'après les hystérectomies abdominales pour cancer, la récidive se produit très rapidement après l'opération, aussi n'est-il guère partisan de cette intervention dans les cas de ce genre.

M. J.-L. FAURE (de Paris) fait, sur l'**hystérectomie abdominale totale par section médiane**, l'intéressante communication que voici : « J'ai publié, il y a un an, la description d'un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale. Ce procédé consiste dans la section médiane de l'utérus, du haut en bas, du fond vers le col.

Lorsqu'on est parvenu dans le vagin, et on y est fatalement conduit si l'on a soin de suivre la cavité utérine, l'utérus se trouve séparé en deux moitiés, à chacune desquelles sont fixées les annexes correspondantes. Chacune de ces moitiés est enlevée séparément, en même temps que ses annexes. Pour y parvenir, attirant en haut avec une pince le col hémisectionné, on coupe ses insertions vaginales, en se tenant aussi près que possible du tissu utérin. Il ne reste plus qu'à attirer vers le haut la moitié utérine ainsi séparée du vagin. Elle se décolle avec la plus grande facilité, et se renverse, entraînant avec elle les annexes qu'on sépare avec précaution des organes auxquels elles peuvent adhérer.

Ce procédé, qui n'est applicable que lorsque le volume de l'utérus n'est pas trop considérable, trouve ses indications principales dans le cancer de l'utérus et surtout dans les suppurations annexielles.

Dans le cancer, où je l'ai employé trois fois, il présente le grand avantage de conduire facilement et sûrement dans le vagin, en général difficile à ouvrir par tous les autres procédés. Mais, par suite de la friabilité du col, il peut y avoir, dans l'isolement des parties malades et la dissection des uretères, des difficultés qui se retrouvent d'ailleurs, à un degré au moins égal, dans tous les autres procédés.

Dans les suppurations annexielles, c'est un procédé excellent, et qui me paraît supérieur à tous les procédés actuellement connus.

Je ne l'ai employé que dans huit cas, mais sur ces huit cas, il en est au moins quatre qui étaient extrêmement compliqués. Or la section médiane m'a permis de terminer si aisément des opérations qui, au premier abord, paraissaient presque impossibles, que je ne puis me défendre de considérer cette manœuvre comme un perfectionnement de grande importance.

Ces huit cas ont d'ailleurs tous été suivis de guérison.

Voici les raisons principales qui rendent ce procédé si facile :

Et d'abord, il supprime pour ainsi dire des difficultés que l'on rencontre d'ordinaire dans la recherche et l'ouverture du vagin, lorsque les culs-de-sac péritonéaux sont obstrués par les annexes et par les adhérences, qu'il faut d'abord détacher, au risque de déchirer des poches purulentes.

La section médiane conduit au contraire dans le vagin par une voie toujours libre, à travers l'utérus lui-même. En suivant la cavité utérine, on arrive en effet nécessairement et, pour ainsi dire, fatalement dans le vagin : on ne peut pas arriver ailleurs.

Dès que le vagin est ouvert, il est facile, en attirant vers le haut le col hémisectionné, de couper la portion du vagin qui s'insère sur lui, en l'attaquant par sa face muqueuse, au ras même de l'utérus, sans risquer de s'égarer loin du tissu utérin, vers l'uretère. On attaque en un mot les insertions vaginales de dedans en dehors, tandis que dans les autres procédés on est obligé, au moins sur une certaine étendue, d'attaquer ces insertions de dehors en dedans, ce qui ne permet pas d'une façon aussi certaine de localiser l'action des ciseaux à la tranche vaginale seule.

Enfin, après la désinsertion vaginale, il est très facile de renverser vers le haut la moitié utérine ainsi libérée de ses attaches inférieures. Si les annexes correspondantes adhèrent peu aux organes voisins, elles sont emportées avec cette moitié utérine sans aucune difficulté, en quelques secondes à peine, ne tenant plus aux parois du bassin que par le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens qu'on tranche d'un coup de ciseaux.

Si les adhérences des annexes malades aux parties voisines sont au contraire très intimes, la désinsertion vaginale et le renversement de l'utérus rendent leur extirpation beaucoup plus facile que dans les autres procédés, parce qu'on peut attaquer les annexes par-dessous, de bas en haut, grâce à l'espace laissé libre par le renversement de l'utérus et qui permet de plonger la main dans le fond du petit bassin.

En résumé, ce procédé présente sur tous les autres des avantages marqués dans tous les temps de l'opération : recherche et ouverture du vagin; section des insertions vaginales du col; libération et extirpation des annexes.

Il est d'ailleurs un fait qui, mieux que tous les raisonnements, montre les avantages de mon procédé, c'est que, pour peu qu'on se trouve en présence de suppurations annexielles un peu compliquées, il est beaucoup plus facile d'enlever les annexes avec l'utérus que les annexes seules.

J'insiste encore, en terminant, sur la surprenante facilité de ce procédé. Il m'est arrivé dans des cas très compliqués, et qui, au premier abord, paraissaient presque impossibles à mener à bien, de pouvoir, une fois le fond de l'utérus reconnu, enlever l'utérus et les annexes en quelques minutes à peine. Dans un cas où d'ailleurs l'utérus n'était pas malade, mais où j'ai été obligé de pratiquer l'hystérectomie pour drainer un petit bassin rempli de kystes hydatiques, il m'est même arrivé d'enlever l'utérus et les annexes en une minute et demie. Je ne crois pas que jamais hystérectomie abdominale totale ait été faite aussi rapidement. Je sais bien que quelques minutes de plus ou de moins n'ont aucune importance, et si je cite ce chiffre extraordinaire c'est parce qu'il permet d'affirmer qu'un procédé par lequel on peut enlever un utérus avec cette rapidité est un bon procédé. »

M. DELAGÉNIÈRE (de Tours) raconte que, dans une opération d'**hystérectomie abdominale pour fibrome**, il fut amené à enlever dans la même séance un rein épithéliomateux. Il se permet de rappeler cette observation qui, croit-il, est unique dans la science.

M. PAMARD (d'Avignon) fournit une observation en faveur de l'**amputation sous-vaginale du col utérin cancéreux.**

Jeune femme, vingt-huit ans, présentant, sur la lèvre postérieure du col, une petite masse végétante, bien limitée, n'ayant envahi ni les tissus profonds, ni la cavité utérine.

Opération le 13 février 1883.

Chloroforme. Amputation intra-vaginale par l'anse galvanique. Ouverture du cul-de-sac de Douglas, qui est suturé.

Suites des plus simples.

La nature cancéreuse de la tumeur est confirmée par l'examen microscopique fait par le professeur Kiener (de Montpellier).

La malade est revenue, au mois de juin dernier, c'est-à-dire plus de quinze ans après la première opération, avec une récidive sur la paroi postérieure du vagin. Le bon état de la santé générale et la lenteur mise par le mal à revenir ont encouragé M. Pamard à intervenir à nouveau.

Opération le 5 juillet dernier.

Ablation très large suivie d'une cautérisation énergique au thermo-cautère.

Les suites ont été des plus simples, mais il y a à craindre une nouvelle récidive.

M. Pamard termine ainsi :

« Les résultats immédiats que m'a donnés l'hystérectomie totale, sont excellents : mais ma plus longue survie a été de dix-sept mois, quoique mes opérations aient toutes été faites aussitôt que possible. Ceci n'est point encourageant. Aussi, en face d'un résultat comme celui que je vous communique aujourd'hui, me rappelant les statistiques recueillies à la clinique de Braün et à celle de Schröder, les résultats qui ont été communiqués à la Société de chirurgie dans la brillante discussion commencée le 17 octobre 1888, à la suite de la lecture de mon maître Verneuil, dût-on m'accuser d'être un esprit rétrograde, me trouvant en face d'un cancer du col bien limité, je crois que je donnerais la préférence à un procédé qui est facile, dont les suites immédiates sont peu dangereuses, et qui peut donner une telle survie. »

L'hystérectomie vaginale a donné et donne encore des résultats merveilleux dans le traitement des lésions suppurées des annexes. Cependant, dans certains cas, elle est ou excessive ou insuffisante. Elle est excessive, en ce sens que parfois elle a supprimé des lésions qui, opérées par l'abdomen, étaient justiciables d'une opération conservatrice. Elle est insuffisante, parce que, dans certains cas, les poches sont tellement adhérentes que la décortication est impossible.

Ce sont les deux raisons qui ont amené M. LEGUEU à préférer l'**hystérectomie abdominale dans certains cas d'inflammation des annexes.**

« Dans les lésions bilatérales, mais légères ou inégales, alors qu'il y a doute sur la nécessité de supprimer les deux côtés, je préfère la voie haute : si les lésions sont telles que la conservation est impossible, alors l'hystérectomie intervient comme le complément nécessaire de l'ablation bilatérale des trompes et des ovaires; si, au contraire, les lésions sont moins accentuées, on a la ressource, en opérant par la voie abdominale, de n'avoir fait que le nécessaire en lui donnant la possibilité de faire tout ce qui convient.

Dans les lésions bilatérales, mais extrêmement compliquées, alors que les poches sont haut situées, et par conséquent difficilement accessibles par en bas, je préfère encore la voie abdominale. Pour être efficace, en effet, l'hystérectomie vaginale doit être suivie de l'ablation intégrale de toutes les poches; or, il est des adhérences qu'on ne peut décortiquer sans le contrôle de la vue; il est des poches si haut situées que le doigt ne peut les atteindre. Dans ces cas, je crois préférable de pratiquer l'hystérectomie vaginale.

C'est en me basant sur ces principes, que j'ai pratiqué 12 fois cette opération avec 12 guérisons.

Au point de vue de la technique, je me comporte suivant les circonstances, enlevant tantôt l'utérus avant les annexes, tantôt les annexes avant l'utérus. En général, je commence par libérer les annexes, et je sectionne l'utérus et les ligaments larges de droite à gauche. Dans un seul cas, le col a été laissé en place.

Enfin, en ce qui concerne le drainage, je me conforme aux principes adoptés en chirurgie abdominale, et je draine toutes les fois qu'il y a hémorragie en nappe ou danger d'infection. »

M. DELAUNAY conclut de ses observations que, d'une façon générale, tout **kyste abdominal** ne dépassant pas le volume d'une tête d'adulte et appréciable par le vagin, peut

être enlevé par cette voie, et cela sans qu'il soit nécessaire de faire l'hystérectomie.

On doit ouvrir, soit le cul-de-sac antérieur, soit le cul-de-sac postérieur, suivant que le kyste fait saillie ou en avant ou en arrière ou latéralement. Il y a des réserves à faire sur les cas où le diagnostic d'adhérence serait porté et sur ceux où l'étroitesse du vagin serait un obstacle.

---

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (IIe SESSION)

### DE LA RÉSISTANCE DU CORDON OMBILICAL

Par le docteur QUEIREL,

[Professeur de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

Dans ce travail, nous nous sommes proposé d'étudier la résistance du cordon, par rapport au poids du fœtus. Nous y avons associé Mlle Moure, maîtresse sage-femme, à qui j'adresse mes remerciements.

TECHNIQUE. — L'expérience a été faite, presque toujours, immédiatement après la délivrance. Le temps d'ailleurs, même une fois trente-quatre heures après, n'a pas une grande action sur le résultat.

Voici comment nous avons procédé :

Le placenta était déposé par sa face fœtale, sur un gateau de bois, laissant passer à l'aise, par un orifice central, le cordon. A l'extrémité opposée était suspendu un sac qu'on remplissait de sable, petit à petit, jusqu'à sa chute qui avait lieu quand le cordon cassait. On pesait ensuite le sac plus ou moins plein, sans qu'il s'échappât un grain de sable, et l'on avait le poids correspondant à la résistance de la tige funiculaire. La ligature était faite en repliant le bout du cordon et l'attachant solidement. Quelquefois on mesurait par une échelle graduée, adaptée au mur, qui soutenait le gateau de bois, l'allongement du cordon avant sa rupture.

Quand le fœtus était mort ou macéré, on ne coupait pas le cordon et le fœtus était suspendu, comme le sac, on ajoutait celui-ci qu'on emplissait de sable peu à peu, et l'on additionnait les deux poids (fœtus et sac).

RÉSULTATS. — Nos expériences sont au nombre de 118. Nous avons établi 5 catégories dans les fœtus, selon qu'ils étaient nés vivants ou mort-nés, à terme ou avant terme, et enfin macérés.

Nous n'avons pas trouvé de grandes différences dans les résultats comparés.

Sur 97 enfants nés vivants, à terme, 2 fois un poids égal et 14 fois un poids moindre ont suffi pour rompre le cordon. 81 fois il a fallu un poids supérieur et parfois de beaucoup (6 fois plus de 7 kil., 2 fois plus de 10 kil.), ainsi qu'on pourra s'en convaincre en jetant les yeux sur le tableau de nos expériences.

Sur 2 fœtus, mort-nés, à terme, il a fallu un poids supérieur à celui de l'enfant pour casser le cordon.

A. 2350gr, plac. 450, 55cm grêle 6250.
B. 2750gr, plac. 400, 70cm normal 3050.

De même sur 2 fœtus, avant terme, nés vivants, il a fallu un poids bien supérieur aussi à celui de l'enfant pour rompre le cordon. Une fois au niveau de l'insertion placentaire, fœtus de huit mois de 2080, 48cm, 4650. Une autre fois, sur un fœtus de 1650gr, n'ayant vécu que deux heures, il a fallu un poids de 6350gr. La rupture eut lieu au niveau de la ligature de suspension.

Quant aux fœtus, mort-nés, avant terme, sur 7 dont le poids était inférieur à 2000, deux fois seulement il a suffi d'un poids insignifiant pour rompre le cordon, mais c'était, il est vrai, deux jumeaux.

A. 1550gr, 450gr ont suffi.
B. 1300gr, 300gr —

Le placenta unique pesait 700 grammes.

Enfin, les fœtus macérés ont donné des résultats qu'on n'aurait pas prévus.

Sur 10 fœtus de cette catégorie, 2 fois un poids égal au fœtus (1900gr à 1120gr) a pu rompre le cordon. Dans les autres cas, il a fallu un poids bien supérieur à celui de l'enfant.

CONCLUSION. — Ce que l'on peut dire pour le moment, et cela a une certaine importance en médecine légale, c'est qu'il est rare qu'un fœtus puisse, par son propre poids, déterminer la rupture du cordon et, quoique possible, la chose est exceptionnelle, que là rupture ait lieu au niveau de l'ombilic de l'enfant.

Dans un cas qui m'a été communiqué par une de mes anciennes élèves, Mlle Sidoine, sage-femme expérimentée, une décipare ayant accouché droite, sans aucun secours, la rupture du cordon eut bien lieu par projection de l'enfant sur le sol, mais au niveau de l'insertion placentaire, ce qui nécessita une délivrance artificielle.

En tout cas, la rupture se fait presque toujours en bec de flûte. Les artères s'allongent, mais la section de la veine est plus nette. L'amnios semble lacéré. La gélatine de Warthon n'a pas une grande influence sur la résistance.

Nous avons vu des cordons grêles résister à 6 ou 7 kilos, alors que des cordons gras cédaient à un poids bien inférieur.

Le poids du placenta, son état pathologique n'ont pas non plus paru avoir une influence, ni modifier les résultats.

---

### TRAITEMENT PALLIATIF DU CANCER INOPÉRABLE DE L'UTÉRUS (CURETAGE SUIVI DE CAUTÉRISATION AU CHLORURE DE ZINC)

Par ROUX (de Brignoles),

Professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux, correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Les quatre cinquièmes environ des cas d'épithéliome utérin qui sont soumis à notre examen sont déjà trop avancés pour être encore justiciables d'une opération curative. L'envahissement a été sournois, s'est fait sans grande douleur; les hémorragies même, mises par la malade sur le compte d'un avortement, de troubles anémiques ou d'un retour de jeunesse, selon les cas, n'ont nullement éveillé son attention, et elle s'est ainsi privée du bénéfice d'une intervention totale. Mais si l'on ne peut plus enlever l'utérus entier, on reste néanmoins en présence de douleurs qui vont devenir intolérables, d'une fièvre qu'entretient la rétention des sucs cancéreux, d'hémorragies parfois mortelles et toujours graves, par l'anémie qu'elles causent; ces complications exigent un traitement palliatif énergique.

Aussi, cette question a-t-elle, comme le dit Gallard, attiré de tout temps l'attention des chirurgiens, et son importance

explique les nombreux essais thérapeutiques que l'on a tentés avec plus ou moins de succès.

Ayant obtenu par l'emploi d'un curetage énergique, véritable abrasion de toute la masse fongueuse, suivie d'une cautérisation au moyen d'une solution à 2 p. 100 de chlorure de zinc, une amélioration rapide et durable, chez un grand nombre de malades; ayant pu constater, par l'emploi de ce procédé, une augmentation considérable dans la survie des femmes ainsi traitées, même des guérisons momentanées sans doute, mais assez longues déjà, M. Roux a cru bon de présenter au Congrès un certain nombre de ses observations les plus concluantes, avec quelques détails sur la technique opératoire qu'il a suivie.

Le curetage doit être énergique et attaquer toute la masse fongueuse, tout en évitant de léser la vessie ou le rectum, de perforer le péritoine, bien que cet accident présente peu de danger. Le choix du chlorure de zinc a été fait par ce chirurgien après élimination d'autres substances caustiques et du thermo-cautère, qui lui ont donné des résultats inférieurs ou dont l'emploi était plus dangereux.

Chez des femmes ainsi traitées, l'amélioration de l'état général est immédiate et générale, elle est due à la suppsession des hémorragies et de la fièvre, au rétablissement des fonctions digestives, à la disparition de la douleur, surtout des irradiations douloureuses à la région sacro-iliaque, constantes à une certaine période de l'envahissement. Tous ces avantages et la formation d'un tissu scléreux, qui sert pendant un certain temps de barrière à un retour offensif des complications que nous venons d'énumérer, paraissent devoir assurer à ce mode d'intervention, un rang honorable dans les traitements palliatifs de l'épithéliome inopérable de l'utérus.

---

## ANATOMIE NORMALE DU PLACENTA A TERME

Par le docteur Delore (de Lyon).

Le placenta est un organe cavitaire. La preuve c'est qu'une injection colorée faite par un des orifices profonds du sinus circulaire teint toutes les villosités.

La caduque constitue la paroi utérine. Elle forme des voûtes séparées par des replis qui font des sillons ou pendentifs. Ils groupent les cotylédons et peuvent être considérés comme des charnières.

Le chorion est le squelette; il adhère fortement par l'implantation des piliers et les villosités traînantes.

Les arbres villeux au moyen de fibres conjonctives s'attachent au sommet des voûtes s'ils sont grands. Les moyens s'attachent aux pendentifs.

Les villosités traînantes couvrent la surface du chorion, auquel plusieurs adhèrent.

Les villosités en traînes enlèvent plusieurs villosités.

Les espaces destinés à la circulation maternelle se divisent en : région caverneuse, région villeuse et région aréolaire sous-caduque. Pendant la vie ils sont en état d'érection.

La gélatine de Wasthon favorise la circulation des hématies maternelles entre les villosités.

Le sang du fœtus pénètre dans la villosité si fragile, par deux artères, après un trajet de 1m50 et après avoir subi cinq coudures.

Le sang de la mère entre dans le sinus coronaire, qui est un vestibule où son choc s'atténue. Il pénètre dans la région caverneuse, monte dans la villeuse pour se réfléchir sous la caduque et revenir à la périphérie près de son point d'entrée. Ce mode est analogue à l'injection qu'on pratique dans une vessie avec une sonde à double courant.

Les causes de la circulation sont : un courant dérivé provenant des sinus utérins; les efforts de la femme et probablement les contractions insensibles de l'utérus qui relativement au placenta se comportent comme la main qui presse une éponge gorgée de sang.

Le placenta-type est grand, à bords minces; son sinus circulaire est complet; les vaisseaux choriaux abordent la périphérie, son chorion est transparent.

Un placenta de négresse présente une veine choriale avec un tronc unique et richement arborisé. Les vaisseaux villeux sont nombreux et sessiles sur une pièce présentée.

L'artère unique d'un cordon est un tiers plus petite que la veine.

---

## QUELQUES CHIFFRES SUR L'HÉRÉDITÉ DE LA GROSSESSE GÉMELLAIRE

Par le docteur P.-A. Lop (de Marseille).

L'influence de l'hérédité dans la grossesse gémellaire est admise sans conteste par certains auteurs, et discutée par d'autres. « Il y a des familles, dit M. Pinard, qui ont pour ainsi dire le privilège des grossesses multiples. »

De toutes les influences, l'hérédité maternelle est certainement celle qui est la mieux démontrée. L'influence masculine, qui peut surprendre, est cependant non douteuse, mais moins fréquente que la première.

L'enquête à laquelle nous nous sommes livré, et qui a été faite aussi soigneusement que possible, semblerait démontrer combien peu importante est l'influence de l'hérédité sur la gémellité. Exception faite pour les cas d'hérédité maternelle, qui se sont rencontrés treize fois, l'on verra que ceux où l'hérédité est nulle sont en majorité.

Parmi nos observations, quatre méritent d'attirer l'attention :

*Première observation.* — Primipare, trente et un ans, accouchement avant terme de deux jumeaux sexe masculin.

Sa mère était jumelle, et a eu deux grossesses gémellaires.

Sa sœur aînée a eu, de deux maris différents, quatre fois des jumeaux, dont trois fois des garçons et une fois des filles.

Son frère est marié à une femme de dix-neuf ans qui, n'ayant rien dans son hérédité, a eu trois grossesses doubles qui ne sont pas arrivées à terme.

*Deuxième observation.* — Multipare, trois grossesses doubles, une simple.

Sa mère a eu deux jumeaux, la sœur de sa mère deux jumeaux; la grand'mère quatre grossesses doubles et une triple.

La fille de ma cliente a eu un avortement gémellaire à cinq mois.

*Troisième observation.* — Multipare. Fille d'une grossesse triple; a eu une première grossesse triple à dix-neuf ans, qui s'est interrompue au septième mois, puis une deuxième grossesse double à trente-quatre ans, terminée à huit mois.

*Quatrième observation.* — Multipare. Fille d'un père jumeau et d'une mère jumelle; a eu trois grossesses doubles.

Résumé : sur 82 observations, nous trouvons :

| | | |
|---|---|---|
| Hérédité maternelle directe, mère jumelle. | | 13 |
| — paternelle | — père jumeau. | 7 |
| — ancestrale, grand-père du mari. | | 2 |
| — | — grand'mère du mari. | 1 |
| — | — grand'mère de la femme. | 3 |
| — | — gand-père de la femme. | 9 |
| Sans hérédité. | | 47 |
| | Total. | 82 |

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 octobre 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LES INJECTIONS GÉLATINEUSES

**M. LABORDE** insiste sur l'importance de la communication de M. Lancereaux, et des résultats qu'il a obtenus dans le traitement des anévrysmes par les injections de gélatine; et c'est en raison de cette importance que M. Laborde croit utile d'ajouter, aux observations de M. Huchard, quelques remarques puisées dans les données physiologiques relatives à la question, et qui constituent la base rationnelle du traitement dont il s'agit.

C'est avec juste raison que M. Huchard a fait les réserves que commandent les faits cliniques qu'il a relatés :

En effet, les expériences de Dastre et Floresco, rappelées par M. Lancereaux lui-même, qui dit les avoir répétées, en en confirmant les résultats, celles, non moins concluantes, de M. Carnot, ont démontré, indubitablement, l'action coagulatrice de la gélatine, et l'influence locale qui en résulte sur les hémorragies.

Cette action accélératrice de la coagulation sanguine déduite soit de l'observation expérimentale *in vitro*, soit de la constatation sur le sang à sa sortie des vaisseaux, soit enfin à la suite de l'injection sous-cutanée, se révèle nettement, et dans son état de généralisation, à la suite de l'injection intra-vasculaire; ce qui se conçoit facilement, étant donné l'introduction et le contact directs, et pour ainsi dire immédiats de la substance avec le sang en circulation.

Cette démonstration extrême, en quelque sorte, acquiert toute son importance de déduction et d'application, lorsque l'on considère ce qui se passe à la suite de l'injection sous-cutanée selon la méthode adoptée par M. Lancereaux : il n'est possible, en effet, de comprendre l'effet positif de ce procédé d'introduction de la substance, qu'à la condition d'admettre son absorption consécutive dans la circulation générale, au contact du liquide sanguin, et en quantité suffisante pour produire l'effet cherché et attendu : l'effet coagulateur.

Or, il importe de remarquer, à ce sujet, que les gélatines (car il y en a de diverses sortes, notamment celles à base de chondrine), en particulier la gélatine du commerce, celle dont se sert très probablement M. Lancereaux, ne sont pas solubilisables; elles ne peuvent donner lieu qu'à des suspensions liquides plus ou moins complètes, dans lesquelles existent constamment les particules plus ou moins ténues, qui constituent, précisément par leur nature même, autant de corps étrangers, origine et point de départ du processus de coagulation dont il s'agit, et dont le mécanisme se comprendrait et s'expliquerait ainsi, naturellement.

Mais il reste, en ce cas, la difficulté de comprendre l'absorption intra-vasculaire de ces particules organiques, à moins d'admettre une sorte de diapédèse de l'extérieur à l'intérieur, et encore, dans cette hypothèse, faudrait-il supposer aussi cette introduction paradoxale en quantité suffisante pour produire l'action coagulatrice en question : à moins encore d'admettre, ce qui n'est pas irrationnel, que les injections réitérées et nombreuses, amenant l'absorption certaine cette fois, de grandes quantités de liquide, n'amènent des modifications de pression intra-vasculaire, ou tout autre changement inconnu du sang en circulation, de nature à favoriser la coagulation.

Toujours est-il qu'il y a là, ce me semble, un *impedimentum*, tout au moins une inconnue résultant du mode d'application, et dont il ne nous paraît guère possible de ne pas tenir compte dans l'appréciation de la méthode.

Quelles que soient les difficultés de l'explication, admettons le fait de l'introduction intra-vasculaire réelle et suffisante, grâce à des injections successives et réitérées, il devient dès lors évident que la substance peut provoquer — en tout autre lieu du parcours circulatoire que le lieu visé, c'est-à-dire la poche anévrysmatique — l'action coagulatrice dont elle est capable, et amener ainsi des accidents de nature à réduire singulièrement le bénéfice de l'action curative de l'anévrysme, qui offre une condition adjuvante favorable à l'effet coagulateur, mais qui, par malheur, n'en est pas le siège exclusif.

La possibilité de ces accidents n'est pas imaginaire ; ils se produisent, fatalement, par des faits expérimentaux, principalement à la suite de l'introduction directe et certaine de la substance dans la circulation, par l'injection intra-veineuse.

Ils se produisent aussi, l'on n'en saurait douter, dans la pratique, M. Huchard en a apporté des témoignages incontestables.

D'où il résulte que la méthode thérapeutique dont il s'agit, basée sur la réalité d'une action coagulatrice de la gélatine, et parfaitement justifiée par ce côté fondamental, demande, dans l'application, non seulement une extrême prudence, mais de plus une systématisation rationnelle tirée des indications physiologiques et expérimentales suivantes :

Injection directe dans la poche anévrysmale même;

Ou, tout au moins, injection *in situ*, au voisinage le plus prochain possible de la tumeur, l'absorption pouvant alors être facilitée et plus directe, grâce aux circulations locales, plus développées et conséquemment plus favorables à l'absorption, en raison même de l'affection anévrysmatique.

### COMMUNICATIONS

**Constipation rebelle traitée et guérie par le massage de la région de la vésicule biliaire.** — **M. G. BERNE** lit sur ce sujet une note dont voici les conclusions :

Le massage de la région hépatique, portant sur la vésicule biliaire et l'appareil excréteur de la bile, peut être d'un utile secours dans le traitement de la constipation rebelle. Le massage restreint de la région hépatique peut suffire à amener la guérison, chez les sujets atteints de constipation d'ordre cholestatique. C'est un perfectionnement apporté au massage abdominal. Il a cet avantage de pouvoir être exercé chez les sujets qui ne pourraient être soumis à un massage de la totalité de l'appareil intestinal (par exemple, chez les sujets porteurs d'une tumeur abdominale, etc.). Le massage de la région hépatique ne reconnaît, comme contre-indication, que la lithiase biliaire ou une tumeur de la région. En dehors de ces conditions défavorables, on pourra utilement l'appliquer au traitement des malades chez lesquels on soupçonne une insuffisance de l'excrétion de la bile, qu'elle qu'en soit la cause.

**Traitement chirurgical de l'otite chronique sèche par l'évidement pétro-mastoïdien avec tubage de l'oreille moyenne.** — **M. MALHERBE** a été amené à modifier le pro-

cédé d'évidement pétro-mastoïdien, qu'il emploie contre l'otite moyenne chronique sèche, et qu'il a communiqué à l'Académie en 1897.

Il a conservé les temps suivants : incision des téguments et du périoste dans le sillon rétro-auriculaire ; décollement de ce périoste et refoulement du pavillon en avant; attaque de l'antre au lieu d'élection à la gouge et au maillet; agrandissement de l'aditus à l'aide d'une mèche et d'une fraise, de manière à faire communiquer cette cavité avec la caisse; libération des osselets au moyen de rugines tranchantes à courbure spéciale introduites par l'aditus.

Une fois l'évidement osseux terminé, M. Malherbe incise sur une sonde cannelée la paroi postérieure du conduit auditif membraneux, et d'un coup double de ciseaux, il en résèque les angles de façon à produire une ouverture suffisante : prenant alors un tube en U en celluloïd pur, de la grosseur n° 15 de la filière Charrière, et qui a été préalablement stérilisé, il en introduit une extrémité dans la cavité de l'antre. La concavité du tube vient emboiter exactement le bord antérieur osseux de l'apophyse. Il ramène ensuite le pavillon en place, en faisant pénétrer l'autre branche du tube dans l'ouverture faite au conduit membraneux, en ayant soin que l'extrémité qui est taillée en biseau aux dépens du côté convexe, affleure au niveau de la paroi postérieure du conduit, sans toucher à l'autre paroi, ni obstruer la lumière.

L'opération se termine par la réunion immédiate du pavillon au moyen de six à sept points de suture au crin de Florence.

M. Malherbe a pratiqué quatorze fois l'évidement pétro-mastoïdien avec tubage. Son premier opéré par ce procédé date du 4 mai 1898. Chez tous, la cicatrisation est absolument complète, et le tube a toujours été parfaitement toléré.

Après l'évidement simple il arrivait parfois que, par suite d'une inflammation de la muqueuse tubaire, l'audition était fâcheusement influencée, momentanément, il est vrai, mais cet état n'en constituait pas moins une gêne manifeste pour le malade. Avec le tubage, au contraire, cet inconvénient n'est plus à craindre, car il ne peut plus se produire d'augmentation de la pression intra-auriculaire capable de diminuer les vibrations sonores ; aussi l'acuité auditive reste-t-elle toujours la même.

La séance est levée.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre 1898. — Présidence de M. Berger.

### COMMUNICATION

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Heydenreich, membre correspondant.

**Plaies pénétrantes de l'abdomen.** — M. POTHERAT rapporte une observation dans laquelle il s'agit d'un homme ayant reçu un coup de pied de cheval dans le ventre. Comme il y avait des symptômes de pénétration, M. Potherat ouvre le ventre, trouve du sang et des matières épanchées dans la cavité péritonéale, recherche les perforations intestinales, en trouve une qu'il suture, applique un Mickulicz et referme le ventre. Cinq jours après l'opération, ce malade présente de nouveaux accidents très graves et succombe. A l'autopsie, on trouva que la suture intestinale avait très bien tenu et n'avait rien laissé passer. Mais il existait une autre perforation sur la partie du duodénum en contact avec la colonne vertébrale. Dans un autre cas, il s'agissait également d'un coup de pied de cheval dans le ventre ; l'ouverture a montré l'existence d'un hématome intra-abdominal. La cavité péritonéale ayant été bien lavée, le sang semblait sourdre encore du côté du petit bassin ; après quelques recherches, M. Potherat trouve une anse intestinale rompue, fait une suture très simple et le malade a bien guéri.

M. HARTMANN donne quelques explications complémentaires relatives à l'opinion qu'il a émise dans la dernière séance sur l'importance de la contracture des muscles de l'abdomen. La constatation seule de ce signe suffit à M. Hartmann pour justifier et nécessiter une intervention chirurgicale immédiate.

M. DELORME, mis en cause par M. Hartmann comme un partisan de la laparotomie immédiate, déclare l'être, en effet, en principe. Cependant sur 10 cas de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval qu'il a récemment observés au camp de Châlons, il n'est intervenu qu'une fois. M. Delorme n'intervient donc pas dans tous les cas. Quant au signe auquel M. Hartmann attache tant d'importance, il ne paraît pas à M. Delorme d'une aussi grande valeur. Il y a des cas, en effet, où le ventre est très dur et où les malades guérissent sans intervention, il en est d'autres où le ventre reste souple, indolore et où les malades meurent.

M. BROCA rappelle le cas d'un blessé qui arriva à l'hôpital à pieds, venant de recevoir un coup de pied de cheval dans le ventre. Comme il n'y avait aucun signe il attend. Le lendemain matin, M. Reclus, dans le service duquel se trouvait ce malade intervient, trouve un intestin perforé, le suture, et le malade guérit. M. Broca avait donc eu tort de ne pas intervenir immédiatement.

### DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE FACIALE

M. GÉRARD MARCHANT communique plusieurs cas dans lesquels il a enlevé le ganglion de Gasser pour remédier à des névralgies rebelles à tous les traitements médicaux. Dans un cas, il s'agit d'une femme de soixante-treize ans, souffrant depuis plus de vingt ans d'une névralgie faciale avec crises violentes. On avait fait l'avulsion de plusieurs dents, on avait cautérisé les gencives, tout cela sans résultats. M. Marchant se décida à intervenir par l'ablation du ganglion de Gasser. Cette malade est restée complètement guérie depuis mars dernier. M. Marchant cite un autre cas analogue dans lequel la guérison a été également obtenue après l'ablation du ganglion de Gasser.

En résumé, M. G. Marchant a pratiqué cinq fois la résection de ce ganglion pour des cas rebelles de névralgie faciale. Il n'a perdu aucun de ses malades. Une seule fois, il a eu un insuccès absolu. Il a eu quatre guérisons. Ces résultats thérapeutiques fixent la valeur de cette intervention. Dans un cas, il y a eu une atrophie de la papille constatée par M. Abadie.

M. Marchant adopte complètement les conclusions de M. Guinard et pense avec lui qu'il ne faut recourir à cette opération grave qu'après avoir épuisé tous les autres moyens.

M. GUINARD se félicite de voir des conclusions adoptées par tous ses collègues.

### RAPPORT

**Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.** — M. GÉRARD MARCHANT fait un rapport sur un travail de M. Faure, communiqué en 1897, et relatif au traitement du goitre exophtalmique par la résection totale ou partielle du grand sympathique à sa portion cervicale. L'observation de M. Faure avait trait à une femme de trente-deux ans qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, avait présenté les symptômes du goitre exophtalmique, gros cou, gros yeux, troubles moteurs et secrétoires, apathie, nonchalance ; cette malade avait aussi des ulcérations de la cornée. Depuis

1897, les observations se sont multipliées et M. Marchant a pu en réunir trente en France et en Roumanie. Au point de vue de la technique opératoire, M. Marchant estime qu'il faut avoir des points de repère précis pour bien découvrir le grand sympathique. La jugulaire interne, la carotide primitive, le pneumo-gastrique sont autant d'ennemis qu'il faut savoir éviter. Par la voie antérieure employée par M. Ronnescu, on est fort gêné. La voie intramusculaire est séduisante, mais M. Marchant préfère la voie postérieure, il incise en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, découvre la veine jugulaire, arrive à voir la carotide primitive avant de toucher le ganglion cervical. Il faut, dit-il, voir et revoir le pneumo-gastrique, il faut découvrir le ganglion cervical supérieur, sans quoi on s'exposerait à des mécomptes. La caractéristique, le but de cette intervention, c'est le ganglion cervical. La résection partielle du ganglion paraît donner de meilleurs résultats que la résection totale.

Quant aux résultats opératoires, la malade de M. Faure a été suivie et est restée guérie, mais elle a encore des ulcérations de la cornée. M. Marchant compte, sur 7 opérations, 2 guérisons, 2 améliorations, 2 insuccès et 1 mort. Toujours, à la suite de l'opération, les malades se trouvent beaucoup mieux dès le lendemain, dès le soir même. Mais cette guérison n'est souvent qu'apparente, il y a une reprise des phénomènes offensifs, puis après une période variable, on peut observer des guérisons qui restent radicales.

Sur 37 observations, on compte 5 morts rapides et 3 morts tardives. M. Marchant a perdu son malade trois jours après l'intervention, dans un accès de delirium tremens. M. Jaboulay en a perdu un tardivement, de néphrite. Si l'on songe à l'extrême gravité de la thyroïdectomie, aux morts subites qui l'ont parfois suivie, il faut bien admettre que la résection partielle du ganglion cervical offre beaucoup moins de dangers. En somme, on peut conclure des faits que cette opération peut être très utile et mérite toute l'attention des chirurgiens.

### LECTURE

**Sur un traitement chirurgical de la symphyse cardio-péricardique.** — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1150.)

M. TERRIER fait observer qu'on peut faire des résections plus larges que celles qu'indique M. Delorme. Il cite plusieurs cas, empruntés aux chirurgiens italiens, dans lesquels on a été beaucoup plus loin, au point de vue des interventions sur le péricarde et sur le cou lui-même, que ne le propose M. Delorme.

### PRÉSENTATIONS

**Péritonite aiguë.** — M. LEJARS présente un jeune garçon qu'il a opéré d'une péritonite aiguë suppurée, d'origine appendiculaire. Il s'agissait d'une appendicite suraiguë datant de trois jours. M. Lejars fait l'incision sur la fosse iliaque, trouve une énorme quantité de pus sans aucune trace de cloisonnement, refait une incision médiane plus longue, un grand lavage à l'eau bouillie, place deux gros drains et referme. Cet enfant a reçu de nombreuses injections de sérum et a fort bien guéri.

**Poches vésicales accessoires.** — M. ROUTIER présente une vessie provenant d'un malade qui avait une cystite purulente. M. Routier lui avait fait une cystostomie sus-pubienne. Après avoir ouvert la vessie, il avait trouvé deux orifices dilatés qu'il avait pris pour les orifices des uretères ; il y avait mis deux drains. Le malade ayant succombé, on a reconnu à l'autopsie que ces deux orifices conduisaient dans deux poches accessoires et que les deux uretères étaient au-dessous.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Pathologie* (séance du 28 octobre) : MM. Delherm, 13. — Berthier (P.) et Lefas, 12. — Loin, 11. — Lemierre, Lobligeois et Marchand, 9. — Halberchtadt et Lelong (A.), 7. — Lorot, 5.

*Anatomie* (séance du 31 octobre) : MM. Aguinet et Guénard, 12. — Pâris, 10. — Sabatié, 9. — Lecornu, 8. — Chardin et Vivier, 7. — Fromageot, 6. — Leroux, 5. — Andrieu, 4.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 3 novembre, à quatre heures et demie, à la Charité.

— Les concours des clinicats chirurgical et obstétrical se sont terminés par les nominations suivantes :

*Chirurgie* : M. le docteur Auvray (à la Charité, service de M. le professeur Tillaux).

*Obstétrique* : MM. les docteurs Funck-Brentano (à Baudelocque, service de M. le professeur Pinard) et Rudeaux (à Beaujon, service de M. Ribemont-Dessaignes).

— Par arrêté ministériel, en date du 4 octobre 1898, M. Jan, médecin principal de la marine, a été nommé officier d'Académie.

— Par décision ministérielle, en date du 28 octobre 1898, MM. Long et Garnier sont nommés élèves de l'École du service de santé militaire, en remplacement de MM. Mathis et Trautmann, démissionnaires.

— MM. les médecins de première classe de la marine Aubert, destiné aux troupes à Madagascar, et Legendre, du port de Lorient, sont autorisés à permuter.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un service de dix lits pour enfants des deux sexes atteints de maladies des yeux, est annexé au service de M. Rollet, chirurgien de l'hôpital de la Croix-Rousse.

M. Albertin, chirurgien des hôpitaux, est chargé de la Maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Revol, Ducarre, Glatard, Leclerc, Reverdy, Cadet, Servonat, Collet, Duverney, Hauger.

11. Trillat, Essard, Talon, Poissonnier, Bouchard, Maillon, Briançon, Mlle Romain, MM. Vacher, Beutter.

21. Roudaire, Monier, Thiers, Reure, Geret, Levêque, Favre, Pélissier, Nicollet, Compin.

31. Colomb, Armeilla, Leclerc-Montmoyen, Fraisse, Jambon, Gros, Couturier, Boissat, Charvin, Demurger.

41. Frarier, Bertier, Bussillet, Badin, Thomas, Michel, Arsac, Pariset, Kœunes, Fay.

51. Grumbach, Paradis, Bouvier, Gimbert et de Mouxy.

— *Hôpitaux de Nancy.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

*Internes titulaires :* MM. Fruhinsholz, Bichat, Nilus, Melnotte, Grosmaire, Perrin et Gousset.

*Internes provisoires :* MM. Jeandelize, Rueff et Hoummel.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Bonnus est nommé chef du laboratoire institué à l'hôpital des Enfants-Malades (service de la diphtérie).

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours de clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de M. Xavier Delore, nommé chef de clinique dans le service de M. Poncet.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chipault (d'Orléans); F. A. Dufour (d'Hermonville); Lieutard (de Lille); Ovion (d'Arras); Pilliet, conservateur du musée Dupuytren.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 126. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 5 NOVEMBRE 1898. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE 3 mois : 10 fr. » . — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 7 au 12 novembre 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 7 NOVEMBRE 1898**, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Reclus et Lepage.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Retterer, Poirier et Sébileau; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Blum, Delbet et Legueu; — (2e série) : MM. Humbert, Lejars et Walther; — (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Teissier; — M. Launois, suppléant.

**MARDI 8 NOVEMBRE**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Hallopeau, Rémy et Gley.

3e (oral, 1re partie) : MM. Berger, Richelot et Wallich; — (2e partie) : MM. Cornil, Achard et Thiroloix.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Thiéry et Langlois; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Albarran et Hartmann; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Debove et Ménétrier.

3e (définitif, officiat), *Charité* : MM. Dieulafoy, Poirier et Bar; — M. Marfan, suppléant.

**MERCREDI 9 NOVEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Reclus et Legueu.

3e (oral, 1re partie) : MM. Blum, Delbet et Bonnaire.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Ch. Richet, Sébileau et Mauclaire; — M. Hanriot, suppléant.

**JEUDI 10 NOVEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuvepratique : MM. Le Dentu, Poirier et Faure.

1er (oral, nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Richelot et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Panas, Budin et Hartmann; — (2e série) : MM. Guyon, Bar et Albarran.

4e, *Laboratoire de pharmacologie*, *salle de matière médicale* : MM. Proust, Chantemesse et Vaquez; — M. Roger, suppléant.

**VENDREDI 11 NOVEMBRE**, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste : MM. Poirier, Sébileau et Launois; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Lannelongue, Lejars et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Lancereaux, Widal et Dupré; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Bonnaire et Lepage; — M. Desgrez, suppléant.

**SAMEDI 12 NOVEMBRE**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Rémy, Chassevant et Langlois.

3e (2e partie) : MM. Joffroy, Marfan et Ménétrier.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Gley et Thiéry; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Wallich.

---

— Les travaux pratiques obligatoires pour les étudiants en médecine, pendant le semestre d'hiver, sont :

Doctorat. — Nouveau régime : Première année, physique et chimie biologiques, histologie, dissection; deuxième année, dissection; troisième année, anatomie pathologique, parasitologie

Ancien régime : Deuxième et troisième années, dissection; quatrième année, anatomie pathologique.

Officiat. — Troisième et quatrième années, dissection.

Ces travaux ont lieu, depuis le 3 novembre 1898, aux jours et heures ci-après indiqués, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine.

1° Physique biologique, sous la direction de M. Weiss, agrégé, chef des travaux. Mardi et vendredi, de neuf à onze heures.

2° Chimie biologique, sous la direction de M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. Mardi, jeudi, samedi, de neuf à onze heures.

3° Histologie, sous la direction de M. Retterer, agrégé, chef des travaux. Lundi et mercredi, de neuf heures à onze heures.

4° Dissection, sous la direction de M. Rieffel, chef des travaux. Tous les jours, de une à quatre heures (voir l'affiche spéciale).

5° Anatomie pathologique, sous la direction de M. Brault, chef des travaux. Tous les jours, de une heure à trois heures.

6° Parasitologie, sous la direction de M. Guiart, chef des travaux. Lundi, mercredi et vendredi, de une heure à trois heures.

MM. les étudiants en cours régulier d'études seront convoqués par lettre individuelle, d'après l'ordre de la prise de l'inscription du premier trimestre 1898-1899.

Il leur est recommandé : 1° de prendre régulièrement l'inscription de janvier, s'ils veulent être maintenus sur la liste d'appel; 2° de faire connaître leur changement d'adresse, s'il y a lieu.

MM. les étudiants, en cours irrégulier d'études, soumis aux travaux pratiques obligatoires; — ceux par qui ces travaux ont été accomplis, mais qui désireraient de nouveau y prendre part, — devront au préalable demander, par écrit, au doyen, l'autorisation nécessaire. Ils auront à acquitter, après immatriculation, un droit trimestriel de 15 francs pour chacun des travaux.

## CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(XIIe SESSION)

### TRAITEMENT CHIRURGICAL DU GOITRE

Après la lecture du brillant et si complet rapport de M. Reverdin [de Genève] (1), la discussion s'est ouverte sur le traitement chirurgical du goitre. Comme il était facile de le prévoir, ce sont surtout les chirurgiens suisses qui ont pris la parole. Quelques-uns ont des statistiques comportant 1500 opérations; aussi nos chirurgiens français, surtout les chirurgiens parisiens, n'avaient rien à apporter de nouveau et d'important, car leur statistique ne porte que sur quelques cas isolés.

M. SOCIN (de Bâle) croit, avec M. Reverdin, que dans les cas graves de goitre il faut opérer sans anesthésie générale, car souvent on a noté des accidents pulmonaires qui sont à mettre sur le compte du chloroforme et surtout de l'éther. Il vaut mieux n'employer que l'anesthésie locale, par exemple une solution de cocaïne à 1 p. 100, surtout si l'on pratique l'énucléation d'un goitre.

Quant à l'énucléation massive intracapsulaire de Poncet, c'est un procédé exceptionnel auquel il n'y a lieu de recourir que dans le cas de goitre polykystique, et encore faut-il ménager la coque glandulaire commune à tous les kystes, ce qui supprime les accidents hémorragiques.

Pour sa part, sur 200 opérations de goitres, M. Socin a pratiqué 117 fois l'énucléation, 62 fois l'extirpation et 21 fois des opérations combinées. Sur ce nombre d'interventions, il a eu 163 guérisons en huit jours; 36 fois des abcès ont retardé la guérison de quelques jours, et une fois seulement il a eu 1 mort à la suite d'une extirpation chez une femme de soixante-neuf ans, qui mourut de pneumonie hypostatique.

M. ROUX (de Lausanne) a pratiqué 526 opérations de goitre ordinaire; c'est pour cela que, tout en partageant presque sans exception les opinions du rapporteur, il a cru devoir prendre part à la discussion.

« Tout d'abord, au point de vue des indications opératoires très bien précisées par M. Reverdin, je me permettrai d'insister sur l'influence déplorable du goitre sur la circulation. En dehors du Basedow et des troubles cardiaques consécutifs à l'action mécanique du goitre et à la gêne respiratoire, j'estime que le goitre finit par provoquer, à la longue, dans l'appareil cardio-vasculaire, des troubles que rien n'explique encore et qui font involontairement penser à l'ancienne théorie de la régulation sanguine attribuée autrefois au corps thyroïde. Du reste, les récentes expériences de V. Cyon semblent démontrer l'action directe d'une irritation des rameaux cardiaques au niveau du corps thyroïde.

En outre, j'insisterai sur la presque impossibilité de reconnaître sûrement dès le début la transformation cancéreuse d'un goitre existant depuis longtemps; en sorte qu'il est recommandable d'enlever tout goitre qui offre dans sa croissance une poussée intempestive.

Le pronostic lointain du goitre cancéreux opéré de bonne heure étant excellent, c'est une raison de plus de ne pas temporiser jusqu'à ce que des troubles plus accentués imposent le diagnostic.

Quant à l'anesthésie générale, je crois avoir été le premier à en recommander l'abandon; j'ai même renoncé à l'anesthésie locale à la cocaïne, qui offre aussi certains inconvénients chez les sujets dont le cœur est susceptible.

La demi-narcose, ou plutôt la narcose initiale de Julliard, est plus désagréable encore que l'anesthésie profonde.

L'opération sans narcose est beaucoup moins sanglante, plus facile et moins dangereuse en ce sens que le malade accuse immédiatement les tiraillements et les plicatures exercés sur la trachée; et plus d'une trachéotomie a été, de ce chef, évitée.

Par contre, il est intéressant de noter, à l'adresse de ceux qui attribuent toutes les pneumonies post-opératoires à la narcose par l'éther, qu'on remarque assez fréquemment l'engouement pulmonaire — du reste sans suites fâcheuses — après l'opération du goitre sans anesthésie générale, aussi bien qu'après chloroformisation ou éthérisation.

A part cela, l'état post-opératoire des malades est beaucoup moins désagréable lorsqu'ils n'ont pas été soumis à cette ivresse absolue qui constitue la narcose.

Pour l'incision, nous préférons aussi celle en collerette, surtout chez les femmes et les jeunes.

La section des muscles préthyroïdiens devient de plus en plus rare. Comme notre maître Kocher, nous la réduisons autant que possible à une échancrure médiane, tout près de l'insertion supérieure des muscles, surtout s'il s'agit d'un goitre plongeant ou difficile, ou plus encore si les troubles respiratoires sont très accentués; vastes dilatations veineuses de la peau; trachée évidée.

Il nous semble que personne n'a assez pesé sur l'importance qu'il y a à commencer par la ligature de la thyroïdienne supérieure et la préparation du goitre, ligature de la communicante, dans le voisinage de la trachée, afin de rendre celle-ci accessible à chaque instant à une trachéotomie immédiate. Ceux qui recommandent de parti pris la luxation d'un lobe entier, avec ou sans ligature de la thyroïdienne inférieure première, s'exposent à devoir faire une trachéotomie laborieuse et sanglante au travers de l'isthme, et surtout à ne pas tomber *illico* sur la face antérieure de la trachée.

Jamais une opération difficile de goitre ne doit être commencée sans la préoccupation de pouvoir faire éventuellement une trachéotomie rapide et facile. Il faut, du reste, même à un opérateur adroit, une certaine dose d'expérience et de sang-froid pour éviter cette complication.

C'est après avoir reconnu l'accès facile à la trachée que nous procédons à la luxation du lobe entier, comme l'indique Kocher, et, pour faire comme notre maître une ligature sur le tronc même de la thyroïdienne inférieure, afin de ménager le récurrent.

Si l'on veut faire de l'énucléation de Socin, la luxation de la tumeur *in toto*, ne nous paraît pas devoir nécessairement être le premier acte de l'opération. Après l'incision de la capsule glandulaire (Reverdin), dont les bords sont maintenus par des pinces à mors plats, nous faisons, presque à blanc, l'énucléation des kystes simples ou peu nourris, et, au moyen de l'aiguille de Reverdin, nous assurons l'hémostase par une suture continue au catgut, qui applique l'une à l'autre les faces de la loge laissée libre dans le reste du corps thyroïde.

Mais lorsqu'on n'a pas affaire à un kyste simple ou en

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 997.

pleine régression colloïde, lorsqu'il s'agit de ce que le rapporteur appelle en gros des goitres enkystés, la vascularisation peut être très considérable, et l'hémorragie, sinon alarmante, du moins très abondante et surtout inutile. C'est pour ces cas que nous avons, indépendamment de notre maître, préconisé, sitôt après l'énucléation, la ligature de la thyroïdienne inférieure.

Permettez-moi, Messieurs, de décrire en deux mots ce temps, bref du reste, de l'opération : l'énucléation faite rapidement (pour ne pas perdre trop de sang), nous attirons, par les pinces à mors plats fixées sur les bords de l'incision glandulaire, tout le reste de la tumeur vers la ligne médiane. C'est-à-dire que nous faisons, à ce moment seulement, la luxation de la tumeur vidée comme un sac, et de cette manière on ne tord ni ne comprime la trachée, comme cela a lieu si on procède au déplacement, tumeur intacte. Puis on découvre très facilement, en moins d'une demiminute d'ordinaire, le tronc de la thyroïdienne inférieure qu'on a senti battre sous l'index, et on a soin de la lier avec un gros catgut, sans trop serrer, à une certaine distance de son entrée dans le goitre. La friabilité des parois artérielles impose la première précaution ; le voisinage du récurrent, la seconde.

Nous faisons cette ligature, d'après Kocher, dans toutes les énucléo-résections ; mais aussi dans toutes les énucléations un peu sanglantes. La crainte exprimée par le rapporteur de voir notre manière de faire provoquer la nécrobiose de la capsule glandulaire comme du pédicule de Kocher n'est pas fondée ; jamais nous n'avons observé cette nécrobiose. Les anastomoses avec la trachée et les autres artères thyroïdiennes, pour n'être pas abondantes, n'en suffisent pas moins à assurer tout juste la vitalité du moignon ou de notre capsule glandulaire. Du reste, M. Reverdin lui-même reconnaît que la ligature des quatre thyroïdiennes dans le morbus Basedowii ne provoque ni l'atrophie totale, ni la suppression de fonction du corps thyroïde plus ou moins dégénéré.

On peut aussi reconnaître d'emblée ce que cette crainte a de peu fondé lorsqu'on voit la face interne de notre capsule glandulaire fournir encore quelques gouttes de sang ; si bien que là encore nous faisons notre suture hémostatique, qui offre une certaine analogie avec celle de M. Poncet.

Il nous est permis de défendre cette ligature du tronc même de la thyroïdienne inférieure dans toutes les énucléations un peu sanglantes, parce qu'elle offre le double avantage de rendre inutiles toutes les autres ligatures dans l'intérieur de la loge évacuée ; et surtout parce qu'elle met mieux à l'abri de la lésion du récurrent. Ce nerf est aussi facile à éviter de cette façon qu'il est difficile à ne pas léser dans son tronc ou ses branches lorsqu'on doit, à la hâte, placer pinces sur pinces au fond d'une loge évacuée ou sur le pédicule de Kocher, justement à l'endroit où ce nerf est le plus difficile à éviter.

L'hémorragie est réduite à son minimum par une petite compresse de gaze sèche qui tamponne lâchement la cavité énucléée et la découverte du tronc artériel rendue très rapide par la traction de la poche vers la ligne médiane. Jamais nous ne nous sommes préoccupé d'une découverte mathématique de cette artère près de la carotide que nous laissons tranquille.

Nous ne saurions trop recommander cette ligature du tronc artériel plutôt que l'hémostase à coups de pinces pendant laquelle, en face d'un opérateur qui s'agite et pince partout, on ne peut s'empêcher de faire une prière pour le récurrent et même pour le malade.

En face des cas de strumitis nous pratiquons l'excision ou l'énucléation toutes les fois que l'une ou l'autre de ces opérations est indiquée en dehors de l'infection surajoutée, à condition qu'il s'agisse d'une infection au début, ou d'une vieille collection bien enkystée.

Dans la période phlegmoneuse, nous estimons que l'excision est une faute et qu'il faut se borner à une incision, peut-être au thermocautère, pour éviter l'inoculation de la tranche. A remarquer que cette incision peut donner lieu à des hémorragies formidables, lorsque le processus inflammatoire est encore frais, lorsqu'il y a autour d'un foyer de suppuration mal limitée des masses strumeuses encore bien vascularisées. L'hémorragie, dans ce cas, se fait vraisemblablement par un mécanisme analogue à ce qui se passe lors de la formation des goitres hémorragiques.

La seule chose à retenir, c'est qu'il ne faut pas abandonner ces malades après l'incision, ou mieux encore, exiger leur transport dans une maison de santé.

Je ne veux pas terminer sans me prononcer sur quelques procédés modernes ou prétendus tels.

La dislocation de Wölfler doit trouver son application bien rarement, car si un corps thyroïde mal placé se fait sentir de quelque manière que ce soit, c'est qu'il est modifié de manière à mériter plus qu'un simple déplacement si la médication iodurée ne suffit pas.

Le morcellement me paraît inutile depuis que Kocher et Socin ont montré combien simple est devenue l'opération réglée.

L'exothyropexie, dont on ne parle heureusement plus, ne m'inspire qu'une remarque : c'est l'étonnement de ce que son véritable inventeur, Mathias Mayor, qui aimait tant les mots grecs, ne l'ait pas baptisée depuis le commencement du siècle. Il appelait cela transformer un goitre en dedans en goitre en dehors.

Le procédé de M. Doyen, tel qu'il est connu, ne me paraît pas une conquête nécessaire. Je doute qu'il soit aussi sûr, au point de vue de l'intégrité du récurrent, et je doute surtout qu'il soit plus rapide : l'opération courante de Kocher ou de Socin pouvant s'exécuter en un très petit nombre de minutes, dont la moitié est employée à la suture cutanée.

Sur 235 opérés depuis le travail de Kopp utilisé par M. le rapporteur, nous en avons perdu 3, ce qui nous donne 1,27 p. 100 de mortalité.

Quant au procédé employé, nous trouvons 92 énucléations simples ou combinées avec la ligature du tronc artériel ; tous les autres cas ont été opérés d'après Kocher.

En résumé, nous incisons la plupart des strumitis ; nous en énucléons quelques-uns.

Nous préférons l'énucléation simple, d'après Socin, pour tous les kystes peu vascularisés ; nous la complétons par la ligature du tronc thyroïdien dès qu'elle devient complexe ou trop sanglante, et pour les autres cas nous suivons les préceptes de notre illustre compatriote Kocher, notre maître à tous en matière de goitre. »

M. PONCET (de Lyon) dit qu'à côté des goitres kystiques, justiciables au point de vue opératoire de la méthode de Socin, c'est-à-dire de l'énucléation intra-glandulaire, il y a des goitres kystiques, justiciables aussi de l'énucléation massive intra-capsulaire : ce sont surtout les goitres formés de nombreux noyaux ou kystes, plus ou moins séparés par

des restes sclérosés du parenchyme glandulaire, et formant véritablement un tout par leur groupement. Dans ces cas, l'énucléation en masse est préférable et doit être pratiquée systématiquement.

M. GIRARD (de Berne) relève, dans l'excellent rapport de M. Reverdin, une expression qui lui semble malheureuse : le goitre, dit-il, en dehors des indications opératoires d'urgence et de nécessité, peut n'être qu'une *opération de complaisance*. Or, le goitre dégénère si souvent en tumeur maligne qu'il ne saurait jamais être une opération de complaisance.

D'autre part, on a prétendu que la grossesse était une contre-indication à l'intervention. M. Girard croit que la grossesse n'est pas si redoutable et ne donne pas une mortalité opératoire très élevée. Sur 6 observations de femmes opérées pendant la grossesse, il a eu 6 guérisons : 3 fois il s'agissait de femmes enceintes de cinq à six mois, 2 fois de femmes au dernier mois de leur grossesse, 1 fois d'une femme enceinte de huit mois et opérée d'urgence pour des accidents de suffocation qui avaient déterminé le travail. Cette dernière malade accoucha le lendemain de l'intervention d'un enfant mort, mais elle-même guérit parfaitement.

M. Girard a actuellement à son actif 545 opérations de goitre, qui ne lui ont donné que 6 insuccès, 6 morts, c'est-à-dire une mortalité de 1,1 p. 100 : deux de ses malades sont morts de pneumonie hypostatique; une fut emportée en quarante-huit heures par une infection suraiguë ; enfin, ses trois autres insuccès furent dus à une syncope cardiaque après quarante-huit heures, alors que les deux premiers jours après l'opération s'étaient passés sans incidents. De plus, il a eu trois opérations non accomplies, trois cas où les malades sont morts pendant la narcose et avant l'opération ; il faut donc, autant que possible, se passer d'anesthésie générale, et surtout éviter l'administration de l'éther.

Dans ses nombreuses interventions, il a eu recours à divers procédés qui peuvent se classer en quatre groupes : énucléations, extirpations, résections partielles, opérations combinées. M. Girard considère l'énucléation comme le procédé de choix, mais il doit ajouter que le morcellement de la tumeur, suivant le procédé de Péan, lui a rendu parfois de véritables services.

M. SCHWARTZ prend la parole en ces termes :

« J'ai presque toujours anesthésié par le chloroforme ou l'éther mes opérés ; je n'ai, de ce chef, observé aucun accident, j'admets très bien que, pour certains goitres kystiques facilement énucléables, l'anesthésie locale par la cocaïne puisse suffire.

L'opération de choix, quand il s'agit de tumeurs encapsulées dans le corps thyroïde, est l'énucléation intra-glandulaire.

J'ai pu la pratiquer seize fois, soit pour des tumeurs kystiques, soit pour des noyaux solides ; tous nos malades ont guéri par première intention. Je n'ai eu qu'une fois un accident sérieux, une hémorragie secondaire, deux heures après l'intervention, par suite d'une faute de technique. Il ne faut jamais lier, dans les cas d'énucléation, une anse vasculaire blessée, mais placer un fil au-dessus et au-dessous de la plaie vasculaire. Si on lie l'anse en masse, lorsqu'il s'agit d'une artère élastique et rétractile, elle se dégage peu à peu, pour peu que le nœud de soie ou de coton se relâche, et saigne. C'est ce qui m'est arrivé pour une de mes opérées qui guérit néanmoins après deux injections de 1500 grammes de sérum dans les veines. Elle a quitté le service avec un peu de raucité dans la voix, due à une paralysie incomplète de la corde vocale gauche par lésion récurrentielle pendant l'hémostase.

J'ai pratiqué plusieurs fois la suture hémostatique de la capsule glandulaire, telle que la conseille Poncet, et m'en suis bien trouvé presque toujours. Je draine dans tous les cas. Je n'ai jamais observé de récidive et les résultats plastiques ont été très bons, sauf dans quelques cas où j'ai fait l'incision cutanée longitudinale ou oblique. L'incision de choix en collerette (Kragenschnitt de Kocher) convexe en bas, donne les cicatrices les plus belles.

J'ai pratiqué 1 évidement, 1 énucléation massive sous-capsulaire et 8 thyroïdectomies, dont 5 unilatérales et 3 totales ou plutôt bilatérales.

La thyroïdectomie unilatérale m'a donné 4 guérisons et 1 mort par broncho-pneumonie. Il est vrai que, pressé par des accidents respiratoires graves, j'avais dû, chez mon dernier opéré, pratiquer une trachéotomie d'urgence pendant l'opération ; chez un autre, j'ai observé une paralysie du voile du palais qui a parfaitement guéri d'ailleurs, coïncidant avec une paralysie récurrentielle qui s'est amendée aussi, et que l'on explique facilement aujourd'hui que l'innervation du voile du palais a été si bien revisée par Lermoyez.

La thyroïdectomie unilatérale ne doit être pratiquée que lorsque la disposition anatomique, une hémorragie sérieuse ou incoercible nous empêchent de parfaire une énucléation ou toute autre intervention sous-capsulaire. Pour éviter la lésion du récurrent, il faut serrer la tumeur de près au pôle inférieur ; j'ai dû dans un cas disséquer le nerf sur une longueur de 5 centimètres et l'eusse certainement déchiré en luxant le goitre, comme le conseillent certains chirurgiens.

J'ai fait trois fois la thyroïdectomie bilatérale. Je compte une mort et deux guérisons.

Mes deux plus récentes interventions, datant de 1896, étaient presque superposables comme cas ; l'une a guéri, l'autre a succombé avec une tétanie généralisée au bout de trois semaines, malgré le traitement par la thyroïdine, etc. Dans les deux cas, j'avais laissé en place une quantité de corps thyroïde évaluable au quart à peu près de la glande : et plutôt plus dans le fait qui s'est terminé par la mort. L'examen a montré que les lésions glandulaires étaient très avancées dans ce qui avait été laissé en place. C'est donc une question de qualité, et non de quantité bien difficile à apprécier. »

M. BŒCKEL (de Strasbourg), s'appuyant sur une statistique personnelle déjà assez nombreuse, considère la thyroïdectomie comme une opération relativement bénigne, car elle lui a donné 4 p. 100 de mortalité, et il est intervenu non seulement dans des goitres parenchymateux et kystiques, mais dans des goitres ayant subi la dégénérescence colloïde et cancéreuse.

Il a pratiqué surtout des énucléations selon le procédé de Socin, mais en réalité il a suivi le procédé de Poncet, c'est-à-dire des énucléations massives, et cela depuis de nombreuses années.

M. FONTAN (de Toulon) appelle l'attention sur le danger de la **blessure de l'œsophage dans l'extirpation du goitre**, quand cette tumeur s'est insinuée entre la trachée et l'œso-

phage et a dissocié ces deux organes. Et, à ce sujet, il cite l'observation personnelle suivante :

Appelé à intervenir chez un homme de cinquante-sept ans pour un goitre qui avait refoulé la trachée à droite et porté le cartilage thyroïde jusque sous l'angle droit du maxillaire, il avait noté que la tumeur jouissait de mouvements de latéralité tout à fait indépendants de la trachée-artère. Il tenta l'énucléation, mais fut bientôt réduit à extirper la tumeur en masse. Le goitre était énucléé et renversé déjà sur le thorax, quand tout à coup, au niveau du tiers interne de la clavicule, il constatait une ouverture intéressant les deux tiers de l'œsophage et faite accidentellement par son bistouri. Cet organe avait été complètement dissocié de la trachée, et il y avait un espace considérable (15 centimètres) entre le conduit œsophagien situé à gauche et la trachée reportée à droite.

Malgré une œsophagoplastie et une gastrostomie, le malade mourut au bout de trois mois de broncho-pneumonie.

Pourrait-on diagnostiquer cette dissociation de l'œsophage et de la trachée par une tumeur et éviter ainsi un accident opératoire? M. Fontan le pense, si on peut trouver, comme dans l'observation ci-dessus, des mouvements de latéralité indépendants de la trachée.

M. DOYEN expose sa façon d'intervenir dans les gros goitres polykystiques. Avant tout, il faut recourir à une méthode rapide : il fait une incision transversale au niveau d'un des plis du cou, lie les veines superficielles, et, après avoir traversé les couches fibro-celluleuses qui dépendent des aponévroses cervicales antérieure et moyenne, il arrive sur la tumeur qu'il isole rapidement avec les doigts ; il la luxe et l'énuclée en la tirant fortement en haut pendant qu'avec sa pince à écrasement il écrase le pédicule vasculaire.

En agissant de la sorte, il n'a jamais eu, sauf à Moscou, d'hémorragie sérieuse et ne met jamais plus de six à quinze minutes pour terminer son intervention.

Après l'extirpation d'un goitre, il n'est pas rare de voir, dès le lendemain, chez les opérés, la température monter à 39, 40 et même 41 degrés. Cette hyperthermie dure en général six à huit jours, puis la température redevient normale : c'est ce que M. BÉRARD (de Lyon) appelle la **fièvre thyroïdienne**.

Cette fièvre est assez fréquente (6 fois pour 10 cas d'énucléation massive, 3 à 4 fois pour 10 cas de résections partielles), et elle n'a du reste aucune valeur pronostique.

Elle n'est pas la conséquence d'une infection et ne résulte pas non plus de la résorption de produits nécrobiotiques au niveau du champ opératoire. Elle est produite par une substance hyperthermisante formée dans le goitre, comme ses expériences le démontrent ; l'opération sur le goitre met en liberté cette substance hyperthermisante et la fièvre thyroïdienne n'est ainsi que l'expression d'une intoxication momentanée, ordinairement du reste sans gravité.

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (IIe SESSION).

### DE LA TRANSSONNANCE DE LA POITRINE DANS LES AFFECTIONS PLEURALES ET PULMONAIRES DES ENFANTS

Par le professeur André Moussous (de Bordeaux).

Le professeur André Moussous expose d'abord les difficultés du diagnostic des épanchements de la plèvre chez les jeunes enfants, difficultés certainement plus grandes que chez l'adulte, d'où la nécessité d'étudier avec un soin particulier tous les signes susceptibles d'aider à les reconnaître et à les différencier des autres affections des organes respiratoires.

Le procédé indiqué par Trousseau pour obtenir le bruit d'airain, signe précieux des épanchements gazeux de la plèvre, a été, dans ces dernières années, particulièrement étudié par le professeur Pitres et utilisé par lui pour apprécier les modifications de la transsonnance de la poitrine dans les différentes affections pleurales et pulmonaires.

Le professeur André Moussous rappelle les différents résultats obtenus par cette étude, et particulièrement l'importance qu'a acquise dans le diagnostic des épanchements pleuraux le signe du son.

Il était bon d'appliquer à la clinique infantile ce mode d'exploration tenté jusqu'à présent seulement chez l'adulte.

C'est ce qu'a fait le professeur André Moussous. Son mémoire est l'exposé des recherches cliniques et expérimentales qu'il a poursuivies dans cette direction.

En voici les conclusions :

Lorsque le poumon est sain, la transsonnance du choc métallique est assourdie comme chez l'adulte et l'oreille qui ausculte ne perçoit que le bruit de choc.

C'est également ce bruit de choc seul, mais plus éteint encore, que l'on retrouve dans la congestion aiguë du poumon dans la pneumonie, dans les broncho-pneumonies simples ou tuberculeuses.

Le signe du son est, au contraire, positif dans les épanchements naturels ou dans les épanchements artificiels faits sur les cadavres de jeunes enfants, et cela quelle que soit la nature du liquide épanché, pourvu que celui-ci soit libre dans la cavité pleurale. La transsonnance parfaite, c'est-à-dire l'audition du choc avec un timbre métallique et argentin n'est toutefois pas absolument constante, comme chez l'adulte. Dans quelques cas, pour des motifs difficiles à apprécier, le bruit transsonnant ne conserve pas son timbre argentin ; il reste toutefois plus clair que du côté sain, et, même dans ces circonstances, ce signe sert utilement au diagnostic.

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ SPONTANÉ

Par le docteur QUEIREL,

Professeur de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

Sur 2082 accouchements qui ont eu lieu à la Maternité du 1er janvier au 30 juin 1898, nous avons observé 462 accouchements prématurés spontanés, c'est-à-dire plus du cinquième : 207 au huitième mois, 129 au septième mois, 126 au début du neuvième.

C'est surtout chez les femmes qui ont travaillé ou fatigué que nous retrouvons ces accouchements, et qui ont travaillé jusqu'au bout de leur gestation.

Sur 1151 femmes entrées en travail, il y a eu 410 accouchements avant terme, plus du tiers ; sur 931 femmes entrées depuis quelque temps, le travail s'est déclaré prématurément 52 fois (1/18).

Sur ces 462 femmes, nous avons relevé 290 journalières, 83 brodeuses, 29 repasseuses, 10 blanchisseuses, 3 revendeuses, 2 allumettières, 2 artistes, 39 sans profession, 5 sans profession bien définie.

La cause la plus fréquente de l'accouchement prématuré

est incontestablement l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Un neuvième est dû à une cause mécanique : hydramnios, bassin rétréci, grossesse gémellaire ; le reste est le résultat de l'infection exogène : syphilis, grippe, etc., ou auto-intoxication gravidique : albuminurie, ictère, anémie.

La mortalité des mères a été nulle, celle des enfants a été effrayante : plus de la moitié.

---

### EMPOISONNEMENT PROVOQUÉ PAR UN PANSEMENT PHÉNIQUÉ DU CORDON OMBILICAL

Par le docteur Maurice Costé, médecin des hôpitaux de Marseille.

Chez un enfant né à terme et bien constitué, quelques heures après la naissance, un pansement fait sur le cordon ombilical, avec un mélange d'acide phénique et de glycérine, provoqua bientôt des phénomènes d'empoisonnement auxquels le petit malade succomba le lendemain. Avec l'aide de M. Richard, vétérinaire à nos abattoirs, un pansement du cordon fait avec de la glycérine fortement colorée au bleu de méthylène, chez trois agneaux, prouva par la coloration verdâtre des urines, quelques heures après le pansement, que du bleu de méthylène du pansement avait été absorbé. Les divers tissus qui entourent les vaisseaux du cordon ombilical ne sont donc pas purement protecteurs ; ils sont susceptibles d'absorption pendant les premiers jours de la vie extra-utérine, et sans doute aussi, dans le cours de la vie intra-utérine, propriété d'absorption dont il faut tenir grand compte, quand il s'agit des soins antiseptiques ou autres qu'exige le pansement dit du cordon ombilical.

---

### FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ UN ENFANT DE DEUX MOIS SÉRO-DIAGNOSTIC ET AUTOPSIE

Par M. le docteur Cassoute (de Marseille).

Un enfant de deux mois entre dans son service à l'hôpital de la Conception, pour des symptômes vagues, caractérisés par une diarrhée jaunâtre, de l'hypothermie et du collapsus ; après avoir pensé tout d'abord à une infection d'origine alimentaire, l'enfant ayant été nourri avec un biberon malpropre, l'auteur, à cause d'une épidémie régnante de fièvre typhoïde, fit un séro-diagnostic qui donna une agglutination lente, mais complète au bout d'une demi-heure. Le lendemain le bébé mourut, et l'autopsie confirma le séro-diagnostic, en révélant quatorze plaques de Peyer dont plusieurs ulcérées, et de la congestion pulmonaire aux deux bases. M. Cassoute insiste au point de vue clinique sur le caractère vague des symptômes. Dans le cas actuel l'absence de température semblait plutôt exclure l'hypothèse d'une fièvre typhoïde. De tout l'ensemble symptomatique habituel de cette maladie la diarrhée jaunâtre seule a persisté. Aussi pense-t-il que bien des cas doivent échapper à l'attention du médecin. C'est sans doute ce qui a fait considérer la fièvre thyphoïde comme exceptionnelle chez les nourrissons, et toutes les observations antérieures concernent des enfants ayant au moins six mois, c'est-à-dire plus âgés que celui dont il est question, qui constitue à l'heure actuelle le cas le plus précoce. Encore toutes les observations, à de très rares exceptions, ne s'appuient pas sur des autopsies, ou des examens bactériologiques. Le séro-diagnostic pratiqué d'une façon systématique, dans tous les cas douteux, démontrera que le nourrisson, si sensible à toutes les infiltrations gastro-intestinales, peut être atteint dès la naissance par le bacille d'Eberth, lorsque l'alimentation est vicieuse.

---

### CANCER SECONDAIRE DE L'OMBILIC

Par MM. Demons et Verdelet.

Ce travail, basé sur trois nouvelles observations, vient faire suite à une communication relative à ce sujet et faite par M. Demons au congrès de Bordeaux (1895). Sur les trois cas qui font l'objet de ce travail, deux ont pu être opérés et fournir des matériaux pour l'examen bactériologique qui manquait dans toutes les observations similaires.

Par opposition au cancer de l'ombilic symptomatique d'une affection de l'estomac ou de l'intestin, affection bien étudiée par Damaschino, Villar, Quénu, etc., et où il est reconnu qu'il s'agit d'un épithélioma reproduisant tous les caractères de l'intestin, dans le cas de tumeurs secondaires aux affections utéro-ovariennes, l'examen histologique n'avait pas été fait ou avait donné des résultats nuls. Dans l'une de ces observations, on a trouvé qu'il s'agissait d'un cancer à cellules atypiques, sans qu'il soit possible de se prononcer sur l'élément primordial. Dans l'autre, au contraire, la tumeur ombilicale reproduisait absolument les caractères des tumeurs malignes de l'ovaire. Ainsi donc, voilà un premier point intéressant.

Les auteurs insistent ensuite sur les particularités relatives au diagnostic, principalement sur la hernie graisseuse de l'ombilic, dont ils rapportent un exemple chez une femme atteinte de fibrome et très cachectisée, et où il aurait pu y avoir quelque hésitation.

Enfin, ils montrent la valeur pronostique de ce symptôme et son importance quand il est la première manifestation du néoplasme utéro-ovarien.

---

### EMPLOI DE LA RADIOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA COXALGIE

Par le docteur Nové-Josserand (de Lyon).

Au début, les lésions s'indiquent surtout par une raréfaction du tissu osseux au niveau du cotyle et de la tête dont les limites deviennent peu nettes. Plus tard, on peut voir des séquestres qui se montrent sous la forme d'îlots sombres entourés d'une zone blanche. Enfin, aux stades ultimes on reconnaît l'usure du cotyle et de la tête et les déplacements qui en résultent.

Ces constatations sont assez nettes pour aider le diagnostic dans les cas où la coxalgie est douteuse, soit qu'il s'agisse d'une pseudo-coxalgie hystérique ou de péricoxalgies, soit que la lésion articulaire, s'accompagnant de signes très peu accentués, demeure latente.

La connaissance des séquestres a une grande importance, car elle permet d'intervenir de bonne heure pour les enlever, et ainsi de faire une intervention peu grave, parce qu'elle peut être faite aseptiquement sur un sujet encore en bonne santé, et économique, car il est quelquefois possible de conserver la tête du fémur.

Enfin, à la période des déplacements, on peut distinguer sur les radiographies les pseudo-luxations par usure de la tête et du cotyle des luxations vraies qui existent mais sont rares et demandent un traitement particulier.

### ACTION DE LA LIGATURE DES ARTÈRES UTÉRINES DANS LES HÉMORRAGIES DE L'UTÉRUS

Par M. le docteur Mangin (de Marseille).

Les opérations radicales dans le traitement des fibromes, malgré leurs récents perfectionnements, comportent encore une certaine somme de dangers, et sont parfois inapplicables par suite de l'épuisement des malades. Aussi a-t-on cherché des procédés plus bénins qui, s'ils ne sont pas toujours curatifs, parent cependant aux dangers les plus immédiats en arrêtant les hémorragies et en permettant aux malades de se remonter.

C'est ainsi que depuis peu Gottschalk, Martin, Hartmann et Frédet, Rechner, etc., ont relevé de l'oubli le procédé des ligatures atrophiantes appliquées à l'utérus en liant les artères utérines par la voie vaginale. Ayant essayé ce procédé à plusieurs reprises, depuis quelques années, j'ai pensé faire œuvre utile en apportant ici le résultat de mes observations, dont quelques-unes sont anciennes, toutes ne représentant pas, il est vrai, la méthode en question absolument pure, la ligature des utérines ayant été associée à d'autres interventions.

Mais en étudiant les faits de près, on peut voir que la ligature des artères en question a été pour beaucoup dans la guérison ou l'amélioration durable des malades.

Cette méthode a été surtout préconisée contre les fibromes, mais le champ de son action peut, il me semble, être étendu aux hémorragies rebelles aux traitements médicaux et ne devant pas céder au curetage. Elle rendra de réels services dans les ménorragies dépendant de la ménopause, d'hypertrophie de l'utérus, d'affections cardiaques, de déviations non corrigeables, d'états diathésiques, etc. Il faut toutefois excepter les métrorragies dues à une lésion des annexes. Par suite de l'action consécutive de suppléance de l'utéro-ovarienne, après la suppression des utérines, il y aurait à craindre des phénomènes congestifs du côté des annexes, comme je l'ai constaté du reste. Dans les fibromes, cette méthode trouve surtout son emploi chez les femmes épuisées par les hémorragies et trop faibles pour supporter une opération radicale. Elle sera une opération d'attente, devenant souvent curative. Au voisinage de la ménopause et dans les tumeurs développées près du col, on préférera cette intervention à toute autre. Les contre-indications sont encore théoriques, c'est ainsi qu'on n'attaquera pas par ce moyen, les tumeurs trop volumineuses, très élevées ou les tumeurs en voie de dégénérescence. L'expérimentation aura peut-être raison de certaines de ces contre-indications. Le procédé opératoire que j'ai employé représente le premier temps de l'hystérectomie avec ligatures : désinsertion du col, en avant et sur les côtés, décollement de la vessie, ligature des utérines dont les pédicules sont accrochés par le doigt, ligature à la soie, que j'enlève le huitième jour. Dans les tumeurs non abaissables, le pincement des artères pourra donner d'excellents résultats. On pourra même faire mieux et se servir de l'angiotribe de Tuffier.

D'après les faits que j'ai observés, je puis poser les conclusions suivantes :

1° La ligature des artères utérines est une opération simple et sans danger, ne nécessitant pas la narcose, l'anesthésie par la cocaïne ou l'eucaïne B pouvant être suffisante.

2° Cette opération sera utile dans les hémorragies rebelles aux traitements médicaux, lorsque les lésions de la muqueuse sont insuffisantes pour les expliquer.

3° Elle fera disparaître le plus souvent les hémorragies des fibromes et amènera fréquemment l'atrophie de ces tumeurs, surtout lorsqu'elles sont placées au voisinage du col.

4° Elle sera une opération d'attente dans les cas graves, opération pouvant parfois devenir curative.

5° Dans les cancers du col au début, elle semble pouvoir retarder la récidive. En tous cas elle modère les hémorragies.

6° La seule contre-indication bien nette à cette opération est une affection des annexes.

---

### LES CORPS ÉTRANGERS DU NEZ CHEZ LES ENFANTS

Par le docteur Moliné (de Marseille).

Les fosses nasales de l'enfant se distinguent de celles de l'adulte non seulement par leur exiguïté mais encore par une inégalité de rapport surtout manifeste de la naissance à la cinquième année. La région respiratoire est étroite et peu élevée, tandis que la région olfactive est bien développée. On en constate à la naissance le diamètre restreint de l'orifice des narines encore rétrécie par la saillie du pli du vestibule. On note encore l'absence de méat inférieur en raison du contact du bord libre du cornet inférieur avec le plancher des fosses nasales, le développement assez considérable de l'entrée du méat moyen surtout dans sa portion antérieure et son rétrécissement vers les parties profondes.

Les fosses nasales postérieures et la cavité naso-pharyngienne sont caractérisées au point de vue morphologique par la prédominance du diamètre sagittal sur les diamètres vertical et transversal.

Cette disposition anatomique influe sur la nature, le mode d'introduction et le siège des corps étrangers; elle interdit en outre certaines manœuvres qui, efficaces chez l'adulte, sont nuisibles chez l'enfant.

Par sa présence, le corps étranger produit l'obstruction des narines, la sécrétion fétide, la déviation de la cloison, et comme conséquence éloignée le coryza caséeux et la rhinolithe.

Dans un cas de l'auteur, le corps étranger avait amené chez une fillette de sept ans des conséquences encore plus graves : débilité, défaut de croissance, retard du développement du squelette de la face et asymétrie faciale. Il s'agissait d'un bouton de bottine introduit dans les fosses nasales vers l'âge de trois ans et autour duquel s'étaient accumulées des masses caséeuses qui avaient atteint un volume démesuré; ces conséquences fâcheuses imposent l'ablation immédiate du corps étranger; on peut y procéder d'une façon indirecte ou directe. Dans le premier cas, on fait souffler l'enfant par le nez en bouchant la narine saine, ou bien encore on provoque un éternuement en chatouillant la pituitaire en dehors; on peut encore souffler une prise par la narine saine au moyen d'une sonde ou d'un ballon de Politzer, en même temps qu'on fait faire au malade un mouvement de déglutition. Mais il faut s'abstenir absolument de la douche nasale, inutile et dangereuse.

Les tentatives d'extraction directes doivent être faites sous le contrôle de la vue au moyen d'une pince ou d'un crochet; dans aucun cas, il ne faut tenter de refouler le corps étranger dans le naso-pharynx, à cause du rétrécissement

des fosses nasales dans leur région postérieure. On doit réserver ce procédé au cas de corps étrangers enclavés dans les choanes, que l'on mobilisera au moyen d'une sonde introduite par la narine saine. Une fois libres dans le naso-pharynx, ces corps étrangers seront saisis avec une pince spéciale ou avec le doigt, mais on doit pratiquer ces manœuvres en ayant au préalable mis l'enfant dans le décubitus dorsal avec la tête pendante.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 novembre 1898. — Présidence de M. BERGER.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

M. NIMIER a observé, dans son service au Val-de-Grâce, six cas de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Tous ont guéri. Un seul a dû subir la laparotomie qui se trouvait formellement indiquée et qui permit de reconnaître et de traiter une blessure de la rate. La conclusion à tirer de ces faits serait donc en faveur de l'abstention dans la grande majorité des cas.

### COMMUNICATIONS

**Compression rythmée du cœur.** — M. TUFFIER fait une communication sur la compression rythmée du cœur dans la syncope cardiaque embolique. Il relate une observation qui prouve que, par cette compression, on peut ramener les battements du cœur après cinq minutes, ainsi, d'ailleurs, que l'ont démontré les expériences sur les animaux. Il s'agissait, dans ce cas, d'un jeune homme de vingt-quatre ans qui était entré à la Pitié pour une appendicite suppurée avec une température de 39°5. M. Tuffier fit aussitôt la laparotomie, trouva une cavité pleine de pus, la vida et draina. Trois jours après cette opération, le malade allait bien. Le cinquième jour il paraissait tout à fait guéri quand il fut pris d'une syncope. M. Tuffier, qui faisait sa visite en ce moment, s'approcha aussitôt de son lit, fit la respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue. Malgré tous ses efforts, le malade ne revenait pas à lui et la mort semblait bien évidente : M. Tuffier fendit alors le troisième espace intercostal, ouvrit le péricarde et, prenant le cœur entre ses doigts, lui imprima 60 à 80 contractions artificielles. Peu à peu, le cœur se remit à battre et le malade revint à lui. Puis il retomba de nouveau et il fut impossible, cette fois, de le ranimer. A l'autopsie, on trouva un caillot dans l'artère pulmonaire.

M. BAZY a vu un de ses collègues recourir à ce procédé, il y a six ans, d'ailleurs sans succès.

**Luxations anciennes de l'épaule.** — M. HENNEQUIN fait une communication sur ce sujet. Il cite plusieurs cas qui semblent prouver que souvent on se presse trop de recourir à l'arthrotomie. En effet, dans bien des cas de luxations anciennes, il est possible, par des manœuvres appropriées et avec de la patience, d'arriver à obtenir la réduction de la luxation. M. Hennequin cite plusieurs exemples dans lesquels il a pu ainsi réduire des luxations anciennes de l'épaule; celui, entre autres, d'un blessé chez lequel il a réduit une luxation des deux épaules dans la même séance. Dans ces cas, il faut tenir grand compte de l'âge, du sexe et de la ténacité de l'opéré. En résumé, les causes d'irréductibilité sont plus rares qu'on l'a dit. Celle qui est la plus fréquente, est l'interposition d'un fragment osseux, comme dans le cas de M. Ricard. L'arthrotomie devient alors la seule ressource.

### RAPPORT

**Occlusion intestinale.** — M. SCHWARTZ rend compte d'une observation de M. Témoin (de Bourges), relative à une femme de trente-deux ans, enceinte de cinq mois, qui fut prise de douleurs et de vomissements. On crut, d'abord, à une menace de fausse couche, mais bientôt les symptômes de péritonite s'accentuèrent, et on s'aperçut qu'elle n'allait plus à la selle et ne rendait plus de gaz. Elle avait même déjà des vomissements fécaloïdes lorsque M. Témoin vit cette malade pour la première fois. Il pratiqua une intervention immédiate. Il fit la laparotomie et rechercha les causes de l'occlusion. Il ne trouva d'abord rien et ce ne fut qu'après avoir dévidé les anses intestinales qu'il trouva une portion d'intestin fixée derrière l'utérus par une bride siégeant sur les annexes gauches. Il s'agissait de débris d'iléon étranglés par des brides péritonitiques. M. Témoin coupa ces brides, réduisit, lava, fit la toilette du péritoine avec une solution de formol au deux-centième, et referma le ventre. Dans la nuit qui suivit, cette femme fit une fausse couche, puis elle guérit très rapidement.

M. le rapporteur ajoute que, dans ces cas, c'est incontestablement la laparotomie qui est l'opération de choix, et il félicite M. Témoin de la conduite qu'il a tenue dans ce cas qui s'est, d'ailleurs, fort heureusement terminé.

### LECTURE

**Cancer du côlon pelvien.** — M. QUÉNU lit un travail sur ce sujet. Il passe en revue toute la symptomatologie du cancer du côlon pelvien. Il insiste sur les difficultés extrêmes d'un diagnostic précoce. Il met en lumière les services que peut rendre, dans certains cas, la rectoscopie.

Arrivant au traitement, il a réuni quarante-cinq observations d'opérations les plus dissemblables. Après avoir rappelé ces diverses opérations, il revient sur le procédé abdomino-périnéal qu'il a déjà décrit à la Société de chirurgie et au dernier congrès, et s'étend sur quelques nouvelles modifications qu'il a apportées à son procédé.

**Résection du ganglion cervical dans le traitement du goitre exophtalmique.** — M. JONNESCO fait une communication sur ce sujet.

**Autoplastie.** — M. BEURNIER présente un malade chez lequel il a pratiqué une opération autoplastique destinée à réparer une perte de substance du scrotum.

**Tuberculose du pied.** — M. TUFFIER présente un malade qui était atteint d'une carie des os du tarse, d'origine tuberculeuse, et qui a été guéri par un simple curetage et un évidement des parties atteintes.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Pathologie* (séance du 31 octobre) : MM. Mahar, 14. — Dambrin, Katz et Roché (Jean), 13. — Léculier, 11. — Leuret, 10. — Benoit, Lévy (Fernand), Loiselet et Roche (Ch.-A.), 8.

(Séance du 2 novembre) : MM. Coudert (Émile), 14. — Gaultier (R.) et Rénon (J.), 13. — Delaunay, 12. — Somier et Wagon, 11. — Cistrier et Mettey, 10. — Weill (G.), 9. — Garrigues (Alb.), 5.

*Anatomie* (séance du 3 novembre) : MM. Laignel-Lavastine, 12. — Lutier et Poulard, 10. — Langeoin et Mesnil, 7. — Debret et Ferry (C.), 6. — Dauzats, 5. — Dobrovitch, 4. — Fabre, 3.

— Par décret, en date du 1er novembre 1898, M. Georges Leygues, député, est nommé ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 novembre 1898, M. Adrien Dupuy, inspecteur de l'Académie de Paris, ancien chef du cabinet du président de la Chambre des députés et du président du Conseil, a été nommé directeur du cabinet du président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes.

— Par décret, en date du 31 octobre 1898, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin principal.* — M. Foucaud, médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Maget, retraité.

*Au grade de médecin de première classe.* — M. Lesueur-Florent, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. le docteur Foucaud, promu.

— Par arrêté ministériel en date du 29 octobre 1898, un concours s'ouvrira le 5 juin 1899, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 octobre 1898, des concours s'ouvriront le 1er mai 1899 :

1° Devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

2° Devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Clinicat. — Les candidats aux fonctions de chef de clinique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris doivent, pour être admis à prendre part au concours, justifier de la qualité de Français et du diplôme de docteur en médecine. Dans chacun des jurys de concours du clinicat, un agrégé peut être désigné à titre de juge titulaire ou de juge suppléant. — L'agrégé chargé de l'enseignement clinique des élèves sages-femmes est membre de droit du jury du concours pour le clinicat obstétrical afférent à son enseignement.

Adjuvat et prosectorat. — Les dispositions suivantes sont ajoutées aux articles 5 et 15, 7 et 16 de l'arrêté du 14 mai 1889, portant règlement pour l'adjuvat et le prosectorat à la Faculté de médecine de Paris :

Art. 5 et 15. — Pour l'appréciation de chaque épreuve, la parole est donnée en premier successivement à chaque juge, en commençant par la droite du président.

Art. 7 et 16. — En cas d'absence ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète, lors de sa première séance, au moyen d'un tirage au sort fait parmi les juges suppléants. — Cessera de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des opérations du concours, quelle que soit cette opération.

— *Université de Lyon.* — Il est institué un doctorat de l'Université de Lyon. Les aspirants à ce titre doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté dont ils veulent suivre les études et produire, avec leur acte de naissance, les diplômes, certificats ou titres indiqués plus loin. Ils sont soumis au régime scolaire et disciplinaire de l'Université. Les épreuves pour l'obtention du diplôme sont publiques. Le jury se compose de trois membres au moins. Le diplôme est signé par les membres du jury et par le doyen de la Faculté devant laquelle auront eu lieu les épreuves. Il est délivré sous le sceau et au nom de l'Université de Lyon par le président du conseil de l'Université.

Ce titre, d'ordre exclusivement scientifique, ne confère aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements et ne peut, en aucun cas, être déclaré équivalent aux grades.

A la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, le diplôme est délivré, dans l'ordre de la médecine, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études médicales en France, avec dispense du grade de bachelier et qui, après la scolarité et les examens prévus par le décret du 31 juillet 1893, ont soutenu leur thèse devant la Faculté de Lyon.

Dans l'ordre de la pharmacie, les aspirants devront justifier du diplôme supérieur de pharmacien de première classe, avoir accompli une quatrième année d'études à la Faculté de Lyon, soit avant, soit après l'obtention de ce diplôme, et soutenir une thèse contenant des recherches personnelles. La thèse présentée pour le diplôme supérieur de pharmacien ne sera pas admise pour le doctorat.

— Il est institué un doctorat de l'Université de Montpellier dont le diplôme portera la mention (pharmacie).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Les agrégés dont les noms suivent sont chargés des cours ci-après désignés :

Anatomie pathologique : M. Bosc ; — Clinique des maladies des vieillards : M. Vires ; — Pathologie chirurgicale : M. de Rouville ; — Accouchements : M. Vallois ; — Pathologie générale : M. Raymond.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Lepetit (Louis-Paul), suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'histologie.

— M. le docteur de Fourmestreaux, médecin en chef du lycée Hoche, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Bréchot, dont la démission est acceptée.

M. le docteur Vilon est nommé médecin-adjoint au lycée Hoche, en remplacement de M. de Fourmestreaux, nommé médecin titulaire dudit lycée.

— M. le docteur Bonnier, préfet honoraire, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque d'Aix-les-Bains.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Pinard commencera le cours de clinique d'accouchements le lundi 9 novembre 1898, à dix heures du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à neuf heures. — Ordre du cours : lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur ; — Mercredi, leçons et opérations de gynécologie, par le docteur P. Segond, agrégé ; — Autres jours, leçons et opérations de chirurgie infantile, par le docteur Kirmisson, agrégé ; anatomie obstétricale pathologique, par le docteur Varnier, agrégé ; leçons de diagnostic obstétrical, par le docteur Funck-Brentano, chef de clinique ; kinésithérapie gynécologique, par le docteur Stapfer, ex-chef de clinique. — Cours pratique et manœuvres obstétricales, par les docteurs Wallich, agrégé ; Potocki, Bouffe de Saint-Blaise et Baudron, accoucheurs des hôpitaux ; Paquy, chef de laboratoire.

M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le lundi 7 novembre 1898, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à deux heures dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (deuxième étage). — Sujet du cours : Anatomie pathologique du foie et des reins.

M. le professeur Budin commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le mardi 8 novembre 1898, à neuf heures et demie du matin (clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Ordre du cours : mardis et samedis, leçons à l'amphithéâtre. — Visite des malades tous les matins à neuf heures.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 127. — MARDI 8 NOVEMBRE 1898. 71e ANNÉE. MARDI 8 NOVEMBRE 1898. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.





Paris, le 7 novembre 1898.

Par décret du 21 juillet 1897, « nul ne peut prendre part aux travaux de la Faculté de médecine (cours, cliniques, bibliothèque, travaux pratiques réglementaires ou facultatifs, travaux de laboratoire), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation, » et, comme conséquence, l'avis suivant a été affiché à la porte de la bibliothèque de la Faculté :

BIBLIOTHÈQUE. — MM. les étudiants sont informés qu'ils sont tenus de présenter leur carte d'immatriculation pour être admis à la bibliothèque. — A partir du 16 novembre, l'entrée de la bibliothèque sera refusée à tout étudiant qui ne présentera pas sa carte d'immatriculation.

On comprend que cette mesure ait soulevé bien des récriminations, car il n'est guère de charge nouvelle qui soit acceptée avec plaisir. Aussi ce surcroît d'impôt annuel de 30 francs ne paraît pas avoir reçu bon accueil de la population de notre Faculté. Et cependant, ce nouvel impôt est une nécessité des temps, c'est une conséquence de la création de nos universités, qui doivent subvenir à leurs frais, et faire fonctionner les rouages si complexes et si onéreux de leur administration, tout en équilibrant leur budget. On a donné une certaine autonomie aux Facultés, mais on a serré les cordons de la bourse. A elles à se créer des ressources! Aussi nos laboratoires ne s'ouvriront qu'à ceux qui montreront patte blanche, c'est-à-dire le reçu bien dûment acquitté du caissier de la Faculté; la bibliothèque fermera ses portes à ceux qui n'auraient point la quittance réglementaire d'immatriculation.

Que cet impôt nouveau soit désagréable et vexatoire, nul n'y contredira. Mais le Conseil de l'Université fait remarquer que l'obtention du doctorat en droit coûte 2400 francs, alors que le titre de docteur en médecine ne nécessite qu'une somme de 1360 francs; et cependant les dépenses, d'ordre matériel, sont infiniment plus lourdes à la Faculté de médecine qu'à la Faculté de droit!

Nos lecteurs n'ignorent pas, d'autre part, dans quelle pénurie végète notre malheureuse bibliothèque! Toutes les collections sont incomplètes, faute d'avoir pu continuer l'abonnement à des publications en cours. Les livres d'actualité n'existent qu'à l'état de rarissimes exemplaires, comme don d'auteur désintéressé. La subvention annuelle suffit à peine à payer les garçons de bureau, et est insuffisante même pour la reliure. La Faculté qui, chaque année, dans son rapport au conseil académique, pleurait misère pour sa pauvre bibliothèque, espérait toujours qu'une large subvention viendrait un jour combler ces trous de plus en plus béants, et réparer les vides. Mais aujourd'hui, il faut bannir cet espoir, et si la bibliothèque doit continuer à exister, il faut qu'elle ait des ressources : de là le droit d'immatriculation.

Ce droit d'immatriculation existe d'ailleurs à l'étranger, où nul ne songe à s'en formaliser. A Vienne, où les étudiants de tous pays viennent se perfectionner, tout se paye, ce qui n'empêche nombre d'étudiants étrangers de dédaigner Paris, si gratuitement hospitalier, pour porter leur argent aux guichets de l'Université viennoise. Il nous souvient, il y a quelque dix ans, d'avoir voulu entendre des cours à la Policlinique de Vienne. Il nous fallut verser à l'entrée 20 ou 25 florins, ce qui nous donnait le droit de nous promener dans les vestibules et d'y lire les affiches. Car, en dehors de ce droit d'entrée, il fallait encore une autre inscription, également payante, pour chaque cours particulier. Or, ces cours regorgeaient d'étudiants étrangers.

Ce supplément, fixé par le conseil de l'Université, sera certainement adouci dans la pratique. Tout d'abord, est immatriculé d'office et *gratuitement* tout étudiant en cours *régulier* d'études, c'est-à-dire jusqu'à la prise de sa seizième inscription.

L'immatriculation payante n'existe donc que pour les élèves en cours irrégulier d'études et pour les docteurs. Or, pour ceux-ci, la Faculté a déjà décidé que ce décret restera lettre morte; tout docteur pourra entrer à la bibliothèque de la Faculté comme auparavant, sur le simple vu de sa carte. Restent les étudiants qui ont pris leur seizième inscription et qui auront à payer, pendant une année ou deux, leur droit d'entrée à la bibliothèque et aux cours, jusqu'à la soutenance de leur thèse.

Et encore, parmi ces étudiants, tous les internes des hôpitaux vont être probablement dispensés du fameux droit d'immatriculation. Si nos informations sont exactes, en effet, la Faculté considérera comme en cours régulier d'études les internes, tenus par les règlements administratifs à reculer la soutenance de leur thèse et d'ailleurs assimilés aux docteurs dans l'enceinte de l'hôpital. Pour tourner

la difficulté, on ferait valoir, au Conseil de l'Université, que les internes collaborent à l'enseignement de la Faculté, près des élèves stagiaires. Peu importe le motif invoqué, si la formalité de l'immatriculation leur est enlevée.

Cet impôt nouveau, désagréable conséquence des nécessités d'une organisation universitaire nouvelle, sera atténué dans une large mesure par l'esprit libéral qui n'a cessé de régner à la Faculté. Mais, produira-t-il des fonds suffisants pour relever notre bibliothèque déchue, enrichira-t-il nos laboratoires ? S'il faut supporter cet impôt, souhaitons au moins qu'il soit utile à quelque chose !

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Le bilan de la séance se borne à deux présentations de malades et à une présentation de pièces anatomiques.

M. Netter étudie, dans une de ces communications si documentées dont il a le secret, un cas de **scorbut infantile**, survenu après l'usage du lait de vache stérilisé à domicile par l'appareil Soxhlet. C'est là un fait bien curieux, puisqu'il permet d'incriminer le lait — et le lait seulement, stérilisé d'une façon spéciale — dans l'étiologie de ce cas de maladie de Barlow, qu'il vaut mieux, d'ailleurs, à tous les points de vue, appeler scorbut infantile. En voici l'observation résumée :

Un petit enfant de douze mois est nourri d'abord par sa mère pendant environ un mois, puis au moyen du lait maternisé, et enfin au moyen du lait stérilisé par l'appareil Soxhlet. Son développement est pendant longtemps tout à fait normal. Vers le treizième mois, il devient pâle, fatigué, apathique. Un mois plus tard, on remarque que ses membres inférieurs sont le siège d'un œdème dur. On pense au rachitisme, mais, malgré un traitement approprié, la situation s'aggrave de jour en jour, une sorte de pseudo-paralysie apparaît, en même temps que surviennent, à la partie antérieure du tibia gauche, deux suffusions sanguines sous-périostées, et que se manifestent les signes d'une stomatite intense, caractérisée par la rougeur livide de la muqueuse buccale, et la tuméfaction facilement saignante des gencives. Le doute n'est plus possible, c'est le scorbut infantile. Le traitement spécifique : jus de viande, jus d'orange, purée de pommes de terre, lait bouilli, est institué et *cinq jours* après la guérison est presque complète.

L'intérêt de cette observation réside tout entier dans l'étiologie. Rien dans l'alimentation, minutieusement surveillée de l'enfant, ne semblait prédisposer au scorbut, et force est bien, en l'absence de toute autre espèce de causes, d'incriminer le lait stérilisé à domicile. Il serait illogique de conclure de ce simple fait, que l'introduction du lait stérilisé, dans l'alimentation de la première enfance, constitue un danger; mais il importe de se souvenir qu'il peut être cause de certains accidents, heureusement fort rares.

M. Le Gendre ne se déclare pas, à première vue, convaincu que le lait stérilisé soit la cause des accidents chez le malade de M. Netter ; il fait remarquer que le scorbut a été considéré comme une maladie infectieuse, et se demande si cette étiologie ne peut pas être ici invoquée. A quoi M. Netter répond que, si des micro-organismes peuvent à un moment donné jouer un rôle dans l'évolution du scorbut, ce ne peut être que tardivement ; que chez les enfants comme chez les adultes, la cause immédiate, nécessaire et suffisante, est toujours l'alimentation défectueuse, et en particulier l'absence d'alimentation fraîche. Le traitement, pour ainsi dire spécifique, de la maladie le prouve, et pour en revenir au cas particulier, c'est uniquement l'usage du lait stérilisé qui a été la raison tangible des phénomènes cliniques.

M. Thibierge présente un homme de quarante-cinq ans, atteint depuis huit jours d'**érythème polymorphe**, dont l'éruption présente un siège remarquable : de grandes plaques symétriques à contours circinés couvrent les régions scapulaires ; une énorme plaque en forme de triangle à sommet supérieur et située sur la ligne médiane s'étend de la quatrième apophyse épineuse dorsale à la région de la ceinture. L'auteur s'appuie sur cette disposition qui rappelle certains cas de zona pour appuyer la théorie qui fait intervenir le système nerveux dans la localisation des lésions de l'érythème polymorphe.

M. Rendu apporte des pièces anatomiques qui prouvent la coexistence chez un même malade d'un **rétrécissement mitral, d'une insuffisance aortique, d'une symphyse cardiaque et d'un rétrécissement tricuspidien**, lésion dont on sait la très grande rareté.

## PROLAPSUS DE L'URÈTHRE CHEZ UNE PETITE FILLE

Par le docteur P. Puech,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
et M. Puig-Ametler,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Sans constituer une curiosité pathologique, le prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme n'est pas cependant d'observation courante. D'autre part, bien que la publication des premiers faits qui s'y rapportent remonte à une époque déjà ancienne, puisqu'elle appartient à Morgagni, l'étude de cette affection n'a été bien approfondie que dans ces dernières années : c'est ainsi que bon nombre de traités de chirurgie et de gynécologie gardent encore le silence à son endroit, ou ne lui accordent qu'une place insignifiante. Enfin, dans le cas qui s'est offert à nous, la tumeur formée par la muqueuse de l'urèthre prolabée présentait un volume relativement considérable ; pour faciliter, après son ablation, l'affrontement des deux bords de la muqueuse excisée, nous avons eu recours à un mode de faire susceptible de rendre des services dans l'exécution de ce temps, le seul certainement un peu délicat, de l'opération.

Tels sont les motifs dont nous nous sommes autorisés pour publier l'observation, que nous avons eu récemment l'occasion de recueillir dans le service de chirurgie infantile des hôpitaux de Montpellier.

Eugénie M..., âgée de six ans, entre le 31 juillet 1898 dans le service de la clinique chirurgicale des enfants, dirigé par M. le professeur Estor, pour un mal de Pott lombaire, sans complications médullaires ni suppuration. Un corset de Sayre a été déjà appliqué.

*Antécédents héréditaires.* — Le père est mort de tuberculose pulmonaire. La mère, affectée d'une luxation congénitale de la hanche, jouit d'une bonne santé. De deux frères, l'un est mort à l'âge d'un mois, l'autre est bien portant.

*Antécédents personnels.* — Rougeole à l'âge de quatre ans. Dans la première enfance, la malade a présenté un prolapsus de la muqueuse rectale, aujourd'hui complètement

disparu. Il y a deux ans environ, elle a été soignée pendant longtemps à la clinique médicale des enfants pour une uréthro-vulvite avec écoulement fétide et abondant.

*Maladie actuelle.* — L'enfant pâle et maigre est d'apparence chétive. Depuis un mois, elle se plaint de douleurs à la vulve et tache de sang sa chemise. Elle n'accuse pas de troubles de la miction.

Le 25 août, l'enfant est soumise à l'examen de M. le professeur agrégé Puech, qui remplace M. Estor. En plaçant la petite malade dans la position de la taille périnéale, on aperçoit aussitôt, faisant saillie au-devant des petites lèvres et cachant l'orifice vaginal, une tumeur de forme ovalaire, dont le grand axe correspond à celui de la vulve, et dont le volume atteint celui d'une demi-noix. De couleur rouge foncé, la tumeur présente en son milieu un orifice très dilaté, au pourtour duquel la coloration est violacée, en certains points même noirâtre. Elle apparaît largement pédiculée au-dessous du clitoris; dans le sillon qui la sépare de ce dernier organe se voient trois petits orifices diverticulaires, dans lesquels un fin stylet introduit est vite arrêté.

En soulevant la tumeur en haut, vers le clitoris, on met à nu l'orifice vaginal bordé d'un hymen en croissant : un cathéter utérin pénétrant par cet orifice s'enfonce à 5 centimètres et demi. La tumeur, dont la consistance est un peu plus molle que celle du lobule du nez, est irréductible.

On termine l'exploration par l'introduction d'une petite sonde de femme dans l'orifice dilaté qui occupe le centre de la tumeur, ce qui amène aussitôt l'écoulement d'une certaine quantité d'urine.

Le diagnostic de prolapsus de la muqueuse uréthrale s'imposait. En raison du volume de la tumeur et de son irréductibilité, M. Puech se décide d'emblée pour l'excision, qui est pratiquée trois jours plus tard, pendant lesquels on a fait des lavages fréquents de la vulve et maintenu en permanence sur la tumeur des compresses trempées dans une solution antiseptique.

Après anesthésie à l'éther et asepsie soigneuse de la région génito-urinaire, la malade ayant été mise dans la position de la taille périnéale, l'opération fut exécutée le 29 août de la façon suivante : avec une aiguille droite de couturière, traversant à son point d'implantation la tumeur légèrement tendue par une pince, un premier fil de soie est placé suivant une direction antéro-postérieure, parallèle au grand axe de la tumeur; de la même façon, un second fil est conduit perpendiculairement au premier, à l'aide d'une aiguille traversant la tumeur suivant son petit axe. L'intersection des deux fils disposés en croix à la base de la tumeur se trouve ainsi au centre du canal de l'urèthre. Un peu au-devant des fils la tumeur est alors rapidement excisée au bistouri.

Avec une pince on attire hors de l'urèthre la portion médiane de chacun des fils, ce qui détermine la formation de deux anses; en sectionnant ces deux anses, on obtient quatre fils qui se trouvent placés aux quatre points cardinaux et qu'il ne reste plus qu'à lier pour bien affronter la lèvre supérieure à la lèvre inférieure de la muqueuse excisée. Comme un petit peu de sang s'écoule à la partie supérieure gauche, on place en ce point un cinquième point de suture.

Une sonde à demeure est mise dans l'urèthre. Dans la journée, l'urine qui s'échappe de la sonde est légèrement teintée de sang.

Le 30 août, l'urine sort claire. Pas de température. L'enfant ne se plaint que lorsqu'on touche à la sonde.

Le 1er septembre, on supprime la sonde. La miction s'opère facilement et sans douleur. L'urine est claire.

Le 3 septembre, les fils sont enlevés. Un petit point, où la réunion par première intention a manqué, est touché au nitrate d'argent. Le 8 septembre, la guérison était complète. Quand, à la fin du mois, la fillette a quitté le service, vulve et méat urinaire avaient leur aspect normal.

La formation du prolapsus et de la pseudo-tumeur qu'il constitue s'explique par le détachement de la muqueuse uréthrale et son glissement sur la musculeuse, à laquelle elle n'est que faiblement unie par un tissu cellulaire lâche, combinés à un certain degré d'hypérémie et à l'œdème de la muqueuse. A ce résultat ont, dans notre cas, concouru des causes multiples : c'est, d'abord, l'âge de notre petite malade, le prolapsus uréthral s'observant surtout chez l'enfant, ainsi qu'en témoignent les relevés de Kleinwächter (1), qui, sur 59 cas, en compte 39 concernant des sujets âgés de un à quinze ans. C'est, ensuite, l'état de faiblesse générale de l'organisme, qu'en dehors de l'aspect extérieur, révèlent et la présence d'une tuberculose vertébrale et l'existence antérieure d'un prolapsus du rectum : lymphatisme et scrofule sont, en effet, signalés parmi les causes prédisposantes; d'autre part, la coexistence avec d'autres prolapsus a été rencontrée par Räther (2), qui a vu le prolapsus uréthral se compliquer d'un prolapsus vaginal, et par Södermark (3), qui a recueilli un cas, dans lequel le rectum et l'utérus étaient prolabés en même temps que l'urèthre. Enfin, nous retrouvons, dans notre cas, le facteur étiologique, auquel semble revenir le rôle le plus important : l'uréthrite et la vulvo-vaginite, dont notre malade a souffert pendant longtemps.

A quelle époque remontait le début du prolapsus? Il est difficile de l'établir. Bien souvent, en effet, le prolapsus se constitue sans donner lieu à des symptômes fonctionnels. Même à la période d'état ces derniers ne se rencontrent pas toujours : aussi ne sont-ils pas rares les cas où le hasard seul a conduit à la connaissance de l'affection. Quand ils existent, les signes fonctionnels consistent en douleurs au niveau de la vulve et en hémorragies, tantôt réduites à un simple suintement sanguin, tantôt assez abondantes pour tacher largement les cuisses et les vêtements, et simuler une hématurie ou une métrorragie. Douleurs et écoulements sanguins s'étaient montrés depuis un mois, lorsque nous vîmes notre malade pour la première fois. Nous sommes néanmoins disposés à croire qu'antérieurement à cette époque le prolapsus était déjà constitué, et que ce n'est qu'après une période d'état latent plus ou moins longue et seulement lorsque la tumeur eut acquis un certain volume que ces symptômes prirent une intensité suffisante pour attirer l'attention.

Quel que soit le motif qui le provoque, l'examen direct conduit sans peine au diagnostic : le prolapsus de l'urèthre est, en effet, facilement reconnu par qui est prévenu de l'existence de cette affection. Dans notre cas, nous eûmes vite fait de nous prononcer sur la nature de la tumeur présentée par la malade, dès que nous en eûmes relevé les divers caractères consignés dans l'observation et qui sont ceux fournis par l'examen direct dans tous les cas de cet ordre. Aussi n'insisterons-nous pas sur le diagnostic différentiel, nous contentant de rappeler qu'un certain nombre d'erreurs ont été commises. Seules, une exploration superficielle ou une ignorance extrême peuvent expliquer ces méprises grossières : il suffit, en effet, de constater au

(1) Kleinwæchter. *Zeits. f. Geburtsk. u. Gyn.*, 1891.

(2) Ræther. Cité par Blanc, in *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 525.

(3) Södermark. *Ibid.*

centre même de la tumeur la présence de l'orifice uréthral conduisant dans la vessie, pour qu'il n'y ait plus de doute possible.

Le traitement du prolapsus de la muqueuse uréthrale est médical et chirurgical. Médical, il consiste dans l'emploi, combiné à une antisepsie soigneuse de la vulve et du vagin, d'agents caustiques et astringents, susceptibles de faire disparaître l'état congestif de la muqueuse et de diminuer le volume de la tumeur. Chirurgical, il réside dans l'ablation de la tumeur.

Le traitement médical convient aux cas légers où la lésion se réduit à un simple ectropion circulaire de la muqueuse, à ceux où le prolapsus est de date récente, à ceux où la tumeur est de faible volume, aux cas, en un mot, où l'on peut espérer obtenir la réduction de la muqueuse herniée. Dans les conditions inverses, il faut recourir au traitement chirurgical. C'est pourquoi nous nous sommes adressés à ce dernier d'emblée et sans nous attarder à l'emploi des moyens médicaux : l'irréductibilité manifeste de la tumeur, son volume considérable indiquaient nettement l'ablation.

Pour pratiquer cette ablation, trois méthodes s'offraient à notre choix : la ligature sur une sonde de femme introduite dans le canal de l'urèthre, le thermo-cautère ou l'anse galvanique, l'excision au bistouri avec suture exacte. Avec Kleinwächter (1), Broca (2), Monod (3), nous croyons qu'à l'heure actuelle, l'excision au bistouri est, de ces trois méthodes, celle à laquelle on devra donner la préférence : grâce à l'antisepsie, l'infection et la suppuration ne sont plus à craindre ; la suture soigneuse des lèvres de la muqueuse excisée met vite fin à l'hémorragie, généralement d'ailleurs peu redoutable, qui pourrait succéder à l'excision avec l'instrument tranchant. D'autre part, par ce procédé on obtient une cicatrisation rapide et très régulière, et l'on se met à l'abri d'une sténose consécutive.

L'exécution de ce petit acte opératoire, l'excision au bistouri, ne va pas cependant sans demander certaines précautions : il faut, tout d'abord, prendre garde de tirer sur la muqueuse prolabée sous peine d'en trop réséquer; il faut encore avoir soin de bien fixer la lèvre supérieure, qui, après section, tend à remonter vers la vessie, et partant, risquerait de ne plus pouvoir être exactement affrontée à la lèvre inférieure.

Dans sa thèse, Pourtier donne du manuel opératoire la description suivante : Une sonde est introduite dans la vessie par l'orifice médian; sur cette sonde, on pratique une incision circonscrivant la tumeur à l'union de la muqueuse péri-uréthrale du vagin et de la muqueuse de l'urèthre. Des pinces sont placées comme repère sur la muqueuse du vagin. On pratique ensuite une seconde incision sur la muqueuse exstrophiée à son union avec la muqueuse saine du canal de l'urèthre. Sur cette muqueuse du canal et pour empêcher son ascension vers le col de la vessie, on place de nouvelles pinces. La partie de muqueuse située entre ces deux incisions circulaires est extirpée. La muqueuse de la vulve est alors suturée à la muqueuse de l'urèthre et une sonde est laissée à demeure pendant trois jours.

Après avoir vérifié avec une sonde le siège de l'urèthre, M. Broca fend sur la ligne médiane supérieure la tumeur dans toute son étendue, et, avant d'aller plus loin, il place un fil de soie fine à l'angle de l'incision ; puis il opère de la même façon en arrière ; d'un coup de bistouri les deux moitiés de la masse morbide sont enlevées ; il devient alors facile de suturer à la soie les lèvres de la muqueuse.

Ce procédé de M. Broca nous semble bien supérieur au précédent : il supprime l'emploi des pinces, gênantes dans un champ opératoire aussi restreint ; il permet tout aussi bien d'éviter les deux écueils de l'opération que nous avons signalés plus haut.

C'est également dans ce but que nous conseillons le procédé très simple auquel nous avons eu recours dans notre cas. Nous en résumons, en terminant, les temps principaux : transfixion de la tumeur au ras de son point d'implantation par deux fils dirigés suivant les deux axes de la tumeur et se croisant perpendiculairement au centre du canal de l'urèthre ; excision au bistouri ou aux ciseaux de la tumeur un peu en avant des fils ; formation de deux anses en attirant hors de l'urèthre la portion des fils qui le traverse ; section en son milieu de chacune des deux anses donnant ainsi quatre fils, qui se trouvent placés aux quatre points cardinaux de l'orifice uréthral, et qu'il suffit de lier pour obtenir l'affrontement des bords de la muqueuse.

En opérant ainsi, la mise en place des fils n'est point gênée par le sang qui s'écoule de la surface de section ; on assure la fixation des bouts supérieurs de la muqueuse, tendant toujours à remonter vers la vessie ; enfin guidé par les fils posés à la base même de la tumeur, on n'est point exposé à réséquer plus qu'il ne convient de la muqueuse prolabée.

(1) Kleinwæchter. Loc. cit.
(2) Broca. *Ann. de gyn.*, 1896, t. XXXXV, p. 212.
(3) Monod. Cité par Pourtier, Th. de Paris, 1896, n° 515.

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (IIe SESSION)

### REMARQUES SUR LES SYMPTOMES ET LE TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par M. le professeur Laroyenne (de Lyon).

Le développement de la grossesse extra-utérine s'accompagne de symptômes obscurs, et on peut dire que, sauf exception, le diagnostic de grossesse ectopique est impossible à déterminer.

La suppression des règles, jusque-là régulièrement apparues, est cependant un antécédent d'une haute valeur; il faut aussi avoir recours au toucher *rectal* qui fournit bien souvent, mieux que tout autre procédé, un signe certain de gravidité extra-utérine. Il permet d'atteindre et de reconnaître l'embryon ou le fœtus, soit une petite tête donnant une sensation parcheminée, soit son corps ; mais encore faut-il, pour que ce signe existe, que la grossesse soit au moins à deux mois et demi ou à trois mois.

L'impossibilité fréquente de dépister une grossesse extra-utérine entraîne la difficulté de diagnostiquer l'hématocèle dont elle a été la cause, et nous avons déjà indiqué au congrès de Genève (1) que souvent on ne pouvait distinguer entre une hématocèle et la rupture d'une trompe purulente. Le début peut être le même dans les deux cas, s'accompagner des mêmes accidents soudains et menaçants. Les symptômes de l'anémie par hémorragie interne propres, il est vrai, à l'hématocèle, peuvent être peu évidents, défigu-

(1) *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, sept. 1896.

rés comme ils le sont par ceux de la péritonite subite. Ainsi donc, la soudaineté d'accidents péritonitiques graves coexistant avec l'apparition d'une collection pelvienne, n'est pas l'indice certain d'une hématocèle. Les antécédents ne fournissent bien souvent aucun signe différentiel et ne permettent pas le diagnostic de la grossesse extra-utérine. Ils peuvent être les mêmes lorsqu'il s'agit d'une salpingite diffuse. En effet, un mauvais état antérieur des voies génitales favorise l'éclosion d'une affection tubaire aiguë, comme aussi il prédispose à la grossesse ectopique. Jacobs a bien insisté sur l'existence fréquente d'un suintement sanguin dans la gravidité extra-utérine, or, ce suintement n'est pas rare non plus dans les salpingites. Une suppression des règles chez une femme régulièrement menstruée jusque-là, quand l'interrogatoire de la malade réussit à mettre cette suppression nettement en évidence, est souvent le seul indice important de la grossesse ectopique.

Quant au toucher rectal, qui est un moyen précieux pour reconnaître la présence d'un fœtus hors de la cavité utérine, il ne donne aucun renseignement de ce genre pendant la période aiguë de l'hématocèle et la collection liquide du cul-de-sac postérieur est seule perceptible, sans que l'on puisse savoir si elle est purulente ou hématique.

Nous intervenons dans les grossesses extra-utérines et dans les hématocèles qu'elles déterminent par la voie vaginale et par la voie abdominale.

Si la collection sanguine n'a pas un trop grand volume, c'est-à-dire reste bien au-dessous de l'ombilic, nous intervenons par le vagin.

Un large débridement du cul-de-sac postérieur, suivi de l'evacuation aussi complète que possible de tous les caillots contenus dans la cavité et d'un drainage à la gaze iodoformée nous a toujours réussi. Mais ici comme dans les colpotomies pour pelvi-péritonites, c'est pour nous une règle d'explorer toujours avec soin la cavité.

Si l'on peut sentir une trompe, en quelque sorte *flottante*, dans cette cavité, comme on la trouve dans certaines salpingites enkystées, on l'extirpe après avoir placé une pince à demeure sur son pédicule, aussi près que possible de l'utérus (1). Au cours de l'opération, on doit veiller à ne jamais intéresser les annexes du côté sain, ni la paroi de la poche.

S'il s'agit d'une hématocèle volumineuse ou d'un kyste embryonnaire ou fœtal développé, si la tumeur remonte non loin de l'ombilic, nous pratiquons la laparotomie. L'incision de la paroi abdominale ne doit pas dépasser la poche fœtale où se limitera l'intervention. Il ne faut pas s'attacher à extraire les membranes ni le placenta, ce serait s'exposer à de graves accidents que de rechercher à tout prix leur ablation, alors qu'ils sont inserés en quelque point de l'intestin ou de la grande cavité péritonéale. La poche fœtale est drainée comme celle d'un kyste marsupialisé, et nous n'avons pas observé consécutivement d'éventration de quelque importance, surtout si l'on a eu soin de suturer la poche à l'*aponévrose* de la paroi abdominale et non pas seulement à la peau.

L'époque de l'intervention dans la grossesse extra-utérine peut être particulièrement délicate à fixer lorsque la preuve de la vie du fœtus est faite par la constatation des bruits du cœur. Nous ne nous occuperons pas de cette question, et nos remarques ne portent que sur l'époque de l'intervention dans les hématocèles produites par la grossesse extra-utérine.

Il convient d'abord, à ce sujet, de dissiper un malentendu. On nous a considéré — et M. Segond a pu nous le reprocher dans son éloquent rapport — comme un adversaire systématique de toute intervention d'urgence dans les hématocèles. Il est cependant pour nous évident, qu'en présence d'une hémorragie foudroyante qui va manifestement emporter la malade dans le plus bref délai, il faut intervenir et l'opportunité de l'intervention immédiate ne saurait être discutée. Seulement, nous nous élevons d'autre part — et c'est cette opinion qui a prêté à confusion — contre l'abus des indications à ces opérations d'urgence. La brusquerie du début des accidents ne doit pas notamment être considérée à elle seule comme une indication à intervenir immédiatement. Est-ce à dire que ces hématocèles puissent être abandonnées de parti pris à une expectation passive ? En aucune façon. C'est une *expectation vigilante* que nous recommandons, une surveillance assidue, qui permettra d'en appeler d'un moment à l'autre à l'intervention. Si les symptômes d'anémie s'exagèrent ou simplement persistent, si l'état général continue à être mauvais, si le ventre augmente de volume, si, en un mot, on soupçonne que l'hémorragie interne ne s'est pas arrêtée spontanément, on laparotomisera.

De nombreuses colpotomies pratiquées pour des collections dont il était le plus souvent, avant l'incision, impossible de diagnostiquer le contenu, nous ont très fréquemment mis en présence d'hématocèles anciennes, enkystées, contenant ou non des débris embryonnaires. D'autre part, la clinique nous a montré que la soudaineté impressionnante du début de l'hématocèle n'était pas à elle seule suffisante pour exiger l'intervention immédiate. C'est l'observation attentive qu'elle commande. Le désir de faire courir à la malade des risques opératoires moindres en n'intervenant que lorsque l'hématocèle est enkystée, ne doit pas faire repousser une intervention d'urgence lorsque celle-ci s'impose, mais ce désir peut rendre plus exigeant sur l'indication de l'urgence.

Si, après ce début brusque, les symptômes d'anémie diminuent, si l'état général se maintient, si le ventre n'augmente pas de volume, si le diaphragme fonctionne, on doit attendre.

Dans notre pratique hospitalière où, il est vrai, les cas vraiment foudroyants s'observent rarement, car ils n'ont pas le temps d'être transportés à l'hôpital, les opérations d'urgence ont été une bien rare exception. Sous l'influence du repos absolu, de la glace, des révulsifs et des opiacés et sous la protection d'une surveillance assidue, des collections hématiques se sont résorbées au bout de quelques semaines, les autres se sont enkystées et ont alors été opérées, le plus souvent par la voie vaginale.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 14 AU 19 NOVEMBRE 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 14 NOVEMBRE 1898**, à une heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Blum et Retterer ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Lejars et Legueu ; — (2e série) : MM. Lannelongue, Humbert et

---

(1) De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystées dans une pelvi-péritonite, *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, juillet 1893.

Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Dupré ; — M. Delbet, suppléant.

**MARDI 15 NOVEMBRE**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Rémy, Gley et Langlois.

1er de chirurgien-dentiste : MM. Cornil, Quénu et Thiéry ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Richelot et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Proust, Troisier et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Charrin ; — M. Ménétrier, suppléant.

**MERCREDI 16 NOVEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Poirier et Broca (Aug.).

2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Launois et Broca (André).

3e (oral, 1re partie) : MM. Reclus, Blum et Lepage ; — M. Chassevant, suppléant.

**JEUDI 17 NOVEMBRE**, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Retterer et Launois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Budin et Faure.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Thoinot et Vaquez ; — M. Hanriot, suppléant.

**VENDREDI 18 NOVEMBRE**, à une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Wurtz et Teissier ; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Humbert et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Lannelongue, Delbet et Walther ; — (2e partie) : MM. Potain, Lancereaux et Méry ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Bonnaire et Lepage ; — M. Sébileau, suppléant.

**SAMEDI 19 NOVEMBRE**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Retterer et Langlois ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Debove, Troisier et Marfan ; — (2e série) : MM. Hallopeau, Ménétrier et Achard ; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Richelot et Wallich ; — M. Gley, suppléant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Pathologie* (séance du 4 novembre) : MM. Mutzner, 14. — Bosvieux, Lacasse et Vaillant, 12. — Vinsonneau, 10. — Foulon, 10. — Kuhn, 7. — Reliquet, 5.

*Anatomie* (séance du 5 novembre) : MM. Nollet, 12. — Lortat-Jacob, 11. — Legros (V.) et Pedebidou, 8. — Hervoit et Roglet, 6. — Aubourg, 5. — Baumgartner et Français (H.), 4. — Rabant (F.), 2.

— Par décret, en date du 27 octobre 1898, le sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer (Nord) a été reconnu comme établissement d'utilité publique.

— Par décret, en date du 3 novembre 1898, M. le docteur Calmette, médecin principal des colonies, hors cadre, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Roche, Cothereau, Mlle Deschamps, MM. Brunet, Leuret, Paramanda, Ségalen, Griewank, Briol, Durand.

11. MM. Rey, Peltier, Magunna, Damelon, Ch. Lafon, Cloitre, Bentéjac, Houpert, Varenne, Blanc.

21. Fouquet, Peytoureau, Guichot, Chaigneau, Fayout, Robin, Magimel, Dupin-Dulau, Gué, de Fornel.

31. Olivier, Lehardy, Tournadour, Caillibaut, Fontaine, P. Lafont, Mondiet, Dubarry, Arzac, Lande.

41. Selou, Decoly, Grimaud, Lafarge, Choussaud, Colon, Dabat, Picot, Doche, Lalanne.

51. Delalbre, L. Lafon, Brossard et Huot.

— *Hôpitaux civils de Nancy.* — Sont reçus par ordre de mérite au concours de l'externat : MM. Potron, Weber, Dufour, Briquel, Grosjean, Spire, Goepfert, Manuel, Pillement, Lorcin, Appuhn, Vigneron, Perichiteh, Job, R. Engel, Schachter, Scharf, Marc, L. Humbert et P. Morel.

— *Hôpitaux de Nantes.* — Le concours de l'internat et de l'externat en médecine se sont terminés par les nominations suivantes :

*Internes titulaires* : MM. Léquyer, Letourneulx, Sabot, Fargues, Villard, Verdier et de La Rochefordière.

*Internes provisoires* : MM. Hardy, Paquereau et Libert.

*Externes* : Mlle Eudel, MM. Moisnard, Dyvrande, Gaubert, Ménager, Giraudeau, Boutin, Chauvin, Bossis, Hervouet, Sinan, Petiteau, Guinement, Pissot et Clénet.

— M. Mutin, directeur du service de santé du 5e corps d'armée, vient de prendre sa retraite.

M. Azam, médecin aide-major de première classe, a donné sa démission.

— M. les docteurs Foucaud et Le Sueur-Florent, promus médecin principal et médecin de première classe, sont respectivement affectés, le premier à Brest, le second à Lorient.

MM. les médecins de deuxième classe Dargein, du port de Rochefort, destiné à la prévôté de l'île d'Ouessant, et Boudou, du port de Lorient, sont autorisés à permuter.

— Liste de départ pour les colonies de MM. les médecins principaux, médecins de première et de deuxième classe du service des troupes de la marine :

1° Médecins principaux : MM. 1 Négadelle, 2 Alix (P.-M), 3 Prat, 4 Curet, 5 Alix (Léon), 6 Hervé, 7 Rit.

2° Médecins de première classe : MM. 1 Castellan, 2 Bertrand, 3 Lefebvre, 4 Percheron.

3° Médecins de deuxième classe : MM. 1 Chauvin, 2 Préboist, 3 Porre, 4 Mailliu, 5 Binard, 6 Bérard, 7 Chabannes, 8 Cassieu, 9 Chalibert.

— Le prix Godard, de la Société anatomique, est partagé entre M. Ledouble (de Tours), et MM. F. Bezançon et Labbé.

— MM. Lardennois et Moret sont nommés membres correspondants de la Société anatomique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eltchnainoff (de Saint-Calais), Amédée Lamarche (de Montréal), Mayéras de Mauvise (de Mérigny).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Charrin, agrégé, commencera les conférences de pathologie générale élémentaire le mardi 8 novembre 1898, à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Sujet des conférences : Les principaux éléments de la maladie. — Ces conférences sont spécialement destinées aux étudiants de première année (nouveau régime).

*Cours et exercices pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie.* — 1° Cours : M. le docteur Castex, chargé de cours complémentaire, reprendra son cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique), le mardi 15 novembre 1898, à cinq heures, et le continnera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Le cours est public et gratuit.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 128. — JEUDI 10 NOVEMBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 10 NOVEMBRE 1898. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

| | | | |
|---|---|---|---|
| FRANCE | 3 mois : 8 fr. 50. | — 6 mois : 16 fr. | — 1 an : 30 fr. |
| UNION POSTALE | 3 mois : 10 fr. | » — 6 mois : 18 fr. | — 1 an : 35 fr. |

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lancereaux, revenant sur la question du traitement des anévrismes par les injections coagulantes, a défendu sa méthode et répondu aux objections qui lui ont été présentées par MM. Huchard et Laborde. A M. Huchard, il a répondu que rien ne prouve que les accidents constatés dans les observations de MM. Boinet et Barth doivent être attribués aux injections de sérum gélatineux. A M. Laborde, il fait observer que jamais, chez l'homme, il n'a observé, à la suite de ces injections, de coagulations ailleurs que dans la poche anévrismale. M. Lancereaux maintient donc ses premières conclusions et, revenant sur les détails de la technique opératoire, défend énergiquement une méthode qui peut rendre les plus grands services dans des cas désespérés.

M. Dieulafoy nous a fait un tableau, comme il sait les faire, de l'appendicite toxique. L'appendicite, dit-il, n'est pas seulement infectieuse, elle peut être toxique aussi, de telle sorte que, si le chirurgien n'intervient pas à temps, on a le choix de la mort par infection ou de la mort par intoxication. Cette intoxication appendiculaire peut être tellement grave que, d'après les faits cités par M. Dieulafoy, l'intervention chirurgicale elle-même n'arrive pas toujours à en prévenir les effets funestes. Elle peut atteindre les cellules du foie, du rein, aussi bien que celles de l'encéphale, et se traduire conséquemment, soit par de l'ictère, soit par de l'albuminurie, soit par des phénomènes cérébraux, cérébro-spinaux ou bulbaires.

Des expériences qu'il a faites sur des cobayes aussi bien que des faits cliniques assez nombreux qu'il a pu rassembler, M. Dieulafoy croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La toxicité de l'appendicite est confirmée par la clinique et par les expériences de laboratoire.

2° Cette toxicité est légère, intense et même mortelle.

3° Dans sa forme la plus habituelle et la plus bénigne, la toxicité se traduit par la teinte subictérique avec urobilinurie et par l'albuminurie.

4° La teinte ictérique, témoin de l'altération du foie, est parfois l'avertissement d'une intoxication extrêmement grave, portant sur le système nerveux et se traduisant par des symptômes à forme cérébrale, à forme bulbaire, à forme typhoïde.

5° Le seul moyen de se mettre à l'abri des coups de l'appendicite, c'est de supprimer le foyer infectieux.

6° Avec un diagnostic bien fait, avec une opération pratiquée en temps voulu suivant les règles de l'art, on pare à tous les accidents.

7° On ne doit jamais mourir d'appendicite.

Ces nouveaux faits, on le voit, n'ont pu que confirmer M. Dieulafoy dans l'opinion qu'il a si souvent et si brillamment défendue relativement au traitement chirurgical de l'appendicite. Opérez toujours et tout de suite, nous dit et nous répète M. Dieulafoy. S'il lui est aisé de trouver nombre de faits à l'appui de cette manière de voir, il ne serait pas impossible non plus d'en trouver beaucoup d'autres dans lesquels le traitement médical seul a parfaitement réussi. Peut-être même pourrait-on citer des cas dans lesquels la mort a été plutôt la conséquence de l'intervention que de la maladie.

Quelque consolante que soit la dernière conclusion de M. Dieulafoy, bien des praticiens hésiteront longtemps encore à le suivre dans cette voie d'intervention hâtive et constante, et nous sommes bien convaincus que, parmi les chirurgiens eux-mêmes, beaucoup seront de leur avis.

M. Pénières (de Toulouse), qui, l'année dernière, a déjà appelé l'attention de l'Académie sur le traitement des tuberculoses locales par des injections d'une émulsion de résine d'euphorbe, a fait une nouvelle communication sur ce sujet et a donné les résultats de cette pratique dans le traitement des adénopathies tuberculeuses. Ces résultats paraissent très encourageants et méritent toute l'attention des praticiens, d'autant plus que la méthode est parfaitement inoffensive.

M. Motais (d'Angers) a fait connaître à l'Académie un procédé chirurgical pour le traitement du ptosis.

M. Magnan, dans un rapport très consciencieux et fort bien écrit, a analysé les travaux envoyés pour le prix Civrieux, et M. Marty a lu le rapport sur les mémoires pour le prix Larrey.

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. J. BABINSKI.

### Sur le réflexe du tendon d'Achille dans le tabes (1).

Il y a deux ans, j'ai attiré l'attention de la Société médicale (2) sur l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique, phénomène qui, jusqu'alors, n'avait été mentionné par aucun auteur, sauf par Sternberg, qui l'a signalé dans sa monographie sur les réflexes tendineux. Ce signe, qui n'est pas, il est vrai, en corrélation étroite avec la gravité de l'affection, car il peut exister dans les formes légères et faire défaut dans des cas graves, a néanmoins une importance fondamentale, comme la plupart des signes objectifs; il atteste, en effet, l'existence d'une affection organique du nerf, permet ainsi de déjouer la simulation et de distinguer la véritable sciatique de la pseudo-sciatique hystérique.

Ces données, qui résultaient des observations que j'avais faites, ont été confirmées depuis par plusieurs auteurs, en particulier par M. Janot, dont la thèse (3) est basée sur dix cas de sciatique, et par M. Biro (4), qui rapporte douze faits de ce genre; mais ce dernier auteur, qui n'a eu connaissance de mon travail que par un compte rendu probablement imparfait, a pensé à tort que les conclusions de ses recherches différaient des miennes.

Il est logique d'admettre *à priori* que ce phénomène dénote seulement l'altération des fibres du sciatique faisant partie de l'arc réflexe dont le tendon d'Achille est le point de départ et qui aboutit aux muscles extenseurs du pied sur la jambe, mais qu'il n'indique ni la nature de cette altération, ni la hauteur à laquelle elle siège, qu'elle est, par conséquent, susceptible d'apparaître dans toutes les variétés de névrite, quelle qu'en soit la cause, que la lésion se trouve située à la périphérie du nerf ou à son origine. Il y avait donc tout lieu de supposer que le tabes, quand il atteint les racines du sciatique, provoque l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille. Mais l'observation seule pouvait renseigner sur la fréquence de ce trouble dans le tabes, sur son importance au point de vue du diagnostic de cette affection et permettre d'établir, à cet égard, un parallèle entre ce phénomène et le signe de Westphal. Ce sont les résultats des recherches que je poursuis déjà depuis longtemps sur ce sujet que je viens faire connaître aujourd'hui à la Société.

Avant de les exposer, je dois dire que, pour la recherche du réflexe du tendon d'Achille, j'ai l'habitude de faire mettre le sujet à genoux sur un siège. C'est la position qui m'a paru convenir le mieux à cet examen, et je déclare que, lorsqu'on se place dans ces conditions, on constate aisément qu'il existe chez la plupart des individus normaux, qu'à ce point de vue il ne diffère guère du réflexe rotulien. Si, à cela, on ajoute cette considération que le territoire du sciatique a une étendue bien plus grande que celle du crural, on est déjà tenté de soutenir que l'abolition ou l'affaiblissement du réflexe du tendon d'Achille doit avoir, au point de vue séméiologique, au moins autant d'importance que le signe de Westphall.

Envisageant, spécialement dans le tabes, le réflexe du tendon d'Achille et ses relations avec le réflexe rotulien, je diviserai les tabétiques que j'ai observés en plusieurs catégories.

A la première, la plus nombreuse, appartiennent les tabétiques chez lesquels les deux réflexes sont abolis des deux côtés.

Je range dans la deuxième catégorie les cas dans lesquels, de part et d'autre, il y a trouble, mais non abolition complète du réflexe; ces cas sont du reste variés; dans l'un, les deux réflexes seront abolis d'un côté et conservés du côté opposé; dans un autre, le trouble sera croisé; en voici un exemple :

M. N..., âgé de quarante-six ans, est sujet, depuis plusieurs années, à des crises de douleurs fulgurantes; il a des troubles vésicaux et de la faiblesse génésique; on constate chez lui le signe d'Argyll Robertson, de l'affaiblissement de l'acuité visuelle et de la dyschromatopsie à gauche; de ce côté, il ne distingue pas le rouge. Le réflexe rotulien est normal à gauche et faible à droite; le réflexe du tendon d'Achille est nul à gauche, il existe à droite.

De la troisième catégorie font partie les malades dont le réflexe rotulien est aboli ou troublé et le réflexe du tendon d'Achille normal.

Voici le résumé de deux observations de ce genre :

PREMIÈRE OBSERVATION. — M. B..., âgé de cinquante ans, est atteint, vers le mois de mars 1895, d'une paralysie de la sixième paire gauche qui dure un mois.

En décembre 1897, récidive de cette affection. Le malade souffre depuis quelque temps de douleurs vives dans les membres; depuis un an, grand affaiblissement du sens génésique; il présente le signe d'Argyll Robertson. Les réflexes rotuliens font défaut. Les réflexes du tendon d'Achille sont normaux.

DEUXIÈME OBSERVATION.— M. Z..., âgé de trente-six ans, est sujet, depuis dix ans, à des crises de douleurs lancinantes, qui, depuis deux ans, ont beaucoup augmenté de fréquence et d'intensité; depuis deux ans aussi, les fonctions génésiques se sont très notablement affaiblies et on remarque dès cette époque de l'inégalité pupillaire; depuis six mois, il lui arrive de laisser échapper involontairement son urine; enfin, il y a quinze jours, il a été pris d'un engourdissement dans la main gauche; on constate le signe de Robertson. Le réflexe rotulien est absent des deux côtés. Des deux côtés aussi, le réflexe du tendon d'Achille est normal.

Enfin, la quatrième catégorie se compose des cas dans lesquels le réflexe rotulien étant normal, le réflexe du tendon d'Achille est aboli ou troublé. J'ai observé plusieurs faits de ce genre; en voici quelques exemples que je rapporte d'une manière succincte :

PREMIER CAS. — M. L..., âgé de quarante ans, souffre, depuis plusieurs années, de névralgies intercostales et, depuis quelques mois, de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Il est atteint d'une paralysie de la troisième paire droite, qui a apparu à la fin de l'année 1897; du côté droit, les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont abolis; à gauche, signe d'Argyll Robertson. Il y a un affaiblissement du sens génésique. Les réflexes rotuliens sont normaux. Le réflexe du tendon d'Achille fait défaut à droite, il est faible à gauche.

DEUXIÈME CAS. — M. X..., âgé de quarante-deux ans, est

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(2) J. BABINSKI. Abolition du réflexe du tendon d'Achille dans la sciatique, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, séance du 18 déc. 1896.

(3) Paul JANOT. *Contribution à l'étude de la sciatique et en particulier des modifications du réflexe du tendon d'Achille*, Th. de la Faculté de Toulouse, 12 mai 1897.

(4) Max BIRO. Neuritis ischiadica, Neuralgia ischiadica und Hysterie, *Deuts. Zeits. f. Nerven.*, 1897, p. 207.

sujet, depuis cinq ans, à des accès de douleurs fulgurantes et des crises gastriques; il laisse parfois échapper involontairement l'urine; il présente le signe d'Argyll Robertson, le signe de Romberg, un peu d'incoordination motrice aux membres inférieurs. Les réflexes rotuliens sont normaux; le réflexe du tendon d'Achille est absent des deux côtés.

TROISIÈME CAS. — M. V..., âgé de quarante-neuf ans, est atteint, depuis trois ans, d'une paralysie de la troisième paire gauche. Il présente le signe de Robertson. Il souffre parfois de douleurs lancinantes, très vives, qui sont bilatérales et occupent la région de l'épaule et le thorax; il a aussi dans les doigts des sensations douloureuses qu'il compare à des décharges électriques. Il a de l'incoordination motrice aux membres supérieurs. Les réflexes rotuliens sont normaux; les réflexes du tendon d'Achille font défaut.

Mes observations me conduisent à cette opinion que l'affaiblissement ou l'abolition du réflexe du tendon d'Achille a une aussi grande importance pour le diagnostic du tabes que le signe de Westphal. Chez la plupart des tabétiques, il y a une perturbation dans les deux réflexes, et les cas, assez rares du reste, dans lesquels le réflexe du tendon d'Achille est seul affaibli ou aboli, me paraissent aussi nombreux que ceux où la perturbation dans les réflexes tendineux ne porte que sur le réflexe rotulien. Il est vraisemblable que ce signe aurait été constaté s'il avait été recherché, au moins dans quelques-uns des cas de tabes avec conservation du réflexe rotulien qui ont été publiés jusqu'à présent, en particulier dans l'observation de MM. Achard et Lévy (1).

De ce qui précède, il ressort qu'il y a intérêt à rechercher systématiquement, dans la clinique des maladies nerveuses, le réflexe du tendon d'Achille.

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (IIe SESSION).

### QUELQUES CAUSES D'ENDOCARDITE CHEZ L'ENFANT (ÉRYSIPÈLE, GRIPPE, INFECTION AMYGDALIENNE A STAPHYLOCOQUE).

Par M. le docteur Léon D'ASTROS.

I. L'endocardite érysipélateuse, étudiée chez l'adulte par Jaccoud et Sevestre, n'a pas, à ma connaissance, été signalée chez l'enfant. Chez un enfant de sept ans, au cours d'un érysipèle de la face avec symptômes généraux graves et état adynamique profond, les premiers troubles cardiaques, caractérisés surtout par un bruit de galop et un léger degré d'arythmie, ont apparu le septième jour, la température était à ce moment de 41°6. Le surlendemain nous constations un souffle systolique très net à la pointe. L'examen du sang (ensemencement de 5 centimètres cubes de sang retiré de la veine), pratiqué ce jour même, un peu tardivement il est vrai, ne fit pas constater de streptocoques. L'érysipèle guérit, mais l'endocardite progressa, et deux mois après l'enfant présentait toujours un souffle systolique avec propagation dans le dos, caractéristique d'une lésion mitrale constituée.

II. Dans une famille de ma clientèle, où l'influenza avait déjà fait plusieurs atteintes, le jeune B..., âgé de six ans, présenta successivement plusieurs localisations de la maladie, angine et otite avec température élevée, douleurs rhumatoïdes dans la continuité des membres inférieurs sans localisation articulaire, détermination broncho-pulmonaire légère mais persistante avec quintes de toux spasmodique. L'endocardite se développa chez lui insidieusement; mais elle se manifesta ensuite par de l'essoufflement, de la dilatation cardiaque et la présence d'un souffle systolique apexien, qui prit bientôt le caractère musical et se propagea jusqu'à la colonne vertébrale. L'enfant présenta même des symptômes d'asystolie : œdème de la verge et du scrotum, des membres inférieurs, pouls veineux, etc. Actuellement, l'enfant est dans une période de compensation, mais le cœur est notablement hypertrophié, la pointe battant dans le sixième espace intercostal, très en dehors du mamelon, le souffle est toujours très intense. L'interprétation pathogénique de cette endocardite est délicate en raison des infections secondaires qui se greffent souvent sur l'infection grippale. Il est probable que les lésions broncho-pulmonaires, quelle qu'en soit la nature microbienne, ont été l'intermédiaire entre l'infection grippale et la localisation endocardique.

III. Un enfant de dix mois est apporté à l'hôpital avec une angine membraneuse légère à bacille de Lœffler; il guérit en peu de jours par le traitement sérothérapique. Sa mère le reprend, mais le ramène au bout de cinq jours, dans un état alarmant, une température de 40°8, des amygdales rouges et tuméfiées sans points blanchâtres, une adénopathie sous-maxillaire marquée, un écoulement nasal muco-purulent. L'examen bactériologique fait constater l'absence de Lœffler et donne une culture à peu près pure de staphylocoques. Le troisième jour, nous constatons un léger souffle à la base du poumon gauche. L'enfant succombe le soir même. A l'autopsie, on trouve un petit noyau de pneumonie lobulaire à gauche. Du côté du cœur, une couronne de petites végétations récentes se présente sur le bord de la valvule mitrale sur sa face auriculaire. L'ensemencement du sang du cœur et de la rate donne du staphylocoque. L'endocardite, ici, n'eut pas le temps de se constituer en lésion organique chronique. Au point de vue pathogénique, elle me paraît relever directement de l'infection à staphylocoques, la diphtérie antérieure ayant pu préparer le terrain au développement et surtout à l'allure grave de l'infection secondaire.

### SUR LA DIARRHÉE VERTE DES NOUVEAU-NÉS

Par le docteur RUFFIÉ (de Gardanne).

La maladie qui cause la plus forte mortalité parmi les enfants du premier âge est la dyspepsie gastro-intestinale des nourrissons.

Nous l'avons décrite sous le titre de diarrhée verte des nouveau-nés, du nom du syndrome prédominant de la maladie.

On évalue à 50000 environ le nombre des enfants, âgés de moins d'un an, que l'infection gastro-intestinale enlève par an à la France.

On peut, par des moyens autant prophylactiques que curatifs, réduire le chiffre trop élevé de cette léthalité.

La dyspepsie gastro-intestinale des nourrissons est une maladie infectieuse, caractérisée par trois périodes : une première, de dyspepsie, marquée par des vomissements alimentaires de lait caillé et par des selles grumeleuses et

(1) ACHARD et LÉVY, *Iconographie de la Salpêtrière*, 1898.

panachées (mélange de jaune, de blanc et de vert); une deuxième, de diarrhée verte, selles couleur jus d'épinards bouillis; une troisième période d'athrepsie ou de dessèchement, résultat de l'intoxication de l'organisme.

Indigestion, infection, intoxication, telles sont les trois phases d'évolution de la maladie.

Tous les nourrissons de zéro à un an peuvent être atteints de diarrhée verte; mais les nouveau-nés et ceux qui n'ont pas dépassé l'âge de trois mois y sont le plus exposés.

Les causes les plus ordinaires de la diarrhée verte des nouveau-nés sont :

Pour les enfants allaités au sein :

Une alimentation vicieuse, dans les premiers jours de la vie, avant la montée du lait de la mère et la prise du sein par l'enfant;

Un retard trop différé dans le placement des nouveau-nés mis en nourrice;

L'abus et même l'usage des purgatifs, aussi inutiles que dangereux pour l'expulsion du méconium;

Les abcès du sein ou la galactophorite des nourrices;

L'inobservance des règles d'un bon allaitement : tétées trop copieuses et de trop longue durée.

Pour les enfants soumis à l'allaitement mixte ou à l'allaitement artificiel :

Les farines alimentaires;

Le lait de vache ou de chèvre cru ou simplement bouilli;

La surcharge alimentaire, quand on donne au nourrisson, par repas, une ration trop forte de lait stérilisé.

Prophylaxie. — La prophylaxie de la diarrhée verte des nouveau-nés réside dans la suppression des causes ci-dessus énumérées et dans les conseils à donner aux parents d'avoir la nourrice sur lieu le jour même ou le lendemain au plus tard de la naissance.

Sur 120 enfants, placés en nourrice, dont 106 d'entre eux ont été retirés, après douze mois d'allaitement, dans les meilleures conditions de santé;

18 guérisons sur 21 autres nourrissons de tout âge, les uns allaités artificiellement dès la naissance; les autres atteints de diarrhée de sevrage et de gastro-entérite aiguë, à l'époque critique des chaleurs, ont établi en nous cette conviction qu'on peut, par le seul usage du lait stérilisé, à l'exclusion de tout autre aliment et de tout médicament, abaisser au-dessous de 10 p. 100 la mortalité de la petite enfance, encore trop élevée.

## DU TÉTANOS PUERPÉRAL

Par le docteur Paul Sépet.

Le tétanos puerpéral est une affection assez rare. Rose ne relève en effet que 3 cas sur 100 cas de tétanos. Il succède, soit à l'accouchement à terme (80 cas), soit à l'avortement (55 cas), surtout à l'avortement du troisième mois. A côté des causes banales : multiparité, âge avancé des parturientes, exposition au froid, émotions, il convient d'assigner une grande place aux interventions faites dans de mauvaises conditions : délivrance artificielle, tamponnement vaginal, forceps, version, ulcérations de tumeurs, périnéorraphie; pour l'avortement, c'est l'avortement provoqué et surtout l'avortement criminel qui fournit la majorité des cas. Enfin, l'on a pu observer la contagion directe dans les épidémies de maternité; Rubeska rapporte trois cas où l'infection a dû être transmise d'une femme à l'autre par l'interne du service; le point de départ peut avoir été un enfant atteint du tétanos des nouveau-nés; d'autres fois, comme dans le cas de Danion, c'est un tétanos traumatique qui est l'origine de la contagion. Le début a lieu vers la fin de la semaine consécutive à l'accouchement par le trismus et surtout par la contracture des muscles du pharynx rendant toute alimentation impossible; l'auteur insiste beaucoup sur la présence constante de cette dysphagie. Dans les formes pures très rares, la température ne s'élève qu'à la fin de la maladie, lorsque apparaissent les phénomènes d'épuisement. L'élévation thermique, au début ou avant l'apparition des accès, est due à des complications septiques, dues surtout au streptocoque. Le pronostic est excessivement grave, la mortalité s'élève à 88 p. 100; la mort se produisant soit par un spasme de la glotte, soit par épuisement nerveux, rarement à la suite de complications (broncho-pneumonies, péritonites, etc.). La mort survient en général le troisième jour; au delà du septième jour, la guérison est la règle. Le traitement visera d'abord la destruction du foyer infecté, c'est donc l'hystérectomie totale ou l'opération de Porro qui devra être exécutée. Cette intervention a fourni un beau succès à Irwing. La deuxième indication sera celle de combattre l'intoxication des centres nerveux par les injections intra-cérébrales d'antitoxine. Le traitement médical ne devra pas être négligé, les malades seront soumises à l'action de la chaleur humide et recevront des injections de morphine (Babinski).

La première des deux malades observées par le docteur Sépet était une primipare de vingt-trois ans, qui accoucha à terme dans une *écurie* d'un enfant bien portant, et qui, atteinte de trismus, le quatrième jour après son accouchement, mourut en trois jours, malgré l'injection sous-cutanée de 80 centimètres de sérum. Les lochies, la terre, le fumier inoculés à des cobayes permirent de déceler le bacille de Nicolaïer.

Le deuxième cas concerne une multipare qui, à la suite de violences, avorta au troisième mois. La malade mourut en quatre jours avec des accidents tétaniques, mais présenta des signes très nets de broncho-pneumonie. Les deux malades habitaient le même quartier, il a été pourtant impossible de retrouver le mode de contamination.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 novembre 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### RAPPORTS

**Prix Civrieux.** — M. Magnan lit le rapport sur le prix Civrieux. Le sujet donné était le suivant : Des obsessions morbides. Plusieurs mémoires ont été adressés.

**Prix Larrey.** — M. Marty analyse les travaux adressés pour le prix Larrey.

### DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR LES INJECTIONS COAGULANTES

M. Lancereaux répond aux diverses objections qui ont été faites par MM. Huchard et Laborde, à sa méthode de traitement des anévrismes par les injections sous-cutanées de sérum gélatinisé.

Il rappelle ses expériences sur les animaux qui ont montré que, très peu de temps après l'injection sous-cutanée de gélatine, le sang de la circulation générale sorti des

vaisseaux se coagule en quelques minutes. Chez l'homme, jamais M. Lancereaux n'a observé de coagulations ailleurs que dans la poche anévrismale.

Donc, employée avec précaution, cette méthode donne d'excellents résultats dans des cas désespérés.

### COMMUNICATIONS

**Toxicité de l'appendicite.** — M. DIEULAFOY fait une communication sur ce sujet. La nature infectieuse de l'appendicite est bien connue et il n'y a pas lieu de revenir sur ses méfaits à ce point de vue. Mais l'appendicite n'est pas seulement une maladie infectieuse, c'est aussi une maladie toxique. En présence d'une appendicite, on peut donc avoir le choix de la mort par infection ou de la mort par intoxication... si le chirurgien n'intervient pas à temps.

M. Dieulafoy relate ici plusieurs expériences qu'il a faites, avec son chef de clinique, sur des cobayes : si l'on prend, d'une part, du liquide contenu dans l'appendice transformé en cavité close et, d'autre part, du liquide hors de cette cavité, que l'on filtre les deux bouillons ensemencés avec ces liquides et qu'on les inocule à des cobayes, on constate que le premier est toxique, tandis que le second ne l'est pas; les cobayes auxquels on inocule le filtrat n° 1 meurent intoxiqués, tandis que ceux auxquels on inocule le filtrat n° 2 résistent et ne présentent aucune altération. Les faits cliniques viennent d'ailleurs confirmer ces faits expérimentaux. M. Dieulafoy rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-six ans qui arrive à l'Hôtel-Dieu le mercredi, se plaignant de souffrir du ventre depuis le dimanche matin et présentant une teinte subictérique. En interrogeant avec soin ce malade, on apprend que le point de départ de sa douleur correspond exactement au point de Mac Burney, qu'il a eu quelques vomissements, etc. Enfin la qualité et le siège de la douleur joints aux autres symptômes permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une appendicite. Il n'y a pas eu d'élévation de la température, mais le pouls est à 106. On examine les urines, on trouve de l'urobilinurie et de l'albuminurie. M. Dieulafoy conseille l'opération qui est aussitôt pratiquée dans le service de M. Duplay. On trouve un abcès du péritoine et un appendice perforé et gangrené. Le premier jour, le malade conserve encore un mauvais faciès, il y a encore de l'urobilinurie et un peu d'albuminurie. Les jours suivants, il se remet et guérit très rapidement. Il était complètement désintoxiqué trois jours après l'opération.

En présence de ce fait, M. Dieulafoy a cherché à se rappeler les différents cas d'ictère coïncidant avec l'appendicite. Il y a six semaines, il est appelé auprès d'un jeune garçon présentant tous les caractères de l'appendicite et, en même temps, une teinte subictérique. M. Segond l'opère et trouve une péritonite diffuse, presque généralisée. Ce garçon a bien guéri et la teinte subictérique a promptement disparu. M. Dieulafoy a aussi poursuivi son enquête auprès de ses collègues, médecins ou chirurgiens des hôpitaux, et il a pu réunir ainsi un certain nombre de faits.

Un jeune homme, atteint d'appendicite et d'un peu d'ictère, consulte M. Dreyfus-Brisac qui fait venir M. Hartmann et, d'accord avec lui, conseille l'opération. Celle-ci est refusée, on traite le malade par la glace, l'opium et la diète. Il guérit des phénomènes appendiculaires, mais il conserve sa teinte ictérique. Huit mois après, M. Hartmann est rappelé pour une nouvelle crise d'appendicite, il opère d'urgence et le malade guérit en même temps que disparaissent son ictère et son albuminurie.

M. Dieulafoy rapporte plusieurs observations analogues et il en conclut qu'avec l'appendicite infectieuse, il faut admettre une appendicite toxique avec complications du côté du foie, avec ictère toxique d'origine appendiculaire. Il y a donc une différence à établir entre l'appendicite infectieuse et l'appendicite toxique; il y a lieu également d'admettre des différences au point de vue du diagnostic entre ces deux variétés.

Cette intoxication d'origine appendiculaire ne se porte pas seulement sur le foie; il peut aussi y avoir des intoxications cérébrales, cérébro-spinales, bulbaires. M. Dieulafoy cite l'exemple d'une malade ayant eu trois attaques d'appendicite. A la troisième attaque on décide et on pratique l'opération. Les jours suivants, elle présente des symptômes d'intoxication bulbaire et meurt de cette intoxication, malgré l'opération qui l'avait débarrassée de son appendicite. Une autre malade est opérée en pleine crise d'appendicite, n'ayant cependant pas eu de fièvre. On avait trouvé une gangrène de l'appendice. Cette malade, sans fièvre, sans aucun symptôme méningitique, pousse des cris stridents, hydrencéphaliques, et meurt intoxiquée. M. Gérard Marchant a récemment observé un cas semblable chez une jeune fille.

M. Routier a rencontré deux cas d'ictère coïncidant avec une appendicite. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une religieuse qui est morte intoxiquée.

Tous ces faits démontrent qu'on peut être intoxiqué par une appendicite, que les cellules du foie, du rein, de l'encéphale peuvent se trouver altérées par cette intoxication appendiculaire.

L'appendicite est donc doublement redoutable et par le fait de l'infection et par le fait de l'intoxication.

M. Dieulafoy termine par les conclusions suivantes. (Voir au Premier-Paris.)

### LECTURES

**De la cure de la tuberculose ganglionnaire par les injections d'euphorbe.** — M. PÉNIÈRES (de Toulouse) a donné lecture, l'année dernière, d'un travail sur le traitement des maladies chirurgicales de la tuberculose par les injections d'une émulsion de résine d'euphorbe.

Aujourd'hui, le nombre de ses observations s'étant considérablement accru et l'excellence de son procédé étant, pour lui, hors de doute, il vient entretenir l'Académie d'un côté particulièrement intéressant de la question : de l'application du procédé à la cure des adénites tuberculeuses si fréquentes dans la région du cou.

Il rappelle sa technique opératoire, piqûres de la peau presque indolentes au niveau des ganglions malades, et formule la théorie de l'action de l'euphorbe sur le système lymphatique.

Les adénites monoganglionnaires sont ordinairement guéries par deux ou trois piqûres espacées.

M. Pénières cite l'observation d'une jeune fille de quatorze ans, qui présentait une polyadénite monstrueuse du côté du cou, — du côté gauche, pour une tumeur analogue, elle avait subi plusieurs opérations chirurgicales qui avaient balafré son cou de cicatrices vicieuses; — à droite, elle était presque inopérable; la tumeur, de la grosseur d'une tête de fœtus, s'enfonçait dans le creux sus-claviculaire, en haut elle comprimait le conduit auditif et déterminait de la surdité, sa surface était parsemée d'ouvertures fistuleuses qui suppuraient abondamment, et la respiration était devenue difficile. En quelques mois, au moyen d'une dizaine de piqûres faites très irrégulièrement, l'enfant a guéri; les tumeurs ont disparu, la peau est devenue souple et blanche et la surdité par compression a disparu.

M. Pénières ne saurait trop engager les praticiens à se servir d'un procédé, inoffensif quand il est employé avec précaution, qui rend la méthode sanglante superflue, et qui préviendra toujours les cicatrices vicieuses du cou.

**Traitement chirurgical du ptosis.** — M. MOTAIS (d'Angers) fait une communication sur le traitement du ptosis par une méthode opératoire nouvelle du ptosis par la sup-

pléance du muscle droit supérieur, dont voici les conclusions :

1° La greffe tarsienne du muscle droit supérieur sera contre-indiquée, cela va de soi, lorsque la paralysie du muscle droit supérieur accompagnera celle du muscle releveur de la paupière. Aucune autre contre-indication ne lui paraît exister.

2° La greffe tarsienne seule, modifiée au besoin comme dans sa dernière opération, suffira, dans la plupart des cas de ptosis incomplet et complet. Des paupières lourdes, épaissies par des blépharites chroniques, nécessiteront probablement la combinaison de la résection à la greffe tarsienne.

3° Les résultats obtenus par la greffe tarsienne sont vraiment parfaits et rétablissent les conditions physiologiques normales des mouvements de la paupière, comme l'Académie pourra le constater sur l'opérée qu'il a l'honneur de lui présenter.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat. — Anatomie* (séance du 7 novembre) : M. Bergeron, 9. — Mlle Pariselle et M. Sébilleau, 8. — MM. Assicot, Baup, Descamps et Ribadeau-Dumas, 6. — Bricet et Montais, 4. — Bentz, 3.

(Séance du 8 novembre) : MM. Paul Percheron, 12. — Brocard, Mircouche, Moricheau-Beauchant, 10. — Léri, 7. — Bonneau et Courtellemont, 6. — Beaujard et Tassin, 5. — Regnard, 3.

*Pathologie* (séance du 7 novembre) : MM. Laubry et Legroux, 14. — Hallopeau, 13. — Gennet, 12. — Aribat, 11. — Dionis du Séjour, 9. — Cruet, 7. — Eloy et Pied, 6. — Preciado y Naval, 5.

(Séance du 8 novembre) : MM. A. Garrigues et Detot, 13. — Le Gambier, 12. — Gougis, 11. — Pamard, 10. — Lemaître, 9. — Fontanié et Goulard, 8. — Bréal et Cotar, 7.

*— Hôpital de Moulins.* — Une médaille d'argent de deuxième classe est décernée, par le ministre de l'Intérieur, à Mme Ferreyrolles, en religion sœur Françoise, de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul, à l'hôpital de Moulins ; 1860-1898 ; trente-huit ans de services les plus dévoués.

— M. le médecin de deuxième classe Auregan, provenant des troupes de l'Indo-Chine, est affecté au 1er d'artillerie de marine, à Lorient.

M. le médecin de deuxième classe Béraud, aide-major au 6e d'infanterie de marine à Brest, ira servir à l'artillerie de la Martinique (emploi créé).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Harold Faure-Miller, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de trente-quatre ans.

*— Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Landouzy a commencé le cours de thérapeutique le mercredi 9 novembre 1898, à trois heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Programme du cours : Médications antihémorragiques. Indications thérapeutiques et médications dans l'arthritisme. Médications analgésique, anesthésique et hypnotique.

M. le professeur Ch. Richet a commencé le cours de physiologie le mercredi 9 novembre 1898, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. le professeur Le Dentu commencera le cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker, le vendredi 11 novembre 1898, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — Opérations les mardis et vendredis dans le grand amphithéâtre, après la leçon, et le jeudi, à neuf heures et demie, dans le service spécial de gynécologie.

M. Marfan, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies infantiles, à l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi 11 novembre 1898, à dix heures du matin, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. — M. le docteur Jacquet, médecin des hôpitaux : Maladies de la peau, les mercredis à dix heures. — M. le docteur Cuvillier : Maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les samedis à dix heures. — M. le docteur Larat : Électrothérapie, les jeudis à dix heures.

M. le professeur Farabeuf commencera le cours d'anatomie, le vendredi 11 novembre 1898, à quatre heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : La colonne vertébrale et la tête.

M. le professeur Guyon reprendra ses leçons sur les maladies des voies urinaires, le samedi 12 novembre 1898, à neuf heures, à l'hôpital Necker, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

M. le professeur G. Hayem commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le samedi 12 novembre 1898, à dix heures, au pavillon Moïana, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — Les mardis et samedis : leçon sur les malades. Le jeudi : technique clinique, par M. le docteur Thiercelin, chef de clinique.

M. le professeur Potain commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le samedi 12 novembre 1898, à dix heures, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure. — La visite des malades aura lieu à huit heures et demie du matin. — Leçons de séméiologie, par M. Brodier, chef de clinique adjoint, les vendredis, à dix heures. Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef de laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

M. le professeur Gautier, membre de l'Institut, commencera le cours de chimie médicale, le samedi 12 novembre 1898, à cinq heures (amphithéâtre de chimie et physique de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Phénomènes fondamentaux de la vie cellulaire, au point de vue chimique.

M. le professeur Jaccoud commencera son cours de clinique médicale à la Pitié, le mardi 15 novembre 1898, à dix heures du matin et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Une série de cours et exercices pratiques de bactériologie (sous la direction de M. le professeur Cornil, et de M. le docteur Fernand Besançon, chef du laboratoire de bactériologie) aura lieu, pendant l'année scolaire 1898-99, à des dates qui seront fixées ultérieurement. — Le premier cours commencera le mardi 15 novembre 1898, à deux heures, au laboratoire de bactériologie, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, et se continuera les jours suivants, excepté le vendredi, de deux à cinq heures. — Le droit à payer pour chaque cours est de 50 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les lundi, mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

*— Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur R. Dreyer-Dufer commencera le lundi 14 novembre 1898, à dix heures un quart, au pavillon Moïana, ses conférences pratiques d'ophtalmologie (Examen de l'œil. Maladies des yeux que doit connaître le médecin. Rapports des maladies des yeux avec les maladies générales). Il les continuera tous les lundis à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 129. — SAMEDI 12 NOVEMBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 12 NOVEMBRE 1898. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Diabète expérimental et diabète humain.

Par MM. le docteur Albert MATHIEU,
Médecin de l'hôpital Andral,
et L. NATTAN-LARRIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

L'étude expérimentale de la pathogénie du diabète sucré, commencée avec les recherches de Claude Bernard, se poursuit encore aujourd'hui, sans que la question semble près d'être définitivement résolue. Ces recherches rendaient évidente l'action du foie et du système nerveux et pouvaient servir de point d'appui également à la théorie hépatique et à la théorie nerveuse. Plus récemment, le diabète à marche rapide, le diabète maigre a été réalisé par l'extirpation totale du pancréas chez les animaux, et cette expérience a mis en relief l'influence de la sécrétion interne de cette glande sur l'évolution du sucre dans l'organisme. D'autre part, l'observation clinique a rendu évidente l'influence de la viciation préalable de la nutrition cellulaire.

Comment ces données dues les unes à l'expérimentation, les autres à l'observation, peuvent-elles se combiner, se coordonner pour servir à nous expliquer l'origine et le mécanisme du diabète sucré dans ses différentes formes cliniques : c'est ce que nous nous proposons de rechercher dans cette Revue générale.

Les théories pathogéniques du diabète sont si nombreuses et si complexes, qu'il nous a paru pouvoir être de quelque utilité d'en poser la question le plus clairement possible, en réduisant le problème et sa solution hypothétique à leur expression la plus simple.

I

**Évolution normale des hydrates de carbone dans l'organisme.** — Le sucre constitue la principale origine de la chaleur animale : il est à l'organisme ce que le charbon est à la machine à vapeur. Lorsque le muscle masséter se contracte (Chauveau et Kauffmann), il consomme trois fois plus de sucre que lorsqu'il reste au repos. Chez l'animal hibernant, la consommation de sucre est de beaucoup inférieure à celle du même animal pendant la saison d'activité. M. Bouchard, évaluant la quantité de sucre consommé par l'organisme, l'estime à 7gr2 par kilogramme chez un adulte de dix-sept ans, à 3gr7 chez un vieillard de soixante-dix ans ; or, une telle consommation de sucre suppose un renouvellement constant de cette substance dans l'organisme.

PROVENANCE DU SUCRE UTILISÉ PAR L'ORGANISME. — Le sucre brûlé par l'organisme peut provenir de trois ordres de substances : les hydrates de carbone, les substances albuminoïdes et les substances grasses.

a. *Provenance du sucre aux dépens des hydrates de carbone de l'alimentation.* — Les hydrates de carbone, partie intégrante de l'alimentation mixte normale, apportent à l'organisme, soit du sucre en nature, soit des substances amylacées, aux dépens desquelles l'organisme fabriquera lui-même le sucre dont il a besoin.

Le sucre normal du sang est le glucose. Dans l'alimentation, surtout l'alimentation de l'homme civilisé, on peut trouver d'autres variétés de sucre. On s'est demandé dans quelle mesure l'organisme pouvait utiliser le glucose fourni en nature ; dans quelle mesure il pouvait utiliser encore les autres variétés de sucre. Enfin, on a recherché sous quelle forme apparaît dans l'urine le sucre autre que le glucose, lorsqu'il en a été ingéré une quantité supérieure à celle qu'un individu donné peut élaborer et, qu'en conséquence, il apparaît de la glycosurie. Cette question de l'utilisation du glucose et des autres sucres est pleine d'intérêt, non seulement pour la physiologie normale, mais encore pour la connaissance de la physiologie pathologique du diabète et l'établissement du régime alimentaire des diabétiques.

Nous reviendrons plus loin sur le coefficient normal d'utilisation du glucose. Pour le moment, nous ne nous occuperons que du passage plus ou moins facile des différents sucres dans l'urine et de la forme sous laquelle ils y apparaissent.

Straus (1) a institué récemment d'intéressantes recherches sur ce sujet, chez des personnes prédisposées à la glycosurie alimentaire. Il a rangé les sucres dans l'ordre

(1) STRAUS. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1898, nos 18-19.

suivant, d'après la facilité décroissante avec laquelle les substances sucrées apparaissent dans les urines :

1° Galactose, 2° glucose, 3° saccharose, 4° lactose, 5° levulose.

L'amidon prendrait place dans ce tableau au voisinage de la lactose, peut-être entre le saccharose et la lactose.

Ces sucres n'ont pas toujours occupé la même place dans la série dans les inexpériences faites par d'autres auteurs, nous n'avons pas le loisir d'y insister ici.

Straus, cherchant d'après ses recherches à formuler une loi générale, admet que les sucres simples s'éliminent plus facilement que les sucres composés. Voici ce que cela veut dire. La glucose et la galactose sont des substances à molécule simple, le saccharose et la lactose sont des substances à molécule composée. Le saccharose peut se dédoubler en sucre levogyre et en sucre dextrogyre; la lactose en glucose et en galactose.

Sous quelle forme apparaît le sucre dans l'urine après ingestion des diverses substances précédentes?

La galactose sous forme de galactose;

L'amidon sous forme de dextrose;

Le saccharose, pour la plus grande partie sous forme de sucre de raisin.

La lévulose sous forme de levulose.

La lactose, dans un cas tout au moins, s'est éliminée en partie sous forme de sucre de raisin (glucose).

Tels sont les résultats obtenus par Straus; Linossier et Roque ont vu le sucre de canne (saccharose) amener dans l'urine l'apparition d'une quantité de glucose, variant de simples traces à 83 p. 100, soit chez l'homme sain, soit chez les diabétiques. La lactose a de même donné lieu à l'apparition dans l'urine d'une quantité de sucre de raisin variable suivant les cas. Külz, Worm-Müller, Siegen, Fritz Voit, ont vu également la glucose dans les urines après l'ingestion de lactose. D'après Linossier et Roque, la levulose s'élimine sous forme de levulose, la galactose sous forme de galactose.

Les sucres composés (saccharose, lactose), sont dédoublés dans l'intestin en proportion plus ou moins considérable suivant les personnes et suivant les quantités ingérées : de là, des variations dans la proportion et dans la forme des produits de dédoublement qui peuvent se rencontrer dans l'urine. Il faut tenir compte en plus du coefficient d'utilisation du sucre pour chaque individu.

Toutefois la plus grande partie du sucre n'est pas fournie directement par les matières sucrées : elle résulte des transformations que subit l'amidon sous l'influence des sucres digestifs, de la salive et du suc pancréatique. Par suite de l'action de ces diverses sécrétions, l'amidon subit en effet toute une série de transformations, amidon soluble, dextrine, maltose, dont la glucose représente le dernier terme. Ainsi les matières sucrées et amylacées se sont transformées en des substances sur lesquelles va de plus s'exercer l'action du foie.

b. *Production du sucre aux dépens des substances albuminoïdes.* — Cette évolution organique a été longtemps discutée et contestée. Les recherches récentes ont pourtant nettement prouvé aujourd'hui que les albumines peuvent donner du sucre. On trouve du glycogène dans le foie des chiens nourris avec de la viande, dont les hydrocarbures ont été éliminés par une ébullition prolongée (Wolfberg, Naunyn). Il en est de même si on nourrit l'animal avec de la fibrine, de la caséine, de l'albumine. Pourtant, suivant Lang et Siegen, les albuminoïdes produisent moins de glycogène que les féculents. D'après des recherches récentes l'évolution serait plus compliquée (Kauffmann, *Arch. phys.*, 1896). Lorsqu'il pénètre dans le sang une grande quantité d'albumine, celle-ci se dédouble rapidement et donne de la graisse. Cette graisse évolue en trois sens.

α. Une partie s'oxyde complètement aussitôt et passe par la phase glycose pour fournir l'énergie nécessaire au jeu physiologique des organes.

β. Une autre partie s'oxyde incomplètement et s'emmagasine sous forme de glycogène.

γ. La dernière partie de cette graisse reste intacte et sert à l'augmentation de la réserve graisseuse.

c. *Production du sucre aux dépens des substances grasses.* — La théorie que nous venons de résumer plus haut admet déjà que physiologiquement la graisse peut être le premier stade de la transformation de l'albumine en sucre. Les recherches entreprises sur l'animal en pleine nutrition ou à l'état de jeûne sont venues plaider dans le même sens. Lorsque l'animal reçoit la graisse en même temps qu'un fort repas de viande, il emmagasine toute la graisse (Kauffmann, *Arch. phys.*, 1896, p. 341), il en est de même lorsqu'il possède déjà une forte réserve hydrocarburée, mais si cette réserve a été entamée par un jeûne antérieur, une partie de la graisse s'oxyde immédiatement pour produire du sucre. De même à l'état de jeûne, la graisse est transformée en matière sucrée. En vingt-quatre heures, chez l'animal à jeun, la quantité de sucre qui se détruit est supérieure à celle accumulée dans l'organisme. La réserve de glycogène paraît d'ailleurs peu entamée puisque, après dix ou quinze jours, on en trouve encore dans les tissus : l'animal perd pourtant de 160 à 175 grammes par jour. Il existe, en effet, deux périodes pendant le jeûne : dans la première, l'animal vit sur la réserve hydrocarburée; dans la deuxième, il y a reconstitution de cette réserve et le sucre, dans la mesure où il se détruit, se reforme aux dépens des albuminoïdes et des graisses. L'animal dans ce cas produit donc du glycogène et du sucre aux dépens de la graisse de ses propres tissus.

Régulation de la distribution du sucre dans l'organisme par le foie et le pancréas. — Le sucre est nécessaire au fonctionnement normal de l'organisme. Le jeu des organes tout d'abord exige une quantité de sucre variable suivant les périodes et le sucre doit être en plus grande quantité dans le sang au moment d'un exercice violent; c'est ainsi que la glycémie s'accroîtrait chez le cheval au cours d'un exercice musculaire, qu'elle diminuerait chez les animaux hibernants. D'autre part, l'alimentation introduit au moment des repas une quantité exagérée de sucre dans la veine porte. De là l'utilité d'un appareil régulateur capable d'emmagasiner le sucre et de ne le livrer à l'organisme qu'au fur et à mesure de ses lésions. Cet appareil régulateur est représenté par le foie et le pancréas : ce n'est donc pas un appareil simple, mais un appareil couplé, ainsi que nous le verrons plus loin. Le sucre s'accumule dans le foie sous forme de substance glycogène, ainsi que l'a démontré Cl. Bernard. Le foie restitue au sang des veines sus-hépatiques une quantité de sucre qui, suivant M. Bouchard, peut atteindre par jour 1870 grammes. Cette quan-

tité est proportionnelle à la consommation du sucre dans l'intimité des tissus.

On trouve toutefois un autre centre d'accumulation et de réserve du sucre sous forme de substance glycogène, c'est dans les fibres musculaires. Cette quantité n'est d'ailleurs pas très considérable, elle ne dépasse guère 100 grammes pour l'organisme, soit une quantité deux fois moindre que celle du foie. Le muscle trouve donc toujours à sa disposition une certaine quantité de combustible immédiatement utilisable. Cette réserve est en corrélation avec l'activité de la glycogénie du foie qui met en circulation plus de sucre lorsque le muscle en consomme davantage (Chauveau et Kauffmann).

Utilisation du sucre. — Le sucre par sa combustion sert à produire dans l'organisme animal la chaleur et l'énergie. Le travail mécanique et la chaleur peuvent se transformer l'un dans l'autre d'une façon équivalente, la même quantité de chaleur donnant toujours la même quantité de travail mécanique et réciproquement. Il est donc possible de calculer la quantité de sucre que doit consommer l'organisme pour produire le travail musculaire, tout en maintenant la chaleur animale. Cette évaluation n'est évidemment pas fixe, elle doit varier avec l'âge, le poids, l'état de l'individu, son mode d'activité. On peut pourtant arriver à une évaluation moyenne.

« En tenant compte de la part qui revient aux muscles dans la masse totale du corps, dit M. Bouchard, la perte moyenne de sucre par kilogramme de sang et par révolution totale ne serait guère que de 4 centigrammes, ce qui, pour un homme de 65 kilogs, donnerait en vingt-quatre heures 370 grammes. »

Les hydrates de carbone subissent donc diverses destinées dans l'organisme. Une partie fournit immédiatement les éléments de combustion respiratoire du travail physiologique (Laulanier, *Arch. de phys.*, 1896), elle subit des oxydations successives dont le résultat est représenté par une élimination d'eau et d'acide carbonique ; une autre partie peut s'accumuler sous forme de graisse. On sait depuis longtemps que l'on peut engraisser les animaux en leur donnant une ration alimentaire riche en hydrates de carbone.

En tout cas, à l'état normal, il ne doit pas passer dans les urines de sucre en quantité appréciable à nos réactifs.

## II

**Passage du sucre dans les urines.** — Glycosurie et diabète expérimentaux. — Il n'en est pas de même dans certaines circonstances pathologiques dans lesquelles le sucre passe dans les urines en quantité notable. Sa présence est rendue évidente par le réactif cupropotassique, la potasse, le polarimètre, la fermentation en présence de la levûre de bière, etc.

Le passage du sucre dans l'urine constitue la glycosurie qui n'est qu'un phénomène passager sans importance par lui même, sans danger pour l'organisme, si elle est modérée et passagère, la glycosurie doit nettement être distinguée du diabète. Elle ne constitue qu'un élément symptomatique dans l'histoire de cette maladie. Il peut y avoir glycosurie sans qu'on soit en droit de dire qu'il y a diabète. Le diabète est une affection chronique persistante capable de mettre plus ou moins rapidement la vie en danger. La glycosurie ne représente que l'une des manifestations de cet état morbide. En même temps qu'une déperdition de sucre, en général plus considérable que celle de la simple glycosurie, on observe dans le diabète, assez souvent, de l'azoturie et une tendance plus ou moins rapidement marquée à l'amaigrissement et à la cachexie.

Lorsqu'on cherche à expliquer le passage anormal du sucre dans les urines, on ne peut faire que trois hypothèses fondamentales.

*a.* Le sucre a été livré en excès à la circulation sanguine.

*b.* Son utilisation a été diminuée.

*c.* Il y a eu à la fois production de sucre en excès et diminution de son élimination.

Nous allons passer en revue les données expérimentales et cliniques que l'on peut utiliser pour la solution de ces problèmes.

Commençons par l'étude de la glycosurie et du diabète expérimentaux.

*Piqûre du quatrième ventricule et lésions nerveuses diverses.* — Claude Bernard est le premier qui ait produit expérimentalement non le diabète vrai, mais une glycosurie passagère. Cette expérience célèbre consiste, on le sait, dans la piqûre du plancher du quatrième ventricule. Quelques heures après la piqûre, le chien présente de la polyurie et de la glycosurie. Ces phénomènes sont du reste susceptibles d'être dissociés.

Lorsque la piqûre est faite sur la ligne médiane du plancher du quatrième ventricule, exactement au milieu de l'espace compris entre l'origine des nerfs acoustiques et pneumogastriques, elle amène la polyurie et la glycosurie ; faite plus haut, elle ne donne plus qu'une polyurie albumineuse ; faite plus bas, qu'une glycosurie sans augmentation du volume des urines. Au bout de quelques jours, le sucre disparaît des urines, la polyurie cesse. Le mécanisme par lequel la lésion bulbaire amène la glycosurie passagère, c'est l'excitation de la fonction glycogénique du foie. Cette expérience réussit d'ailleurs beaucoup mieux sur les animaux vigoureux et bien portants que sur les autres.

La lésion du plancher du quatrième ventricule n'est pas la seule irritation du système nerveux par laquelle on puisse produire le glycosurie. Schiff l'a obtenue en lésant successivement la protubérance, la moelle allongée, la moelle lombaire, les faisceaux postérieurs de la moelle. Il l'a vue survenir même après des lésions des nerfs périphériques. Elle peut se montrer encore après des traumatismes diffus du crâne ; ce que l'on a observé aussi bien dans le laboratoire chez le chien, qu'en clinique chez l'homme.

Les nerfs pneumogastriques paraissent être la voie centrifuge par laquelle l'excitation directe ou réflexe des centres bulbaires se trouve transmise au foie, de façon à augmenter dans une proportion notable son activité fonctionnelle, ce qui l'amène à déverser dans le sang une quantité exagérée de sucre et à produire successivement l'hyperglycémie et le glycosurie.

Rien de plus facile en s'appuyant sur ces données expérimentales que de forger des hypothèses capables d'expliquer le diabète nerveux et le diabète gras. Malheureusement pour la théorie, le diabète nerveux expérimental n'es pas un véritable diabète, mais une simple glycosurie passagère.

La glycosurie, qui s'observe aussi à la suite de divers empoisonnements, a été quelquefois rapprochée de cette gly-

cosurie nerveuse; dans les deux cas, la glycosoformation hépatique serait exagérée, mais en réalité, il s'agit d'actions toxiques complexes dont l'analyse reste encore difficile : oxyde de carbone, acide cyanhydrique, nitrite d'amyle, etc. On l'a vue encore après de fortes pertes de sang, l'asphyxie, les injections intra-veineuses de solutions salées, etc.

*Glycosurie par ingestion exagérée de substance sucrée.* — Chez les animaux et chez les hommes sains, l'alimentation peut introduire dans le tube digestif une grande quantité d'amidon sans que du sucre passe dans les urines. L'absorption et l'élaboration se font en effet progressivement et le sucre ainsi produit est exactement le sucre physiologique. Il n'en va plus de même lorsque le sucre est absorbé en nature.

Il semble qu'il existe normalement une très faible quantité de sucre dans les urines (Pavy, Abelès, Worm-Müller, Gautier). Mais cette glycosurie, qui peut être démontrée par l'emploi de quelques réactions chimiques, n'est pas reconnaissable par nos procédés habituels. On dira donc qu'il y a glycosurie alimentaire chaque fois qu'à la suite de l'ingestion d'un sucre donné cette glycosurie deviendra cliniquement appréciable.

Dès lors, on peut concevoir toute une série de causes susceptibles de faire apparaître la glycosurie alimentaire : les unes tenant à la nature du sucre ingéré, les autres au mode d'élaboration de l'organisme qui le reçoit.

Les recherches de Worm-Muller, Hofmeister, Krause et Ludwig, Linossier et Roque, von Noorden et Straus ont fait voir que la glycosurie passagère se produit plus ou moins facilement chez chaque individu. La même dose d'hydrates de carbone ne suffit pas à la produire chez tous.

Il y a donc un *coefficient personnel* d'utilisation des hydrates de carbone et du sucre.

En réalité, il s'agit là de quelque chose de complexe. Les hydrates de carbone et les sucres sont tout d'abord soumis à l'action des sucs digestifs; les viciations de fonctionnement du tube digestif peuvent donc en faire varier l'utilisation. Ainsi s'explique, comme l'ont vu Linossier et Roque, qu'un léger trouble dyspeptique puisse momentanément faire apparaître la glycosurie chez un homme qui n'en présentait pas auparavant à dose égale.

Dans d'autres cas, des individus présentant de la glycosurie alimentaire habituelle cessent brusquement d'en avoir sans que le phénomène soit explicable.

On avait pensé que l'apparition du sucre dans les urines pourrait, chez les personnes atteintes d'une maladie du foie, indiquer la lésion des cellules hépatiques devenues incapables de retenir les hydrates de carbone sous forme de glycogène, elles laisseraient des quantités trop considérables de sucre pénétrer dans le sang. D'une série de recherches entreprises par von Mehring, Frerichs, Krause et Ludwig, Bloch, Linossier, il résulte que cette expérience n'a aucune valeur pour apprécier le fonctionnement glycogénique et l'état des cellules du foie. La glycosurie alimentaire peut assez souvent en effet se rencontrer chez des personnes n'ayant aucune lésion du foie.

Pourtant, ces sujets sont-ils des sujets sains? Roque et Linossier admettent que l'apparition de la saccharosurie ou de la glycosurie à la suite d'ingestion de saccharose semble en rapport avec l'arthritisme; Straus arrive à des résultats analogues; Achard a repris plus dernièrement ces recherches en employant la voie hypodermique, de façon à rechercher directement le coefficient d'utilisation ou d'oxydation du sucre en dehors de l'action du tube digestif et du foie.

On ne peut guère encore tirer de conclusions fermes de ces diverses expériences. En effet, les sucres employés sont obtenus artificiellement, plusieurs d'entre eux ne figurent pas dans la composition de l'organisme, ne se rencontrent jamais spontanément dans l'urine des diabétiques. Ces sucres agissent donc à la façon de substances étrangères. Le glucose lui-même, même pur, n'est sans doute pas identique au sucre contenu normalement dans le sang.

Il paraît cependant acquis que la glycosurie alimentaire, en dehors des maladies destructives du foie, se rencontre de préférence chez des personnes prédisposées au diabète. Elle est constante dans le diabète gras : c'est l'indice d'une diminution pour l'organisme du pouvoir d'utilisation des hydrates de carbone. En tout cas l'épreuve de la glycosurie alimentaire n'a aucune valeur pour le diagnostic des lésions destructives de la cellule hépatique.

Glycosurie phloridzique. — La phloridzine est un glycoside qu'on extrait de l'écorce de la racine des pommiers et des cerisiers. En 1886, von Mehring s'aperçut que l'administration d'une certaine quantité de cette substance amenait l'apparition du sucre dans l'urine des animaux et de l'homme. La glycosurie cesse dès que l'ingestion de la phloridzine est suspendue (1). La dose du sucre peut atteindre et dépasser 10 p. 100 du poids de l'urine. La glycosurie se montre même chez des animaux qu'on a soumis à un jeûne assez prolongé pour qu'il ne reste plus ou qu'il ne reste que des traces de glycogène dans le foie et les muscles; de plus, le sang des animaux présente pendant l'action de la phloridzine une *diminution* notable de sa richesse en glucose. On est ainsi amené à admettre que la glycosurie phloridzique résulte de ce que les reins ont perdu la propriété de retenir la glucose du sang : leur épithélium le laisse filtrer dans l'urine; ce serait donc un diabète d'origine rénale. La glycosurie se continuant après l'épuisement de la réserve glycogénique du foie, on est bien obligé d'admettre sa formation aux dépens des substances albuminoïdes et peut-être de la graisse de l'alimentation et même de l'organisme. L'interprétation du diabète phloridzique est pourtant encore à l'étude.

Diabète expérimental par ablation du pancréas. — Dans les expériences précédentes, on arrivait à produire de la glycosurie, mais non le diabète vrai. La glycosurie était passagère et non définitive, et elle n'amenait pas la déchéance progressive de l'organisme et la mort.

L'ablation totale du pancréas permet de réaliser un véritable diabète ayant tous les caractères du diabète maigre de l'homme.

On avait pensé déjà que les lésions du pancréas pouvaient être la cause du diabète, ce fut surtout Lancereaux qui défendit et vulgarisa l'idée du diabète pancréatique. Ses publications et celles de ses élèves (2) firent voir que l'on rencontre assez souvent des lésions destructives du pancréas, chez les personnes qui ont succombé après avoir présenté tous les symptômes du diabète maigre.

En 1890, von Mehring et Minkowski parvinrent à extirper

(1) Von Noorden. *Die Zuckerkrankheit*, p. 20.
(2) Lapierre. Th. de Paris, 1876.

totalement le pancréas et à conserver en vie les chiens ainsi mutilés. Ils virent se reproduire avec une grande exactitude tous les traits du diabète maigre : la polyphagie, la polydipsie, la polyurie, la glycosurie, l'azoturie, l'amaigrissement considérable. Les animaux succombaient après une période de cachexie progressive, et présentaient souvent des manifestations analogues au coma diabétique.

Ces expériences furent reproduites avec un succès plus ou moins grand, par une série d'observateurs, parmi lesquels on peut signaler en France, Thiroloix, Lépine, Gley, Hédon. Quelques expérimentateurs parurent arriver à des résultats en contradiction avec ceux des expériences de von Mehring et de Minkowski. Ces contradictions apparentes tenaient à ce que le pancréas n'avait pas été totalement extirpé. Actuellement, on peut considérer comme définitivement établi que l'extirpation totale du pancréas amène toujours la production du diabète maigre ; que l'extirpation partielle, si elle provoque l'apparition du sucre dans les urines, ne produit qu'une glycosurie passagère, que l'on pourrait rapprocher de la glycosurie par lésion nerveuse.

Quel est le mécanisme du diabète expérimental, consécutif à l'ablation *totale* du pancréas?

Comme le suc pancréatique intervient d'une façon active dans la digestion des hydrates de carbone dans l'intestin, on s'est demandé si l'interruption de sa sécrétion n'était pas la cause de la mauvaise élaboration du sucre et de son passage dans l'urine. La ligature du canal de Wirsung, près de son embouchure dans le duodénum, n'amenant nullement les mêmes résultats que l'extirpation du pancréas, on dut chercher une autre explication. Le pancréas fut détaché et en partie greffé sous la peau. On put extirper ou détruire complètement la portion restée en contact avec le duodénum, sans faire apparaître le diabète lorsque la partie greffée sous la peau eut repris toute sa vitalité. Par contre, la destruction ultérieure de cette greffe pancréatique souscutanée amène immédiatement les mêmes accidents que la destruction d'emblée du pancréas dans sa totalité.

Force est donc d'admettre que le pancréas règle l'évolution du sucre dans l'organisme, non par sa sécrétion intestinale, le suc pancréatique, mais par une sécrétion interne semblable à celle que, après les recherches initiatrices de Brown-Séquard, on a pu démontrer pour une série de glandes, et plus particulièrement pour le corps thyroïde.

Ici nous retrouvons les hypothèses fondamentales que nous avons formulées plus haut : il peut y avoir production de sucre avec excès ou diminution de sa destruction et de son utilisation.

La sécrétion interne du pancréas peut avoir pour action, à l'état physiologique, d'enrayer, de modérer la production du sucre dans le foie, ou d'augmenter sa destruction dans le sang et les tissus ; il est impossible d'échapper à ces deux hypothèses.

Voyons donc comment les auteurs ont cherché à expliquer le mécanisme du diabète suraigu expérimental.

M. Lépine (de Lyon) a proposé la théorie ingénieuse du *ferment glycolytique*, qu'il a basée sur de nombreuses expériences.

Lorsque du sang obtenu par la saignée d'un animal est abandonné à lui-même, la quantité de glycose qu'il contient diminue progressivement.

On est ainsi amené à admettre que le sang renferme une substance, vraisemblablement un ferment, qui amène la destruction du sucre. Ce ferment serait contenu dans les globules blancs ; il serait sécrété par le pancréas, il constituerait la sécrétion interne qu'on est amené à attribuer à cette glande. Chez les animaux rendus diabétiques par suppression du pancréas, ce ferment n'apparaîtrait pas, la proportion du sucre resterait constante dans le sang extrait de la veine. D'après cette théorie, il y aurait donc, dans ces conditions, diminution de la destruction du sucre dans le sang. M. Artus a objecté que la glycolyse dans le sang paraissait être, non pas un phénomène vital, mais un phénomène de décomposition post-mortem.

M. Lépine a démontré que, si M. Artus avait vu la glycolyse manquer dans le sang, c'est qu'il se plaçait dans des conditions telles que les globules blancs se trouvaient respectés : leur destruction serait nécessaire pour la mise en liberté du ferment glycolytique.

La question reste encore en suspens. Dans l'état actuel de la physiologie, il semble bien probable que la destruction du sucre, pour son utilisation dynamogénique et thermogénique, se fait dans les muscles et dans les glandes. Or, il résulterait de la théorie de M. Lépine, que cette destruction a lieu dans la masse même du sang.

III

**Théorie de l'hyperproduction.** — EXAMEN DES THÉORIES DE L'HYPERPRODUCTION ET DE LA NON-UTILISATION DU SUCRE DANS LE DIABÈTE SUCRÉ. — MM. Chauveau et Kauffmann ont été amenés, par leurs expériences, à donner une interprétation du diabète basée sur la production du sucre en excès et non plus sur le défaut de sa destruction. Le dosage du sucre dans les artères et dans les veines, chez les animaux rendus diabétiques par extirpation du pancréas, les a amenés à penser que les proportions restent normales, il continuerait à y avoir dans le sang veineux une différence en moins égale exactement à celle que l'on constate à l'état normal : il n'y aurait donc pas abaissement de l'utilisation du sucre dans le diabète expérimental.

S'il n'y a pas diminution à l'utilisation, il faut qu'il y ait augmentation de la production. Tout d'abord, ces auteurs ont admis que la sécrétion interne du pancréas agissait sur des centres particuliers de l'axe bulbo-spinal pour augmenter le fonctionnement glycogénique du foie. M. Kauffmann ayant constaté que le diabète se produisait cependant lorsqu'on avait sectionné les nerfs du foie, dut admettre que l'action régulatrice du pancréas sur le foie pouvait s'exercer directement sans intervention des centres médullaires. A l'état normal, lorsque le pancréas occupe sa situation habituelle dans l'abdomen, le sang qui en revient est versé dans la veine porte et amené ainsi directement au foie. Le foie se trouve donc bien placé pour être impressionné par la sécrétion interne du pancréas. Mais on sait que le diabète ne prend pas naissance lorsque le pancréas a été enlevé à sa situation normale et greffé sous la peau de l'abdomen par un véritable *marcotage* (Hédon, Thiroloix, etc.). Force est donc de reconnaître qu'il est suffisant que la sécrétion interne du pancréas soit versée dans la circulation générale.

On est du reste amené à se demander avec MM. Chauveau et Kauffmann si la sécrétion interne du pancréas n'a pas une action qui porte autant sur la vitalité de la masse cellulaire de l'organisme, que sur le foie lui-même. Ces auteurs faisaient intervenir une sorte d'histolyse, de désagrégation des cellules capables de fournir une quantité plus grande de

matériaux, à l'aide desquels se produisaient du glycogène et du sucre en excès.

Il paraît très logique, en effet, d'invoquer l'action de la sécrétion interne du suc pancréatique sur la vitalité de l'ensemble des éléments cellulaires de l'organisme; cette théorie est tout à fait d'accord avec ce que la physiologie nous a appris dans ces dernières années sur l'action régulatrice de la nutrition qu'exerce la sécrétion interne de certaines glandes.

Quoi qu'il en soit, on doit dès maintenant considérer comme bien établi que le pancréas et le foie constituent, selon l'heureuse expression de MM. Chauveau et Kauffmann, un *appareil couplé*, qui préside non seulement à la production, mais à la consommation du sucre dans l'organisme.

Non-utilisation du sucre dans le diabète sucré. — La théorie de MM. Chauveau et Kauffmann est, on l'a vu, basée sur la production exagérée du sucre, en vertu d'une exagération du fonctionnement du foie que ne modère plus la sécrétion pancréatique interne et, d'autre part, sur une viciation de l'histolyse. Cette théorie repose essentiellement sur une base bien peu solide : la comparaison entre les résultats donnés par l'analyse du sucre dans le sang des artères et le sang des veines, leur aurait démontré que la différence restait chez les animaux diabétiques ce qu'elle est chez les animaux sains. Le dosage du sucre dans le sang est une opération extrêmement délicate, et il est bien difficile d'éviter des erreurs relativement considérables. Les différences constatées entre la richesse du sang veineux et du sang artériel en sucre ne sont guère supérieures aux erreurs inhérentes à la méthode du dosage : il est donc bien difficile d'asseoir toute une théorie du diabète sur une donnée aussi incertaine. D'autre part, M. Lépine a reproché à MM. Chauveau et Kauffmann de s'être placés, par un régime spécial, en dehors des conditions normales de l'expérience.

Le défaut de consommation du sucre paraît, du reste, actuellement, beaucoup mieux démontré que sa production en excès, non pas dans la glycosurie nerveuse, où elle paraît réelle comme nous l'avons vu, mais dans le diabète vrai.

Hédon a vu, chez des animaux dépancréatisés, le sucre passer rapidement dans les urines où l'on retrouve du reste une quantité de sucre supérieure à celle qui a été ingérée et supérieure aussi à celle qui était éliminée avec le régime ordinaire sans ingestion de sucre en nature. Non seulement le sucre alimentaire n'est pas utilisé, mais son introduction dans l'organisme amène une déperdition de sucre qui, sans cela, n'eût pas eu lieu. C'est là un fait des plus importants au point de vue de l'établissement du régime alimentaire des diabétiques.

L'étude du *quotient respiratoire* chez les diabétiques a fourni encore un argument important à la théorie de l'utilisation insuffisante du sucre chez les diabétiques.

« L'hypothèse de la diminution du pouvoir destructif des tissus pour le sucre a trouvé un appui puissant dans les résultats auxquels sont parvenus Leo, Hanriot et aussi Weintraub et Laves, dans leurs études sur les échanges gazeux de la respiration chez les diabétiques. On voit que l'homme avec une alimentation mixte élimine moins d'acide carbonique ($CO^2$) qu'il n'absorbe d'oxygène ($O^2$). La proportion est en moyenne 9 : 10; on l'exprime par la fraction 0,9 que l'on nomme le coefficient respiratoire. Ce quotient augmente lorsque la quantité des hydrates de carbone ingérée est plus considérable, par exemple après un repas riche en sucre, il diminue et se rapproche de la fraction 0,7, lorsque des albuminoïdes ou de la graisse se trouvent consommés en proportion prédominante, par exemple après des repas dans lesquels prédominent ces substances ou bien dans l'état d'inanition. Les auteurs précités ont reconnu que, chez les diabétiques, le quotient respiratoire est très faible et qu'il n'augmente pas sensiblement par l'ingestion des hydrates de carbone, contrairement à ce qu'on observe chez des individus sains. Ces faits ont une portée considérable, on ne peut guère les expliquer autrement que parce que les cellules de l'organisme chez les diabétiques se refusent à détruire le sucre (1). »

On a objecté que, si la consommation du sucre diminuait, les réservoirs de glycogène de l'organisme devraient en regorger : or, Frerichs, von Mehring et Minkowski ont trouvé chez les animaux et chez les hommes diabétiques le foie et les organes pauvres en glycogène. Il suffit, pour répondre à cette objection, d'admettre que les reins, chez les diabétiques, laissent plus facilement le sucre passer dans les urines qu'à l'état normal. Les éléments cellulaires ayant chez les diabétiques perdu la propriété d'emmagasiner le glycogène, ils le laissent passer trop vite : le résultat ultime est son élimination en nature par l'urine. M. Bouchard a fourni récemment (2) une argumentation intéressante contre la production en excès du sucre chez les diabétiques.

Si l'on supprime totalement l'apport du sucre et des hydrates de carbone chez certains diabétiques, on observe encore quelquefois l'élimination d'une quantité considérable de sucre : 100, 150, 200 grammes. En supposant que l'organisme, pour fournir à la dépense de calorique et de force, a dû brûler 500 grammes de sucre en vingt-quatre heures, ce qui est un chiffre faible, on doit admettre que l'individu en question a dû trouver 600 grammes de sucre par jour. Cette quantité de sucre ne peut provenir que de la graisse et de l'albumine. Pour les produire, dit M. Bouchard, il faudrait 6 kilogs de graisse ou 1073 grammes de substances albuminoïdes correspondant à 5 kilogrammes de viande. « Cela supposerait en d'autres termes une polyphagie invraisemblable ou une autophagie impossible. » D'autre part, la destruction de ces 1075 grammes d'albumine devrait amener l'élimination de 160 grammes d'azote par l'urine, ce qui constituerait une azoturie très supérieure à celle que l'on constate habituellement et même aux chiffres les plus élevés d'urée qu'on ait jamais relevés. « Ainsi donc, pour expliquer par l'augmentation de la production du sucre une glycosurie même modérée, on est obligé d'admettre comme conséquence une polyphagie ou une autophagie et une azoturie telles qu'on n'en a jamais vu. La théorie se trouve jugée par l'absurde et l'objection vaut pour toutes les théories de diabète où la glycosurie est attribuée à une augmentation de l'introduction ou de la production du sucre. »

Autrefois, à la suite des recherches de Gaethgens, Pettenkofer et Voit, et des recherches instituées à la clinique de Frerichs, on avait admis que dans le diabète, surtout dans les formes graves, il y avait une destruction exagérée des substances albuminoïdes de l'organisme (3). Depuis, on a dû reconnaître que, le plus souvent, l'élimination de l'azote

(1) Von Noorden. *Loc. cit.*, p. 34.
(2) Bouchard. *Semaine méd.*, 1898, p. 202.
(3) Von Mehring. *Handb. der spec. Therapie urinerer Krank.*, 1895.

est normale ou même inférieure à la normale (Bouchard, von Mehring). La destruction exagérée des substances ne s'observe que dans les formes graves, dans le diabète maigre, en particulier à la veille d'accidents de coma diabétique.

Von Noorden a constaté directement qu'une femme diabétique n'éliminait pas plus d'azote qu'elle n'en avait ingéré par l'alimentation.

Pour que le diabétique ne perde pas de l'azote de ses masses albuminoïdes, il faut qu'il reçoive une alimentation suffisante. Comme chez lui il y a perte d'une certaine quantité de sucre, il faut que cette perte soit compensée par l'augmentation de la ration alimentaire, sans cela il produit du sucre aux dépens de sa propre substance, il désassimile des albuminoïdes et cela se traduit par l'élimination d'une quantité d'azote supérieure à la quantité ingérée.

Pour ce qui est des échanges gazeux, Pettenkofer et Voit avaient tout d'abord pensé à une diminution de l'absorption d'oxygène. Plus récemment, H. Léo, Weintraub et Laves, Kuntz et von Mehring ont constaté que les échanges gazeux ne diffèrent pas chez le diabétique de ce qu'ils sont chez l'individu sain (1).

Si l'on fait abstraction de la perte de sucre par la voie urinaire, la nutrition chez les diabétiques resterait donc semblable à la nutrition à l'état normal. La seule différence, la différence spécifique entre l'état normal et l'état diabétique, c'est que les cellules du diabétique se refusent à élaborer, à dissocier une quantité de glucose égale à la quantité que dissocient, élaborent et utilisent les cellules de l'individu sain. Le ralentissement de la nutrition est spécialisé pour le sucre, il n'est pas démontré qu'il y ait modification dans la constitution des masses albuminoïdes, viciation dans le mouvement d'assimilation et de désassimilation des substances azotées. Cette viciation apparaît tardivement dans les formes communes du diabète sucré; elle ne se montre rapidement que dans des formes très graves de diabète maigre d'emblée.

L'abaissement du coefficient d'utilisation du sucre peut permettre de déceler ce vice de la vitalité cellulaire chez les prédisposés au diabète avant que n'apparaisse la glycosurie habituelle.

Tout cela, on le comprend, est plein d'enseignement pour l'établissement de l'hygiène, surtout de l'hygiène alimentaire chez les prédisposés au diabète et chez les diabétiques avérés.

## IV

**Conclusion.** — CONCEPTION GÉNÉRALE DU DIABÈTE SUCRÉ CHEZ L'HOMME. — En résumé, nous avons appris à connaître par l'expérimentation et l'analyse physiologique la glycosurie par excès de production, par insuffisance rénale (diabète phloridzique), la glycosurie par ingestion d'une quantité exagérée d'hydrates de carbone (glycosurie alimentaire), le diabète par défaut d'utilisation du sucre. Nous avons vu le diabète vrai être produit chez les animaux par l'ablation totale du pancréas.

Le diabète pancréatique expérimental nous intéresse surtout pour l'explication du diabète humain. Ses symptômes et son évolution correspondent complètement à l'évolution et aux symptômes du diabète maigre spontané de l'homme. Le diabète par extirpation du pancréas et le diabète maigre de l'homme reconnaissent-ils donc le même mécanisme, sont-ils identiques par leur cause anatomique, aussi bien que par leurs symptômes? Il est impossible de le soutenir. En effet, dans un certain nombre de cas, on n'a trouvé aucune lésion appréciable du pancréas chez des personnes qui avaient de leur vivant présenté tout l'ensemble symptomatique du diabète maigre. D'autre part, dans les cas même où les lésions pancréatiques étaient le plus accusées, on n'a jamais trouvé une destruction complète de la glande. Or, l'expérimentation nous a appris que cette destruction complète est nécessaire pour que le diabète apparaisse chez les animaux.

Pourquoi cette contradiction? C'est que sans doute la lésion du pancréas n'est pas le seul facteur qui intervienne dans la genèse du diabète maigre de l'homme, il faut tenir compte aussi de la diminution de la vitalité générale des tissus, et plus particulièrement des propriétés glycolytiques des éléments cellulaires. Cette combinaison de l'élément pancréatique et de la diminution de la vitalité cellulaire a été fort judicieusement marquée par M. Carnot, auquel on doit de belles recherches sur la pathologie expérimentale du pancréas.

Dans le diabète gras, ce qui prédomine c'est la viciation générale de la nutrition; dans le diabète maigre, cela peut être l'élément pancréatique. Le diabète gras se fait en quelque sorte en plusieurs étapes : dans une première, les hydrates de carbone non utilisés se transforment en graisse dont la réserve s'accumule dans l'organisme; plus tard, une certaine partie du sucre non utilisé passe dans l'urine à la suite d'excès dans l'ingestion des amylacés et des féculents; plus tard encore la glycosurie devient permanente, la capacité glycolytique des cellules ayant diminué.

Si cette capacité tombe à un niveau trop bas l'ensemble symptomatique du diabète maigre peut s'établir sans qu'il y ait cependant de lésions pancréatiques. Si celles-ci se sont produites, le diabète maigre n'en succédera que plus facilement et plus rapidement au diabète gras.

On peut concevoir d'autre part que la lésion du pancréas puisse être le phénomène initial; le diabète maigre n'en est la conséquence que si la destruction de la glande est suffisamment étendue ou que s'il survient, préexiste, ou se surajoute un abaissement de l'activité nutritive et du pouvoir glycolytique de l'organisme.

On voit donc que nous pouvons dès maintenant, par la combinaison de ces deux facteurs, nous expliquer les rapports observés en clinique entre le diabète gras et le diabète maigre, et nous représenter les ressemblances et les différences qui existent entre le diabète expérimental des animaux et le diabète spontané de l'homme.

---

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (IIe SESSION)

### DES PURPURAS DE L'ENFANCE

(*Rapport du docteur* L. PERRIN.)

Le purpura ne représente pas une maladie, il ne sert qu'à désigner une lésion élémentaire de la peau, la tache purpurique. Dire qu'un malade a du purpura, ce n'est énoncer

(1) VON MEHRING. Loc. cit.

qu'une particularité morbide, ce n'est que porter un diagnostic fragmenté et ne considérer le mal que partiellement et dans ses éléments les plus faciles et les moins importants. Le purpura n'étant pas une dermatose bien définie, mais un groupe non homogène de dermatoses réunies, grâce à un syndrome objectif commun, l'aspect purpurique, l'auteur de ce rapport étudie et décrit les *purpuras*, spécialement chez les enfants.

Avant d'en faire l'histoire, il donne une description d'ensemble du purpura lui-même considéré en tant que manifestation cutanée, ses rapports avec l'érythème polymorphe, la coexistence d'hémorragies muqueuses, séreuses, viscérales, etc. Il montre ensuite que le syndrome purpura se rencontrant dans nombre d'affections aussi différentes par leur nature que par leurs manifestations cliniques, on a pu décrire et créer de nombreuses variétés de purpura. La division classique des purpuras en primitifs et secondaires est des plus artificielles; on peut voir survenir des manifestations cutanées qui revêtent des aspects et des allures parfaitement identiques, quelle que soit leur origine. Comme les érythèmes, les purpuras sont dépourvus d'une existence propre et individuelle : aussi M. Perrin se propose-t-il, dans ce rapport, de démontrer qu'entre toutes les formes décrites il n'y a qu'une différence de degré.

Le purpura est l'expression cutanée d'un état infectieux, qui est la cause des accidents que l'on observe (éruptions, hémorragies, arthropathies, fièvre, phénomènes généraux, etc.). Ce sont des états infectieux avec purpura, comportant des degrés divers d'intensité et de gravité suivant les conditions individuelles, les infections secondaires. Ce n'est pas, en effet, le purpura, le plus souvent, qui fait périclíter le malade, pas plus que ne le fait en soi la lésion cutanée de la scarlatine, par exemple; ce qui domine la situation, c'est l'état infectieux d'où dépendent tous les accidents. D'ailleurs ces manifestations, tantôt bénignes, tantôt extrêmement graves, d'une même maladie, ne s'observent pas uniquement pour le purpura. Pour la scarlatine, Sydenham ne disait-il pas que tantôt elle mérite à peine le nom de maladie, tantôt c'est une maladie absolument foudroyante? Dans les érythèmes qui surviennent chez les typhiques, M. Hutinel a montré les différences qu'il a observées entre eux : les uns étant absolument bénins, les autres enlevant les malades en quarante-huit heures, en trente-six heures et même en quinze heures.

Comme l'érythème, dont il se rapproche, le purpura n'est qu'un accident, la résultante de plusieurs facteurs, qui combinent leurs effets de façons diverses. Ce n'est pas dans la peau que l'on doit chercher sa cause première; il faut parfois que la circulation cutanée ait subi une perturbation plus ou moins grave pour qu'il se montre; d'ordinaire, il est dû surtout à une altération plus ou moins profonde du sang. Les purpuras, comme les érythèmes, éveillent l'idée d'une toxhémie, ils sentent le poison. Quelle est l'origine de ce poison? Souvent, il vient d'une infection microbienne, parfois d'une intoxication chimique. Les recherches bactériologiques faites dans ces dernières années sont des plus démonstratives à cet égard.

Avant de les résumer, M. Perrin prend pour base de sa description clinique un cas typique, commun, du purpura le plus fréquemment observé, le *purpura rhumatoïde*, avec hémorragies muqueuses et viscérales; il montre ensuite que suivant l'absence, l'atténuation ou, au contraire, la prédominance de tel ou tel symptôme de la triade de Schœnlein, on observe des cas bénins et des cas graves, mais qu'il n'y a pas entre eux de différence essentielle, on passe insensiblement des uns aux autres. Il n'est pas rare, par exemple, d'observer certaines formes de purpura qui sont nettement des purpuras exanthématiques rhumatoïdes par les caractères de l'éruption, la présence des œdèmes, la bénignité du début, changer brusquement leurs allures sous une influence quelconque ou même sans cause connue : la fièvre s'allume, un état général infectieux grave survient, des hémorragies redoutables et répétées apparaissent tout à coup. Ces formes font partie des cas de transition avec des faits qui sont d'emblée d'une très grande gravité et qui peuvent évoluer, soit avec une rapidité foudroyante, soit plus lentement avec des phénomènes d'aspect typhoïde. Les premiers ont été décrits sous le nom de *purpura infectieux foudroyant* (Guelliot), de *purpura fulminans* (Hénoch), de *typhus angéio-hématique* (Gomot-Landouzy); les seconds sont une atténuation de cette variété, *purpura à forme typhoïde*; ces derniers ont une évolution plus lente, les phénomènes d'aspect typhoïde dominent. Avec un degré de gravité moindre encore, on trouve le type clinique décrit sous le nom de *maladie de Werlhof*, avec laquelle on se rapproche des variétés bénignes.

Dans la troisième partie de son rapport, M. Perrin discute chacune de ces formes de purpuras et montre que leurs caractères différentiels sont rarement assez tranchés, pendant toute la durée de la maladie, pour en constituer des entités morbides. Rien n'est plus irrégulier, rien n'est plus imprévu que l'évolution de chacune de ces variétés; il peut y avoir une transformation complète de la maladie : à l'apyrexie peut succéder rapidement un état fébrile et même une adynamie plus ou moins prononcée; les caractères morphologiques eux-mêmes de l'éruption, qui paraissent très nets dans les descriptions des divers types, sont loin aussi de présenter toujours des différences bien tranchées. La lecture de nombreuses observations connues montrent combien sont fragiles les caractères distinctifs de chaque variété de purpura.

Au point de vue étiologique, M. Perrin insiste sur l'influence de l'âge, sur le *purpura fœtal*, le *purpura des nouveau-nés*, et sur les causes, surtout la syphilis et les infections, qui les produisent. Il résume ensuite les différentes influences pathogéniques capables de jouer un rôle dans la production des purpuras, montrant combien la toxi-infection peut être aidée par une lésion du foie et du rein, quand le foie ne peut plus détruire le poison ou quand le rein ne peut plus l'éliminer; quelle est l'influence du système nerveux, des altérations vasculaires, des infections secondaires; enfin, quel est le rôle du terrain, bien net, par exemple, dans la maladie de Barlow, qui est une sorte de scorbut chez un rachitique, le rachitisme fournit le terrain, une toxi-infection fait apparaître les hémorragies sous-périostiques et autres.

Appliquant ces idées pathogéniques au *purpura rhumatoïde*, variété la plus fréquente du purpura, M. Perrin établit la genèse de la production du purpura, en montrant combien le mécanisme de la lésion purpurique est complexe; qu'à côté du rôle des toxines et de leur action directe sur les vaisseaux, ou indirecte par l'entremise du système nerveux, il faut encore tenir compte des causes qui préparent le terrain et des auto-intoxications.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1898. — Présidence de M. BERGER.

### DISCUSSION SUR LES LUXATIONS ANCIENNES IRRÉDUCTIBLES

M. TUFFIER communique plusieurs observations, l'une, entre autres, de luxation ancienne irréductible qu'il a traitée par l'arthrotomie et la résection; l'autre, de luxation récidivante dont il est arrivé à empêcher le retour par le massage, qui a rendu la force aux muscles affaiblis, atrophiés. Dans les luxations récidivantes, le rôle des muscles, selon M. Tuffier, est très important et il pense, ainsi que le prouve d'ailleurs le cas qu'il vient de citer, qu'en traitant, en fortifiant les muscles de l'épaule, on peut arriver à empêcher ces luxations de se reproduire.

M. BERGER ne veut parler que des luxations anciennes, irréductibles. Deux interventions peuvent être mises en œuvre dans ces cas, la réduction par l'arthrotomie ou bien la résection. La résection paraît donner de meilleurs résultats quand la tête de l'humérus est altérée, est modifiée dans son volume au point que souvent elle ne peut plus être maintenue dans la cavité glénoïde. M. Berger relate l'observation suivante : Une femme, après avoir porté un fardeau assez lourd, est prise d'une douleur vive dans l'épaule. On avait cru d'abord à une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Mais bientôt, on constatait au niveau de la tête une tuméfaction assez considérable. Lorsque M. Berger vit cette malade, il reconnut qu'il s'agissait, non d'une fracture ni d'une tumeur, mais bien d'une luxation sous-acromiale irréductible qui datait de dix-huit mois. M. Berger fit la résection de cette tête humérale qu'il présente à ses collègues et qui est déformée, irrégulière, rugueuse, et qui n'aurait jamais pu recouvrer son fonctionnement normal.

M. Berger reconnaît que, dans toutes les luxations irréductibles, il n'en est pas ainsi et qu'il y a des cas dans lesquels on peut obtenir la réduction par l'arthrotomie. Dans ces cas, le résultat obtenu est meilleur que celui que donne la résection. C'est l'état de la tête humérale, la nature de ses lésions qui doivent fixer la conduite du chirurgien.

M. NÉLATON constate que tous ses collègues qui ont pris part à cette discussion ont adopté les conclusions qu'il a formulées dans son rapport. Il rappelle, en effet, avoir parlé de la mobilisation et du massage, et avoir dit qu'il lui était resté cette impression, de l'examen consciencieux des faits, qu'il semblait bien que la résection ne donnait pas des résultats bien supérieurs à ceux du massage et de la mobilisation, sans aucune intervention chirurgicale. Le bras ne dépasse pas l'horizontale. D'après la lecture des observations, il semble que les chirurgiens qui ont pratiqué la résection n'aient pas eu beaucoup à se louer des résultats définitifs, puisqu'ils n'en parlent pas. M. Hennequin a bien fait de dire qu'il fallait surveiller les malades après la réduction de luxations anciennes, car il est évident qu'elles se reproduisent souvent.

Quant à l'observation de M. Tuffier, M. Nélaton croit bien que M. Tuffier a pris l'effet pour la cause en attribuant à l'état des muscles la luxation récidivante à laquelle il a eu affaire. On voit, en effet, bien des sujets qui sont atteints de luxation récidivante et qui n'ont pas la moindre atrophie de l'épaule. MM. Hartmann et Broca ont montré que, dans ces cas, la capsule était élargie et permettait une mobilisation et un déplacement faciles de la tête humérale.

M. TUFFIER croit qu'un malade qui n'a pas de bons muscles pour maintenir son articulation a plus de chances de voir se reproduire sa luxation.

M. REYNIER partage l'avis de M. Tuffier et croit que le système nerveux joue un grand rôle dans beaucoup de cas de luxation récidivante.

M. KIRMISSON partage l'avis de M. Nélaton au point de vue de la reproduction des luxations anciennes réduites. Sans doute, on arrive souvent à réduire des luxations anciennes, mais souvent aussi elles se reproduisent. Il est vrai également que, dans bon nombre de cas, la résection ne donne pas de meilleurs résultats que l'abstention; mais il est cependant des cas dans lesquels l'impotence absolue du membre, les douleurs, commandent l'intervention, c'est-à-dire la résection, et, dans ces cas, les résultats fournis par cette opération sont relativement satisfaisants. Enfin, M. Berger assigne la durée de deux mois comme indication de l'arthrotomie. M. Kirmisson estime qu'il faut attendre plus longtemps. Il lui est arrivé de réduire des luxations datant de deux et trois mois.

M. BERGER répond qu'il est bien entendu qu'avant de pratiquer l'arthrotomie ou la résection, il tente toujours plusieurs fois la réduction par les moyens mécaniques. Si la remarque de M. Nélaton relative à l'identité des résultats que donne la résection ou l'abstention est vraie pour beaucoup de cas, dans le fait qu'il a soumis à la Société l'impotence et les douleurs étaient telles qu'il fallait absolument intervenir, et la résection a donné un résultat très satisfaisant comparativement à l'état antérieur. Aucun autre moyen n'aurait pu donner un pareil résultat.

M. KIRMISSON ajoute que, au point de vue des résultats, il faut distinguer les luxations en avant et les luxations en arrière. Dans le cas de M. Berger, il s'agissait d'une luxation postérieure.

M. CHAPUT rappelle avoir présenté un malade chez lequel il avait pratiqué la résection. Il était peu satisfait du résultat. Mais, depuis, ce résultat s'est singulièrement amélioré, et il n'a pas à regretter d'avoir pratiqué cette opération.

### RAPPORT

**Ostéomyélite.** — M. WALTHER fait un rapport sur deux observations d'ostéomyélites adressées par M. Polydès. Dans un cas, il s'agissait d'une ostéomyélite ancienne qui a été guérie par la séquestrotomie. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un enfant de treize ans qui était atteint d'ostéomyélite aiguë. M. Polydès pratiqua l'ablation de la diaphyse et obtint un bon résultat. M. Walther ajoute que cette opération ne doit être pratiquée que dans des cas exceptionnels.

M. KIRMISSON appuie cette manière de voir. C'est là, en effet, une conduite d'exception.

### COMMUNICATION

**Jéjunostomie.** — M. TERRIER fait quelques remarques sur cette opération qui peut rendre quelques services dans des cas où la gastrostomie et la gastro-entérostomie sont impossibles. La jéjunostomie est une opération d'origine française. C'est Surmay (de Ham), qui l'a pratiquée le premier. M. Terrier l'a récemment pratiquée, mais en deux temps, chez un malade qui était atteint d'un épithéliome de l'estomac. Dans ce cas, le cancer occupait presque toute la hauteur de l'estomac. Il fit une incision exploratrice et, voyant qu'il lui était impossible de songer à faire une gastro-entérostomie, il fit la jéjunostomie latérale selon le procédé de Surmay, avec cette différence qu'il la fit en deux temps. Voici la technique assez simple qu'il a suivie :

Incision médiane sus-ombilicale, recherche de la première portion du jéjunum. Une fois cette portion trouvée et attirée au dehors, application de deux anses de fils ne traversant que la séreuse et la musculeuse, mais non la muqueuse, et destinées à maintenir l'intestin, et enfin fixation par quelques points de suture à la paroi abdominale. M. Terrier laisse les choses ainsi en place pendant quinze jours, après s'être assuré que le pylore laissait encore passer les liquides.

Après quinze jours, il ouvrit l'intestin; il fit une incision assez grande pour pouvoir permettre l'introduction d'une certaine quantité de liquide dans la petite cavité formée par l'intestin. On pouvait ainsi faire absorber un litre de lait par jour. Mais cette opération n'a servi qu'à prolonger la vie du malade de deux ou trois semaines, car il était déjà dans une cachexie profonde quand il a été opéré. Aussi cette opération ne présente-t-elle qu'un intérêt secondaire dans les cas de cancer puisqu'elle ne peut donner qu'une prolongation de quelques semaines. Mais il n'en serait plus de même dans les cas de traumatisme ou de rétrécissement par les caustiques. La jéjunostomie, dans ces cas, pourrait non seulement sauver les malades de la mort par inanition, mais encore leur permettre de vivre en attendant la guérison de leur rétrécissement.

M. Terrier termine sa communication en passant en revue les diverses observations de jéjunostomie qui ont été publiées. Surmay (de Ham), en 1878, en a, le premier, parfaitement posé les règles. Puis viennent les observations de Robertson, de Peyrot, etc.

Revenant sur la technique de l'opération, M. Terrier insiste sur ce point qu'il faut que l'anse suturée à la peau soit à 10 ou 12 centimètres de l'origine du jéjunum. On peut pratiquer l'opération en un temps, comme Surmay, ou en deux temps, comme l'a fait M. Terrier. Il faut, les premiers jours, bien surveiller l'alimentation par la bouche jéjunale. On rencontre parfois quelques difficultés. Il faut injecter avec beaucoup de douceur. Il est un cas, en effet, où on a fait pénétrer le lait dans la cavité péritonéale.

**M. Le Dentu** rappelle que la malade opérée par Surmay, l'a été dans son service à l'hôpital Saint-Antoine. Il a donc assisté à l'opération qui a été bien conduite. M. Surmay avait fait son incision oblique. La recherche du jéjunum a été un peu difficile. La malade a succombé à son cancer une quinzaine de jours après l'opération. L'autopsie, en effet, a montré qu'il n'y avait pas d'infection et que la suture de l'intestin à la paroi abdominale avait très bien tenu.

M. Le Dentu a fait une jéjunostomie d'urgence dans les conditions suivantes : il s'agissait d'une femme atteinte d'un cancer de l'estomac et cachectique. M. Le Dentu fit une incision sur la ligne médiane, il se trouva en présence d'un vaste ulcère cancéreux stomacal; il ne put que fixer le pourtour de l'estomac à la paroi pour l'isoler, puis il alla chercher la première portion du jéjunum, la fixa à la paroi et l'ouvrit. Cette malade a succombé après trois ou quatre jours. M. Le Dentu estime que c'est à l'incision médiane qu'il faut avoir recours dans ces cas.

**M. Peyrot** a fait sa première opération en suivant exactement les règles formulées par Surmay. Dans ses deux cas, les malades ont succombé à leur affection cancéreuse après quinze jours. Mais pendant ce laps de temps l'alimentation s'était très bien faite par la bouche intestinale.

**M. Terrier** insiste sur les difficultés qu'on peut rencontrer à alimenter ces malades à cause des contractions de l'intestin qui souvent rejette le liquide introduit.

### PRÉSENTATIONS

**Gastro-entérostomie.** — **M. Tuffier** présente une malade qui avait des borborygmes d'origine hystérique et des symptômes de sténose pylorique incomplète. Les traitements médicaux étant restés sans résultat, M. Tuffier fit la laparotomie au niveau du pylore, trouva plusieurs brides, entre l'estomac et le foie, qu'il sectionna, et pratiqua une gastro-entérostomie postérieure. Cette malade, opérée le 25 juillet dernier, est parfaitement guérie et n'a plus jamais eu de borborygmes.

**M. Peyrot** fait observer qu'il ne faudrait pas conclure de cette observation que la gastro-entérostomie puisse être proposée comme traitement des borborygmes hystériques.

**M. Terrier** croit que, dans ces cas, on aurait pu se contenter de lever les brides et de libérer les adhérences.

**M. Tuffier** répond à cela que la section des adhérences avait laissé une surface cruentée assez étendue, c'est pourquoi il a cru plus prudent de faire la gastro-entérostomie.

La séance est levée.

---

### CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Pathologie* (séance du 9 novembre) : MM. G. Netter, 14. — Grosse, 13. — Israels, Meuriot et Tridon, 12. — Fouquet et Gernez, 11. — Sudaka, 9. — Froment et Tabary, 6.

*Anatomie* (séance du 10 novembre) : MM. Mouchotte, 13. — Courcoux, 12. — Herrenschmidt et Maury, 9. — Kahn, 8. — Chevrey, 7. — De Lacombe, 5. — Bony et Cathala, 4. — De Clomesnil, 3.

— Par décision ministérielle, en date du 9 novembre 1898, M. Schwœbel (Eugène-Auguste) est nommé élève à l'École du service de santé militaire, en remplacement de M. Vigne, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gueury, médecin-inspecteur de l'armée en retraite, dont les obsèques ont eu lieu jeudi 10 novembre, en l'église Notre-Dame de Versailles; Bedel (de Lamballe).

— M. le professeur Berger commencera le cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Pitié, le lundi 14 novembre 1898, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Conférence de gynécologie pratique, les mercredis à dix heures et demie du matin, par M. le docteur Banzet, chef de clinique. — Conférence sur la bactériologie et l'anatomie pathologique, les jeudis à dix heures et demie du matin, par M. le docteur Fernand Bezançon, chef de laboratoire. — Examen des malades, visite dans les salles et opérations tous les jours, à neuf heures moins un quart.

M. le professeur Joffroy commencera le cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale, le lundi 14 novembre 1898, à trois heures un quart, à l'amphithéâtre de l'asile Sainte-Anne, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

M. le professeur Raymond commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux, à l'hospice de la Salpêtrière, le mardi 15 novembre 1898, à dix heures du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — Programme d'enseignement : lundi et samedi, onze heures, séméiologie des maladies du système nerveux (M. le docteur Gasne). — Mardi, dix heures, policlinique (M. le professeur Raymond). — Mercredi, onze heures, alternativement : histologie normale et pathologique du système nerveux (M. le docteur Philippe), et psychologie clinique (M. le docteur Janet). — Jeudi, onze heures, électrodiagnostic et électrothérapie (M. le docteur Huet). — Vendredi, dix heures, leçon de clinique (M. le professeur Raymond). — Lundi, dix heures, examen du larynx (M. le docteur Cartaz). — Mercredi, dix heures, examen des yeux (M. le docteur Sauvineau). — Samedi, dix heures, examen des oreilles (M. le docteur Gellé).

— M. Kirmisson reprendra ses leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, à l'hôpital Trousseau, le mardi 15 novembre 1898, à dix heures, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 14 novembre 1898.

Le corps chirurgical des hôpitaux a été vivement attaqué au Conseil municipal dans la personne de l'un de ses membres.

Un ouvrier d'une compagnie de chemin de fer, blessé pendant son travail, avait reçu les soins du médecin en chef de la Compagnie, qui, au bout de quelque temps, l'avait déclaré guéri et apte à reprendre son service. Mais l'ouvrier ne se croyait pas ou n'était pas guéri ; il va demander asile à ce même chirurgien, dans son service à l'hôpital. Notre collègue ne garde pas dans son service un malade qu'il considère guéri et qu'il a déclaré tel.

A ce moment commence pour le blessé une lamentable odyssée ; il va frappant à la porte des médecins de son quartier. Mais l'influence du chirurgien des hôpitaux est telle, dit le conseiller municipal, qu'aucun n'ose le reconnaître malade. De guerre lasse, il retourne dans les hôpitaux, à la Pitié, à Lariboisière, voire même à la Maison Dubois ; partout on l'éconduit et nul ne reconnaît l'utilité d'hospitaliser ce malade.

Devant cette touchante et si rare unanimité, un esprit ordinaire eût pensé que le premier médecin devait avoir raison ; car comment admettre que son erreur pût être partagée par l'unanimité de ses collègues et confrères ? Mais c'était mal connaître notre conseiller municipal. Le chirurgien chef de service avait « boycotté » le blessé ; il avait été trouver ses confrères et leur avait dit « de ne point reconnaître le malade et de déclarer, quoi qu'ils pussent penser, qu'il était bien et dûment guéri ». M. le conseiller municipal n'a pas très bonne opinion du corps médical en général, et de celui des hôpitaux en particulier, pour pouvoir un seul instant admettre qu'il pût se trouver un de ses membres pour tenir un pareil langage et un autre pour l'écouter. Aussi, il n'hésita pas ; et, dans une vigoureuse interpellation à la tribune du Conseil, il somma le directeur de l'Assistance publique de « relever M. X... de ses fonctions » !

Le bouillant conseiller reçut une première douche du directeur, qui lui apprit qu'on ne relève pas de ses fonctions un chirurgien comme un simple concierge ; qu'il fallait au moins que celui-ci fût entendu devant le Conseil de surveillance ; que la faute fût démontrée ; qu'enfin ce chirurgien, comme la presque unanimité de ses collègues, remplissait ses fonctions avec un soin, un zèle et un désintéressement qui étaient tout à l'honneur du corps médical des hôpitaux, etc., etc.

Battu de ce côté, M. le conseiller exigea qu'à l'avenir tout médecin ou chirurgien des hôpitaux ne pût être à la fois médecin ou chirurgien d'une grande compagnie ; et il invita le conseil à prohiber ce cumul. Ce fut l'occasion d'une nouvelle douche, car M. le conseiller apprit que l'indemnité d'un chirurgien des hôpitaux était bien inférieure aux émoluments illégaux d'un conseiller municipal, et qu'elle était insuffisante pour lui permettre de vivre ; que, dans ces conditions, l'Administration ne se sentait pas le droit d'empêcher ses médecins de chercher leur existence ailleurs ; que les sociétés et les administrations mettaient souvent à la tête de leur service médical un des membres du corps des hôpitaux, parce qu'elles leur reconnaissaient une science et une compétence spéciales, ce qui confirmait le choix heureux qu'avait pu faire l'Administration des hôpitaux.

Encore battu, mais non content, notre fougueux conseiller demanda alors que le médecin d'hôpital ne pût avoir son service dans la même circonscription où l'appelleraient ses fonctions médicales près d'une puissante compagnie.

Un ordre du jour pur et simple clôtura celle discussion trop intéressante pour que nous en ayons privé nos lecteurs.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

On s'est fort occupé, dans la dernière séance, du lait stérilisé et du lait maternisé. A la suite de la précédente communication de M. Netter, les spécialistes en pædiatrie n'ont pas manqué d'apporter leur petite contribution à la question soulevée par M. Netter. Il ferait beau voir qu'ils n'aient pas aussi leur opinion sur la maladie de Barlow !

M. Comby a rapporté un cas, par lui observé auparavant, de **scorbut infantile**, en tout semblable à celui de M. Netter. Même symptomatologie, même évolution, même traitement et surtout même étiologie. Dans ce cas encore, l'origine de la maladie était l'alimentation exclusive au moyen du lait maternisé. L'orateur, à ce propos, rappelle fort justement que, si la maladie est très rare en France, elle est, par contre

très commune en Angleterre, et surtout aux États-Unis, où l'on fait un véritable abus de spécialités à l'usage des enfants (lait condensé, farines plus ou moins lactées). Il ne faut cependant pas jeter un discrédit, même minime, sur le lait maternisé, car, à tout prendre, le scorbut infantile est d'extrême rareté. M. Variot affirme n'en avoir jamais rencontré un seul cas authentique. Cette authenticité de la maladie mérite qu'on s'y arrête, car peu d'affections ont prêté à autant d'erreurs de diagnostic. M. Netter, dont l'érudition n'est jamais en défaut, rappelait qu'actuellement il ne connaissait guère qu'un ou deux cas bien certains de maladie de Barlow, en France, et que l'on a confondu l'affection avec tout : avec le rhumatisme articulaire, avec le sarcome, avec la paralysie infantile, avec le purpura chez les enfants cachectiques, etc. Pensons donc à la possibilité de l'apparition du scorbut infantile chez les enfants alimentés par le lait stérilisé, mais n'en condamnons pas pour cela l'usage.

M. Variot attire fort justement l'attention sur les bons effets de l'emploi méthodique du lait stérilisé dans le traitement de l'atrophie infantile. Sous le nom d'atrophie infantile, M. Variot désigne, en somme, l'athrepsie, c'est-à-dire un état morbide dont la gravité est, en général, proportionnée à la diminution du poids de l'enfant, par comparaison avec le poids normal, quelle que soit la cause de cette diminution de poids. Ces atrophiques, dès qu'ils sont soumis de façon régulière à l'alimentation par le lait stérilisé, reprennent assez rapidement le poids normal.

MM. Chauffard et Castaigne rapportent un cas de **granulie anormale des reins** ; l'étude des lésions, fort minutieusement exposée, mérite surtout qu'on s'y arrête. Les deux reins étaient très volumineux (450 et 440 grammes). La substance corticale était constituée dans toute son étendue, même dans les prolongements inter-pyramidaux, par un semis confluent de petites granulations d'un blanc jaunâtre, serrées les unes contre les autres, sans presque aucune interposition de tissu resté sain. Les pyramides, au contraire, ne présentent aucune granulation. L'examen histologique montre, dans chaque granulation, la structure typique des tubercules embryonnaires et déjà fibro-caséeux. Ces granulations semblent s'être développées autour des glomérules, qui ont été assez rapidement étouffés par l'envahissement progressif des lésions tuberculeuses. La localisation de la lésion exclusivement à la substance corticale, l'évolution péri-glomérulaire des tubercules, rendent cette observation, presque unique, tout à fait intéressante.

M. Barbier rapporte une observation assez compliquée d'**angine pseudo-membraneuse à bacilles courts et à streptocoques.** Dans ce fait, qui met à nouveau en doute la spécificité du bacille court, on rencontra le bacille diphtérique court dans les voies aériennes, en même temps que le bacille diphtérique long dans la protubérance. De plus, les inoculations en série démontrèrent le peu de virulence des bacilles courts, et, au contraire, la virulence excessive des bacilles longs.

C'est là un fait d'explication bien malaisée. Il est vrai que, prudemment, on peut s'abstenir de chercher la raison de ces différentes localisations.

---

## IMPORTANCE DU ROLE DES INSECTES

### DANS LA TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

Par le docteur P.-R. Joly, médecin de la marine.

La propagation de la tuberculose étudiée par le Congrès, l'accusation que certains médecins des États-Unis ont portée contre les mouches d'avoir répandu la fièvre typhoïde dans les camps américains, et d'autres faits analogues ont attiré notre attention sur une thèse soutenue au commencement de l'année à Bordeaux par le docteur P.-R. Joly.

Ce travail insiste sur ce mode de contagion auquel, en pratique tout au moins, on n'attache, à tort, que peu d'importance. Cette contagion s'effectuerait, suivant l'auteur, de deux façons différentes : par transport passif, en quelque sorte, des micro-organismes à l'extérieur ou à l'intérieur de l'insecte, et par inoculation des germes, l'insecte prenant alors une part active à l'infection.

### I

Insectes agents passifs de transmission. — I. Les insectes sont très souvent poudrés de pollen ou de poussières; de même ils sont toujours souillés de microbes fréquemment virulents et parfois pathogènes. Ils les prennent à l'air, aux innombrables sources d'infection qui leur sont accessibles, ils les portent sur les plaies, les muqueuses qu'ils polluent, sur les aliments qu'ils touchent et par celà même ensemencent. L'histoire du charbon en offre un exemple typique; Yersin a montré que la peste avait dans les mouches un auxiliaire puissant de dissémination ; la conjonctivite granuleuse, l'ophtalmie purulente, le bouton de Biskra, le pion, la morue, etc., sont dans le même cas.

Qu'on les prenne dans n'importe quel milieu, les mouches sont porteuses de micro-organismes.

*Expérience* 1. — Taon pris sur une génisse vaccinifère, promené sur gélose : colonies de microcoques, streptocoques, staphylocoques blancs et dorés, streptotrix. Flore identique à celle que l'on obtient par l'ensemencement du vaccin frais.

*Expérience* 2. — Mouche prise au laboratoire des cliniques : staphylocoques, bacilles courts réunis par deux, dégageant odeur infecte en bouillon. Un quart de centicube de ce bouillon injecté dans la veine de l'oreille d'un lapin pesant 1707 grammes détermine une violente diarrhée, puis la mort en vingt-quatre heures. Les organes ensemencés donnent le même bacille court.

*Expérience* 3. — Mouche prise dans une chambre non loin d'un établissement de chiffonnier : streptocoques, cocco-bacilles, longs bâtonnets, staphylocoques. Bouillon injecté à la dose de un quart de centicube, dans la veine de l'oreille d'un lapin pesant 1735 grammes tue l'animal en cinq jours. Dans les organes se retrouvent des cocco-bacilles.

Ces expériences et d'autres encore montrent que des germes se trouvent sur le corps de tous les insectes et que le contact de ces derniers peut, par conséquent, être cause d'infection.

II. L'insecte peut encore véhiculer passivement les micro-organismes soit dans son intestin, soit dans l'intimité de ses organes.

A. Le transport dans l'intestin est surtout important pour la tuberculose. Les mouches, en effet, ont une prédilection

marquée pour les tuberculeux; elles se montrent friandes de crachats et pompent, avec les mucosités, de nombreux bacilles. Or, le passage à travers le tube digestif de ces insectes n'altère pas la virulence du plus grand nombre des microbes. MM. Spillman et Haushalter l'ont démontré, et plus récemment M. Hoffmann (de Dresde). « Dans les hôpitaux..., ces mouches affectionnent particulièrement les lits des tuberculeux, attirées qu'elles sont par les épouvantables crachoirs de toile qui disparaissent à peine et même aussi par les crachoirs en porcelaine mal compris, sans couvercle ou insuffisamment entretenus qui, sur la planchette où s'entassent tous les bibelots du malade, sont en contact avec ses médicaments et son couvert. Là, elles font ample provision de bacilles, se répandent sur les lits voisins, dans toute la salle; vont maculer de taches septiques le pain qui, posé sur l'horrible et poussiéreuse étagère ou jeté sur les draps, attend que le chariot, dans sa lente et refroidissante promenade, ait amené le repas jusqu'au lit du malade. Elles volent faire choir leurs ordures pathogènes sur les rebords ou dans l'ouverture béante des pots à lait ou à tisane dont aucun n'est muni de couvercle, et le malade, au lieu d'une boisson bienfaisante, boit un bouillon de culture, véritable purée de microbes! »

B. Pénétrés dans l'intimité des organes de l'insecte, les micro-organismes recouvreront la faculté de nuire avec la pulvérisation du corps qui les contenait. La tuberculose, la peste profitent particulièrement de ce mode de propagation.

L'étiologie de la filariose, étudiée par Manson, a montré quel grand rôle les moustiques jouent dans la dispersion de cette maladie à manifestations si diverses.

Plus récemment, le même Manson a encore incriminé les moustiques à propos de la malaria qui, d'après lui, aurait une histoire analogue à celle de la filariose. Selon toute vraisemblance, l'hématozoaire, sous une forme encore indéterminée, existe en dehors de l'organisme humain. D'autre part, le rapport entre l'abondance des moustiques et la fréquence de la malaria est frappant. Dès lors, Manson explique ainsi que suit l'évolution de l'hématozoaire malarien : « Un moustique prend du sang à un paludéen; dans ce sang se trouvent des hématozoaires qui, dans l'estomac puis dans les muscles de l'insecte, subissent une série de transformations. A sa mort, l'insecte tombe dans l'eau, mettant en liberté les hématozoaires repris ensuite par les larves de moustiques. Ils se cantonnent et s'encapsulent dans l'extrémité cæcale de celles-ci; là, se produisent de nombreuses pseudo-navicelles à leur tour mises en liberté et répandues dans l'eau par les larves et les nymphes de moustiques. Qu'un homme vienne à boire, sans la porter à l'ébullition, de l'eau ainsi contaminée, il sera exposé aux atteintes du paludisme. » Des expériences de Ronald Ross et de Manson appuient l'hypothèse de ce dernier; d'après ces auteurs, le paludisme se contracterait par les voies digestives, par l'eau.

Cette première partie de la thèse du docteur Joly montre donc les différents modes de transport passif des agents pathogènes par les insectes. Dans la deuxième, ceux-ci deviennent actifs, ils créent la porte d'entrée aux microbes.

II

Insectes agents actifs de transmission. — I. *Affections banales*. — Les plaies que déterminent les insectes s'infectent lorsque des microbes y sont amenés. Mais l'inoculation peut se produire directement par leur dard comme avec une lancette. Les pays chauds en fournissent nombre d'exemples. Les microbes ordinaires de la suppuration, staphylocoques, streptocoques, etc., pénètrent ainsi souvent, grâce à des acariens tels que le pou d'Agouti à la Guyane, l'akamushi au Japon, la tique dans nos forêts, les argos, la puce chique qui sévit dans beaucoup de colonies et peut déterminer des abcès, de la gangrène et l'éléphantiasis à streptocoque.

II. *Maladies d'origine tellurique*. — Les maladies infectieuses dont l'agent se rencontre dans le sol ont souvent un intermédiaire en l'insecte : ainsi les argos, les tiques, les chiques pour le tétanos; les mouches pour le charbon; la sarcopsylla penetrans pour l'ulcère des pays chauds, dont l'agent se trouverait dans le sol.

La malaria peut entrer dans la classe des maladies telluriques. L'hématozoaire existe en dehors de l'organisme humain, des faits et des expériences le prouvent, il se trouve bien probablement dans la terre humide, la vase des marais. D'autre part tous les auteurs remarquent que ce sont les mêmes lieux, les mêmes saisons, les mêmes heures qui voient se multiplier moustiques et fièvres; ce qui met à l'abri de celles-ci protège contre ceux-là. En outre, M. Laveran, l'école italienne et nombre d'autres auteurs admettent l'inoculabilité du paludisme. Enfin on a trouvé des hématozoaires dans les moustiques. On a dès lors pensé que ceux-ci, puisant du sang à un individu infecté, allaient ensuite inoculer l'hématozoaire à d'autres individus sains. C'est une seconde hypothèse sur l'étiologie du paludisme s'ajoutant à la théorie hydrique.

Une troisième hypothèse se présente. Si l'hématozoaire se rencontre dans les milieux où vivent les larves de moustiques, d'où, adultes, ceux-ci s'envolent en nuées, quoi d'étonnant à ce qu'ils emportent avec eux les germes morbides et les aillent inoculer à l'homme, ainsi qu'il arrive à d'autres insectes pour le charbon, le tétanos? Les véhiculent-ils simplement accolés à leur dard, qui devient lancette septique, ou l'hématozoaire doit-il passer une phase de son existence dans l'organisme du moustique pour être ensuite introduit chez l'homme avec l'infime gouttelette de venin sécrétée par l'insecte dans la piqûre qu'il pratique? Ce sont des points à élucider. Il faut aussi tenir grand compte du nombre des piqûres.

Les faits suivants appuient cette hypothèse : Un étudiant parisien vient durant les vacances de 1895 à Cap-Breton (Landes), plage très saine. Avant de rentrer à Paris, il va chasser toute une journée près de l'étang rc, voisin de Tosse et très fiévreux. Les chasseurs ne boivent pas une goutte de l'eau du pays, mais sont criblés et mis à sang par les moustiques fort abondants à cet endroit. Le lendemain, l'étudiant regagne Paris; huit jours après, il présentait des accès de fièvres nettement paludéennes.

Autre observation : Les habitants de Cazan, près de Bordeaux, sont presque tous paludéens, et beaucoup de Bordelais qui viennent chasser ou séjourner aux bords de l'étang en emportent les fièvres. A Arcachon, il n'y a pas de paludéens. Or c'est la même eau qui est bue dans l'un et l'autre lieu, une canalisation l'amenant à Arcachon. Mais, dans cette ville, il n'y a pas ou presque pas de moustiques; à Cazan, dans les marigots qui entourent l'étang, les moustiques pullulent, assaillent sans cesse les habitants et se jettent sur les promeneurs. Il semble donc bien évident que

dans ce cas les piqûres de moustiques jouent un rôle, et même prépondérant.

Ce mode d'infection paludéenne n'exclut du reste pas le premier : étant admis la présence d'une forme libre de l'hématozoaire dans l'eau, il peut être absorbé comme le bacille d'Eberth. De même encore qu'on a le charbon interne et la pustule maligne, de même on peut admettre la pénétration de la malaria par voie interne et par voie cutanée, le moustique la portant du sol à l'homme.

III. Fenlay a pensé que les moustiques pouvaient propager la fièvre jaune. Dans ce cas le moustique porterait le microbe de l'homme à l'homme, car tandis que la malaria fuit la civilisation et sévit surtout dans les pays déserts, la fièvre jaune frappe les agglomérations où un même moustique peut, durant sa courte vie, piquer plusieurs individus.

La maladie du Texas aurait les tiques pour propagateurs de son hématozoaire spécial. De même la Magana, ou maladie de la mouche Tsé-tsé, tire son nom de ce que cette mouche, inoffensive par elle-même, inocule un certain hématozoaire fatal aux troupeaux.

L'étiologie de ces deux maladies pent se rapprocher de celle de la malaria.

IV. M. Tiktine, lors d'une épidémie de typhus récurrent à Odessa, reconnut que les punaises propageaient le fléau. Le sang puisé par ces insectes à des typhiques contenait des bactéries même au bout de dix-huit heures ; ce sang repris avec une seringue et inoculé à des singes leur donnait le typhus. M. Tiktine en conclut à l'inoculation du typhus par les punaises. Il est plus que probable que cette inoculation peut être mise en doute, les punaises ne font que souiller des plaies existant déjà ou que le grattage détermine.

Pour la peste, beaucoup admettent comme suffisante, pour la pénétration de la bactérie, la moindre piqûre d'insecte.

V. *Tuberculose.* — Les insectes, les mouches principalement, sèment la tuberculose d'une redoutable façon ; l'inoculent-ils? on l'a prétendu ; les punaises ont été fortement incriminées, et on a cité des cas où elles avaient transmis la maladie. Or, il est plus que probable que ce n'est pas par inoculation qu'elles ont été pathogènes, mais bien en gardant sur leur corps, à l'abri de la désinfection de l'appartement, des germes qu'elles ont remis en liberté dans l'air de la pièce habitée à nouveau. Elles jouent le rôle de transports passifs. Pour inoculer le bacille de Koch, il faudrait qu'elles prissent le bacille dans le sang, car elles ne se gorgent pas de crachats comme les mouches, elles peuvent se souiller extérieurement en tombant sur une expectoration ; or, on ne rencontre que très exceptionnellement, et en quantité infime, des bacilles tuberculeux dans le sang ; d'autre part, M. le professeur agrégé Sabrazès, dans des coupes de punaises plongées dans des crachats de phtysiques, n'a point rencontré de bacilles à l'intérieur des insectes. Enfin M. Joly a cherché à faire inoculer par des punaises des bactéries charbonneuses à des lapins. Ses expériences montrent que la punaise est incapable d'inoculer un bacille dont la pénétration en nombre infinitésimal suffit à tuer un lapin, et cependant les punaises piquent cet animal, donc on peut admettre que les punaises propagent la tuberculose, non par inoculation, mais par simple transport passif à l'extérieur du corps. La même conclusion doit s'étendre au typhus récurrent au point de vue d'une inoculation par piqûres.

*Lèpre.* — La lèpre, dont le bacille est si voisin de celui de la tuberculose, est-elle inoculable par les insectes ? D'abord il faut admettre que la lèpre est contagieuse ; les dernières recherches l'ont affirmé. Or le lépreux, surtout dans la forme tuberculeuse, offre une vaste surface de contamination aux animaux suceurs et piqueurs ; les bacilles pullulent sous la peau qui, à la moindre piqûre, laisse sourdre une goutte de sang où fourmillent les microbes spécifiques. A plus forte raison le lépreux devient-il source d'infection lorsqu'il est couvert de plaies et d'ulcères ; enfin ses excreta sont bacilifères. Les insectes peuvent donc et s'en gorger et s'en souiller le dard ou la trompe, puis l'inoculer, M. Kaposi a cité au Congrès de Berlin un cas de lèpre à la suite d'une piqûre de moustique. Mais quel est l'animal le plus incriminable ? Un peu tous, cependant certains auteurs, Bœck particulièrement, ont attiré l'attention sur la coïncidence de la gale et de la lèpre (Bœck y voyait un rapport de cause à effet). Cet acare ne pourrait-il pas introduire le bacille sous la peau d'un homme sain après avoir séjourné sur un lépreux?

III

Prophylaxie. Formol insecticide. — Donc les insectes ne sont pas simplement gênants, ils sont dangereux. Il faut les détruire. Nombreux sont les insecticides dans le commerce ; aucun n'est satisfaisant en tous points. Le formol semble répondre à la double qualité de tuer vite et de détruire jusque dans leurs repaires les insectes ; chose indispensable pour qu'une désinfection d'appartement soit complète.

---

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

### D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (IIe SESSION)

---

### HYDROCÉPHALIES TARDIVES ET MÉNINGITES SÉREUSES

Par M. Léon d'Astros.

Les hydrocéphalies tardives, c'est-à-dire celles qui se développent après l'âge de deux ans, ont des caractères symptomatiques assez différents de ceux des hydrocéphalies précoces et surtout des hydrocéphalies congénitales. Le front, saillant en avant, ne présente pas cet élargissement transversal qui se fait aux dépens de la suture métopique. Il n'existe pas non plus d'élargissement notable de la racine du nez, ni de déplacement du globe oculaire en avant et en bas. Malgré son développement, la tête ne prend pas la forme globulaire, mais conserve la forme ovoïde à grosse extrémité postérieure.

Les deux principales causes des hydrocéphalies tardives sont : en premier lieu, les tumeurs encéphaliques (rares dans la première enfance) et, bien au-dessous comme fréquence, le processus morbide décrit surtout par Quincke, sous le nom de méningite séreuse. Dans le premier cas, l'épanchement est un fait secondaire à la gêne de la circulation veineuse; dans le second, il est le fait primordial, résultat d'une exsudation exagérée du liquide cérébro-spinal.

La méningite séreuse chronique, dans ses formes légères, se caractériserait par des symptômes très vagues : douleurs

de tête, sensation vertigineuse, anomalies de caractère. Dans sa forme grave, elle produit un symptôme à peu près constant, la névrite optique par étranglement, qui peut aboutir à une atrophie papillaire complète et à l'amblyopie. Lorsqu'elle se développe dans l'enfance, elle peut déterminer la dilatation de la boîte cranienne. La pression du liquide cérébro-spinal dépasse toujours 150 millimètres. Il existe souvent des exacerbations aiguës avec aggravation des douleurs de tête et quelquefois des phénomènes convulsifs.

L'étiologie assignée par Quincke à la méningite séreuse est d'un disparate assez déconcertant : traumatisme de la tête, efforts intellectuels soutenus, alcoolisme aigu ou chronique, affections fébriles aiguës, comme la fièvre typhoïde, la pneumonie.

Dans la critique, que j'ai faite ailleurs, de la conception de la méningite séreuse, après avoir éliminé un certain nombre d'observations, telles que méningite tuberculeuse, etc., j'ai cru devoir conserver cette dénomination à deux groupes de faits.

Dans le premier rentrent les cas où l'affection se développe au cours d'une maladie infectieuse (gastro-entérite, pneumonie, grippe, etc.). Ce sont des méningites séreuses, aiguës ou subaiguës, pouvant quelquefois évoluer ultérieurement en hydrocéphalie chronique.

Dans le second groupe de faits, l'affection se développe plus ou moins insidieusement. Quelquefois une cause banale, une chute sur la tête est signalée. Assez souvent il est noté que l'enfant avait toujours eu la tête un peu grosse. J'ai cru devoir admettre que très probablement, dans un certain nombre de ces cas, il s'agit d'hydrocéphalie congénitale latente, de ces formes à épanchement ventriculaire peu abondant, qui relèvent d'un trouble d'évolution cérébrale chez des dégénérés et qui ne prennent que tardivement, sous l'influence de causes accidentelles, un plus grand développement.

J'observe actuellement un enfant de neuf ans, qui me paraît rentrer dans cette catégorie. Fils d'aliéné, neveu de suicidé, ayant eu un frère mort de convulsions, présentant lui-même quelques stigmates physiques de dégénérescence, il avait depuis longtemps un léger degré de macrocéphalie. Depuis un an, sa tête a considérablement augmenté, en même temps que s'est développée une névrite optique, arrivée actuellement à la période d'atrophie papillaire. Des poussées aiguës avec céphalalgie, sensations vertigineuses, trouble de l'équilibration, font place à des périodes de rémission presque complète. La ponction lombaire m'a fait constater une pression de 260 millimètres, et j'ai pu retirer 21 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

Dans ce fait et dans les faits analogues on ne peut faire qu'un diagnostic de probabilité. Il y a lieu cependant de tenir compte en premier lieu de l'exagération du volume de la tête antérieure au développement des troubles cérébraux, tandis que, dans les tumeurs cérébrales, il existe une période pré-hydrocéphalique, les symptômes cérébraux précédant de plusieurs mois le développement hydrocéphalique. D'autre part, les rémissions sont plus complètes et la durée généralement plus longue dans la méningite séreuse chronique que dans les tumeurs cérébrales.

Dans le traitement des méningites séreuses chroniques, l'iodure de potassium et les mercuriaux sont indiqués, même en l'absence de syphilis. Comme traitement chirurgical, la ponction lombaire atténue les poussées aiguës, mais, de l'avis même de Quincke, ne saurait enrayer le processus d'exsudation.

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de l'insomnie chez un enfant de dix ans.

Le docteur Morain donne les conseils suivants lorsqu'il n'existe aucune cause matérielle d'insomnie :

1° Exercices physiques soutenus et progressifs ; marche à pied matin et soir hors la ville (de une heure à trois heures), lawn tennis, horticulture.

2° Matin et soir, l'enfant sera soumis aux applications du drap mouillé, suivi d'enveloppement dans un peignoir de molleton et d'une sieste d'une heure au lit.

Au début, si l'enfant est irritable, on pratiquera des lotions tièdes à 30 degrés ou l'enveloppement à cette même température.

3° Tout travail intellectuel sera suspendu ; la contention d'esprit sera évitée. On permettra cependant deux heures par jour de lectures coupées de promenades ou de travaux faciles (résumés d'histoire, de littérature, calques géographiques, dessin, chant, musique, etc.).

4° Aux heures des repas, le malade prendra une cuillerée à café de la solution suivante dans un demi-verre d'eau de Vichy :

| | | |
|---|---|---|
| Arséniate de soude | | 5 centigr. |
| Tartrate ferrico-potassique | | 30 — |
| Sirop d'écorce d'oranges amères | *ââ* | 75 grammes. |
| Glycérine | | |

pendant quinze jours.

5° Et les autres jours un cachet de la poudre suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Phospho-glycérate de soude | | |
| Phospho-glycérate de potasse | *ââ* | 4 grammes. |
| Phospho-glycérate de chaux | | |
| Sucre granulé | | Q. S. |

M. S. A. et divisé en 25 cachets.

6° Le soir, l'enfant sera couché le plus tard possible pour provoquer le sommeil et prendra de une à deux cuillerées à dessert du sirop suivant :

| | | |
|---|---|---|
| Sirop de chloral | | |
| — de codéine | *ââ* | 50 grammes. |
| — d'écorces d'oranges | | |
| Bromure de potassium | | |
| — de sodium | *ââ* | 2 grammes. |
| — d'ammonium | | |

7° Si l'insomnie persiste, faire lever et promener l'enfant une demi-heure, puis le recoucher.

8° Saison à Néris, à Bagnères-de-Bigorre, ou plus simplement dans un climat de montagne. (*Gazette hebd.*)

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Anatomie* (séance du 11 novembre) : MM. Silhol, 9. — Godineau et Lance, 8. — Pécharmant, 7. — Housquains, Philippon et Remoussenard, 5. — Logerot, 4. — Fouqué et Sentex, 2.

*Pathologie* (séance du 11 novembre) : MM. Demaldent, 14. —

Houselot, 13. — Hulleu, 12. — Aron et Laffitte, 11. — Duclaux, 10. — Leh et Surrel, 9. — M. Bloch, 8. — Gibert, 5.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 novembre 1898 : 1° un concours s'ouvrira le 6 juin 1899, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et de physiologie à ladite École; — 2° un concours s'ouvrira, le 20 juin 1899, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 28 novembre 1898, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, un concours pour cinq places d'élèves internes.

Le lundi 12 décembre 1898, il sera ouvert dans le même hôpital un concours pour dix places d'externes.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, à Marseille.

— M. Dusault, médecin de deuxième classe de réserve du cadre de Cherbourg, passera, sur sa demande, au cadre de Rochefort.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mouche (de Lartigue).

— M. le professeur Duplay commencera son cours de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, le mardi 15 novembre 1898, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : lundi, visite et examen des malades (salles Saint-Landry); mardi, leçon clinique et opérations (amphithéâtre Chomel), à neuf heures et demie; mercredi, visite et examen des malades (salle Notre-Dame et salle Saint-Jean); jeudi, opérations (chirurgie abdominale); vendredi, leçon clinique et opérations (amphithéâtre Chomel), à neuf heures et demie; samedi, exercices gynécologiques (salle Saint-Jean et salle du spéculum).

*Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir.* — 1° Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. le docteur Marion, chef de clinique, mardi, à cinq heures et demie (amphithéâtre Chomel).

2° Exercices cliniques. Examen des malades par les élèves, sous la direction de M. le docteur Marion. Samedi, à cinq heures et demie (amphithéâtre Chomel).

3° Conférences de gynécologie, séméiologie et méthodes d'exploration, par M. le docteur Clado, chef des travaux gynécologiques. Lundi, à cinq heures (amphithéâtre Chomel).

4° Exercices de gynécologie. Examen des femmes par les élèves, sous la direction de M. le docteur Clado. Mercredi, à cinq heures (salle du spéculum).

5° Conférences et exercices pratiques de bactériologie, d'anatomie et de physiologie pathologiques, par MM. les docteurs Cazin et Hallion, chefs du laboratoire. Mercredi, à onze heures (amphithéâtre Bichat).

6° Conférences d'otologie et de rhinologie (méthodes d'exploration. Examen des malades, etc.), par M. le docteur Martha. Mardi, à quatre heures, et vendredi, à cinq heures.

*Cours et exercices pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie.* — 1° Cours : M. le docteur Castex, chargé de cours complémentaire, reprendra son cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique), le mardi 15 novembre 1898, à cinq heures, et le continnera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Le cours est public et gratuit.

2° Exercices pratiques sous la direction de M. le docteur Castex, assisté de MM. les docteurs Collinet, Chaillous et Robé, anciens internes des hôpitaux. — Examen et traitement des malades tous les jours de trois heures à cinq heures. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les lundis, mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

M. Wurtz, agrégé, commencera ses conférences d'hygiène, le mercredi 16 novembre 1898, à cinq heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure, dans le laboratoire d'hygiène.

M. le professeur Dieulafoy commencera son cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, le samedi 19 novembre 1898, à dix heures et demie et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure (amphithéâtre Trousseau). — Visite des malades (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne), tous les jours à neuf heures.

Le laboratoire de pharmacologie et de matière médicale est ouvert à MM. les étudiants de troisième, quatrième et cinquième années pour l'étude du Droguier. — MM. les étudiants pourront se faire inscrire au laboratoire, en vue de ces travaux pratiques et des interrogations, tous les jours de une heure à trois heures, sur la présentation de leur carte d'immatriculation et de la quittance du versement des drois prescrits (15 francs). Ils seront mis en série. Une convocation spéciale leur sera adressée pour indiquer les jours et heures où ils seront admis aux travaux et interrogations.

M. le professeur Alfred Fournier reprendra le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 18 novembre 1898, à dix heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

— *Cours pratique d'ophtalmologie.* — M. le docteur F. Terrien, chef de clinique, commencera le mardi 15 novembre, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° Ophtalmoscopie clinique (avec malades). Rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales. Examen fonctionnel de l'œil; — 2° Chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves).

M. Druault, chef du laboratoire, commencera le mercredi 16 novembre à cinq heures, des conférences pratiques : 1° Anatomie normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographiques); 2° Bactériologie clinique de l'œil.

Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures, le second, les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. S'inscrire d'avance tous les matins à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

— *Conférence d'internat.* — M. le docteur Savariaud, prosecteur à la Faculté, commencera une conférence d'internat, le mardi 22 novembre. — Pour tous renseignements, s'adresser au pavillon n° 1 de l'École pratique.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'agence des Voyages économiques, trois excursions permettant de visiter (tous frais compris) :

La première : la Syrie, la Palestine, la Basse-Égypte, du 23 novembre 1898 au 4 janvier 1899. — Prix au départ de Paris : 1re classe, 2100 francs; 2e classe, 1800 francs.

La deuxième : la Syrie, la Palestine, l'Égypte et le Nil jusqu'à la première cataracte, du 23 décembre 1898 au 18 janvier 1899. — Prix au départ de Paris : 1re classe, 3000 francs; 2e classe, 2640 francs.

La troisième : l'Égypte jusqu'à la première cataracte du Nil, du 24 décembre 1898 au 18 janvier 1899. — Prix au départ de Paris : 1re classe, 2000 francs; 2e classe, 1680 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

---



---

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 131. — JEUDI 17 NOVEMBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 17 NOVEMBRE 1898. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MM. Huchard et Laborde ont, de nouveau, pris la parole sur la question du traitement des anévrismes par les injections sous-cutanées de gélatine. M. Huchard, tout en restant partisan de cette méthode de traitement, a insisté sur la prudence qu'on devait apporter dans son emploi, sur les précautions pré-opératoires ou post-opératoires qu'il fallait prendre, sur des dangers possibles si l'on n'y prenait garde. Quant à M. Laborde, restant sur le terrain purement physiologique, il a donné connaissance d'un travail de MM. Camus et Gley communiqué à la Société de biologie, et basé sur des expériences d'où il résulte que la gélatine n'est pas dialysable et, conséquemment, pas absorbable. Les injections sous-cutanées de gélatine, préconisées par M. Lancereaux, seraient donc de nul effet, et il faudrait, ainsi que le disait M. Laborde dans sa première argumentation, injecter directement la gélatine dans la poche anévrismale. Comme on le voit, si MM. Lancereaux et Huchard sont près de s'entendre, M. Laborde accentue encore davantage ses objections d'ordre physiologique. Quelque importance cependant qu'aient à nos yeux les arguments d'ordre expérimental invoqués par M. Laborde, les faits cliniques présentés par M. Lancereaux et par M. Huchard lui-même ont bien aussi leur valeur et sont bien faits pour encourager les praticiens à adopter cette méthode, qui se montre efficace dans des cas où ils sont habituellement bien désarmés.

M. Dieulafoy ayant attiré l'attention de ses collègues sur les intoxications pouvant résulter de l'appendicite, chacun recherche dans ses souvenirs et se rappelle des cas pouvant être rapprochés de ceux qu'il a cités dans sa communication. C'est ainsi que M. Le Dentu a cité des exemples de troubles cérébraux mortels ou d'ictères plus ou moins graves ayant évolué au cours ou à la suite d'appendicite. Ce qu'il faut surtout retenir des faits rapportés par M. Le Dentu, c'est que, dans plusieurs de ces cas, l'intervention hâtive elle-même n'a pas empêché ces accidents de se produire et de se terminer par la mort; M. Le Dentu croit donc qu'il faut modifier quelque peu l'aphorisme émis par M. Dieulafoy et dire, non pas qu'on ne doit plus mourir d'appendicite, mais bien qu'on peut encore mourir d'appendicite, et même, ajouterons-nous, de l'opération destinée à la guérir.

Le reste de la séance a été occupé par des rapports officiels : M. Rendu a donné lecture du rapport sur les épidémies de 1897. Il a surtout insisté sur la fièvre typhoïde qui tend, de plus en plus, à disparaître des grandes villes où l'on prend les mesures hygiéniques propres à se procurer des eaux de boisson saines.

M. Kelsch a fait un consciencieux rapport sur divers travaux adressés pour le prix Godard.

### CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE
#### D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (IIe SESSION)

#### TRAITEMENT DU PIED BOT PARALYTIQUE

(*Résumé du rapport fait par le docteur* G. ZANI MÉTANAS, *chirurgien du Dispensaire des Enfants-Malades.*)

I

Au point de vue clinique, le pied bot paralytique est le pied bot de la paralysie spinale infantile. En effet, les quatre cinquièmes environ des pieds bots acquis sont dus à la poliomyélite antérieure.

Par suite de l'atrophie des muscles dans lesquels la paralysie s'est localisée, le pied est mis dans une attitude vicieuse par le *tonus* des antagonistes. La pesanteur au repos, les pressions diverses pendant la marche, tendent aussi à dévier le pied. Plus tard le pied est fixé par la rétraction des muscles et des parties fibreuses du côté de la concavité, et enfin par les déformations des os qui s'adaptent à leur nouvelle situation. De plus, l'attitude nouvelle du pied provoque l'élongation de certains muscles, qui, tirant sur leur point d'attache, déterminent des déviations secondaires qui n'ont rien à faire avec les principaux muscles rétractés.

Étant donné l'action des muscles moteurs du pied sur les deux articulations par lesquelles l'astragale s'articule, d'un côté avec la mortaise tibio-péronière, et de l'autre avec le tarse, il peut se former des variétés nombreuses de pied bot paralytique.

A la paralysie de quelques muscles est dû le pied bot *fixé* ou *partiel*, à celle de tous les muscles le pied bot paralytique total ou ballant, variété très rare.

Le plus souvent, quelques fibres musculaires ayant

échappé au processus atrophique, le pied est *secondairement fixé* par la rétraction.

II

Si la localisation d'une paralysie aux muscles de la jambe fait craindre l'apparition d'un pied bot, il est évident qu'il faudra instituer rapidement un traitement préventif : reconstituants, hygiène, bains chauds, salés ou sulfureux, chaleur sèche, frictions excitantes, et surtout massages, gymnastique locale, électrothérapie, sous forme de courants continus sur le trajet des nerfs des muscles malades, et le long de la moelle.

Plus tard des courants induits faibles sur les muscles (H. Martin). Enfin, de petits appareils appropriés, appliqués surtout pendant la nuit, pour empêcher l'établissement de la difformité, sont indiqués.

D'après Kurewsky, si, après un an de ce traitement, la paralysie reste complète, elle peut être considérée comme irrémédiable et on peut alors pratiquer, s'il le faut, une opération, l'*arthrodèse*, par exemple.

Sayre (de New-York), cependant, cite plusieurs cas anciens où il a pu faire revivre les muscles, paralysés depuis beaucoup plus longtemps, grâce aux moyens précédents et l'emploi des appareils à traction élastique, préconisés par Duchenne, Baseville, et très employés de nos jours.

III

Dans le traitement du pied bot paralytique *fixé* ou *partiel*, confirmé, on se propose : 1° d'obtenir l'orthomorphie, réduire la difformité et la maintenir réduite ; 2° après avoir rétabli la forme, on doit autant que possible restaurer la fonction et rendre le membre utile.

Il faudrait pour cela redonner aux muscles atteints leur force, et, si cela peut se faire, fixer au moins le pied pour qu'il serve de point d'appui.

Par ces mêmes moyens, on se met, en même temps, à l'abri d'une récidive.

Dans le pied paralytique ballant, où il n'est pas question de redressement, s'il est impossible de raviver les muscles atteints, c'est aussi à la fixation du pied par l'*arthrodèse* qu'il faut avoir recours.

Pour le redressement du pied bot paralytique on emploie les mêmes moyens que pour le pied bot congénital ; le traitement de ces deux variétés a été, du reste, confondu jusque dans ces dernières années.

Depuis Hippocrate jusqu'à l'inauguration de la ténotomie sous-cutanée (Delpech, 1816) et sa vulgarisation (Stromeyer, 1830, Bouvier etc.), on a employé le redressement lent par les manipulations et les appareils « sans qu'il fût besoin de rien couper ou brûler », suivant la phase d'Hippocrate.

C'est surtout Vinel (1768-1781) le créateur de l'orthopédie vaudoise et ses élèves, qui ont obtenu de bons résultats par cette méthode, qu'emploie aujourd'hui, avec succès, le représentant actuel de cette école, M. H. Martin (de Lausanne). Mais ce n'est qu'avec une grande lenteur qu'on arrive au but.

Par la section des parties molles rétractées, ténotomies, aponévrotomies sous-cutanées, ou à ciel ouvert, on obtient des résultats plus rapides.

Malgré les critiques soulevées par la ténotomie, elle nous rend, tous les jours, de grands services.

Dans certains cas elle permet d'obteuir une amélioration notable et même une cure radicale, dans d'autres, elle facilite d'une manière heureuse l'application d'un appareil, et la cure ultérieure de la difformité ; ou bien elle sera une intervention adjuvante complémentaire ou préliminaire, utile à l'accomplissement d'une opération plus radicale, redressement forcé, tarsectomie, arthrodèse, ou transplantation musculo-tendineuse.

Habituellement ce n'est qu'un moyen palliatif. Pour le tendon d'Achille elle a été remplacée avec avantage dans certains cas par l'allongement plastique du tendon.

Il consiste à diviser le tendon par une incision en Z en deux moitiés latérales, en détachant une des moitiés à son extrémité inférieure et l'autre à sa partie supérieure. Si on craint après la ténotomie un grand écartement des deux bouts, par l'allongement plastique, la réunion sera plus sûre.

Après la ténotomie le pied doit être immobilisé dans un appareil plâtré.

Malgré le progrès incontestable dû à la ténotomie, le traitement était toujours long, les résultats incomplets, et les récidives fréquentes.

La rétraction des antagonistes peut continuer son œuvre, et la déviation se reproduit. Aussi pour maintenir, tant bien que mal, le résultat obtenu, il faut continuer l'emploi des appareils, qui, pour être appropriés, n'en sont pas moins compliqués, gênants, coûteux, et quelquefois nuisibles.

Les moyens précédents étaient les seuls employés et enseignés dans les classiques jusque dans ces dernières années. Nous redressons maintenant d'une manière plus sûre et plus rapide.

Les parties molles ne sont pas les seules qui résistent au redressement.

Des déformations osseuses constituent des obstacles bien autrement sérieux. On s'attaque à eux sans danger, grâce à l'antisepsie et à l'asepsie.

Après quelques essais isolés de *tarsectomies antérieures*, les opérations osseuses ont été pratiquées sur une grande échelle.

C'est par les tarsectomies postérieures, plus ou moins économiques, et les tarsectomies larges qu'on obtient de très bons résultats qui se maintiennent bien comme nous avons pu le constater nous-mêmes.

Quelques-uns des muscles, placés après le redressement dans de meilleures conditions, s'améliorent notablement.

Pour éviter les ablations osseuses, quelques chirurgiens (Kirmisson) préfèrent l'opération de Phelps. Elle a été employée souvent dans le pied bot paralytique où, les déformations osseuses étant moins importantes et plus tardives, elle leur paraissait plus indiquée, même pour des déformations invétérées.

Enfin, de nos jours, une réaction s'est faite contre les opérations sanglantes, et on tend de plus en plus, surtout en Allemagne, à les remplacer par le *redressement manuel forcé*, en une ou plusieurs séances [Delore, Vincent (de Lyon), Julius, Wolff, König, Hoffa, etc.]. Le redressement modelant décrit par Lorenz (de Vienne) en est l'application la plus méthodique, et la plus rationnelle.

Il donne de bons résultats dans le pied paralytique, mais il faut un traitement ultérieur, de convalescence, plus long et plus suivi qu'après la tarsectomie.

IV

Le pied étant redressé par les méthodes lentes, ou de préférence par les méthodes rapides, si le traitement ultérieur, électro et kinésithérapique, ne peut rien contre l'atrophie irrémédiable des muscles, il faut avoir recours à une autre série de moyens pour maintenir le résultat obtenu, et empêcher une récidive possible, étant donné l'action continue des antagonistes, pour le compléter enfin, et rendre le muscle plus utile.

Jusqu'ici le traitement a été le même d'une manière générale que dans le pied bot congénital. Mais dans ce dernier, les muscles, quoique très affaiblis, reprennent leurs fonctions même sans traitement post-opératoire, comme nous l'avons observé nous-même chez des enfants pauvres après la tarsectomie.

Dans certains cas, quand les conditions du malade le permettent, l'orthopédie mécanique peut nous venir en aide. Des appareils appropriés, aussi simples que possible, peuvent être très utiles. C'est avec grand avantage qu'on peut quelquefois remplacer les muscles absents par des ressorts ou des cordons élastiques adaptés aux appareils. On y a recours souvent après le redressement modelant.

Mais on s'approcherait davantage d'une cure idéale du pied bot paralytique en s'adressant directement à la lésion fondamentale, cause des déviations et déformations consécutives, l'atrophie définitive de certains muscles. Les moyens médicaux n'y peuvent plus rien. Il y a quelques années déjà Willist, Walsham et Gibney ont proposé dans le pied bot talus le *racourcissement du tendon d'Achille* par l'ablation d'un segment du tendon, *ténectomie*, ou plutôt (Gibney) par la *ténorraphie*.

Après une section oblique du tendon, on fait glisser les deux segments l'un sur l'autre, aussi loin que possible, en mettant le pied en extension. On avive la partie de la surface du tendon qui se met en rapport avec la section du bout tendineux (Rochard) et on suture, de préférence à la soie, au crin de Florence, ou au fil de tendon de kangourou, sans fixer la suture à la peau (Kirmisson), comme on le faisait d'abord.

En y joignant un traitement post-opératoire, quelquefois le port d'un petit appareil, on a obtenu de bons résultats.

Cette méthode peut rendre des services. On a aussi observé des récidives et l'arthrodèse est devenue nécessaire par la suite.

Une méthode plus efficace et plus importante est la *transplantation* ou *anastomose musculo-tendineuse*. Elle a été créée par Nicoladoni en 1881. Pendant longtemps elle a été considérée comme une simple curiosité opératoire et quelques faits isolés étaient publiés de temps à autre.

La nouvelle méthode, reprise et appliquée d'une manière systématique en 1892 par Drobnic (de Posen) puis par Parrish et Millitan (de New-York), est aujourd'hui pratiquée couramment en Allemagne, non seulement dans le traitement du pied bot paralytique, mais dans d'autres régions. Vulpius (de Heidelberg) signale plusieurs cas dans une publication récente.

Le professeur Hoffa (de Wurtzbourg) nous disait dernièrement qu'il a fait la transplantation une quarantaine de fois, et souvent avec de très bons résultats; elle a été faite aussi par Hacker, Winckelmann, Ghilini, Goldthwait, et en France, par Phocas, Cerné et Forgue. Tout récemment, je l'ai faite avec succès pour un cas de varus équin paralytique.

Le principe de la méthode consiste à transmettre en totalité ou en partie la force d'un muscle sain à un muscle paralysé ; à faire travailler le premier à la place du second et à obtenir ainsi les effets que la contraction de ce dernier ne peut plus produire.

On arrive à ce résultat en greffant totalement ou partiellement des muscles sains avec leur tendon, on une partie des tendons seulement, sur le tendon des muscles paralysés.

Nicoladoni greffa, dans un cas de talus par paralysie du triceps, le bout central des péroniers sains sectionnés, sur le tendon d'Achille.

Dans le varus équin, on transplante souvent le bout central du tendon sectionné du long extenseur propre du gros orteil sain, qui est légèrement adducteur, sur le tendon du long extenseur commun (fléchisseur abducteur) paralysé.

Dans le *procédé de Nicoladoni* on sectionne les muscles sains dont les fonctions sont ainsi perdues. Dans le *procédé de Drobnic*, on dédouble le tendon et le corps charnu jusqu'à une certaine hauteur; on transplante une partie sur le tendon d'un muscle paralysé, et l'autre reste en place pour représenter le muscle sain qui n'est pas supprimé. Théoriquement Drobnic croyait ainsi créer des muscles nouveaux.

Il suffit de dédoubler seulement les tendons des muscles sains, en transplanter une partie, et laisser le reste pour continuer la fonction du muscle.

Parrish a *anastomosé* des tendons voisins, par simple approche, et Millicken a fait le procédé de l'anastomose réciproque des tendons. Dans un cas de valgus paralytique où le jambier antérieur était le plus atteint, il mit à découvert ce dernier muscle et le long extenseur propre et détacha de chacun d'eux un segment tendineux resté adhérent au reste des tendons du jambier, au bout périphérique, celui de l'extenseur au bout central.

Les deux petits lambeaux tendineux furent rapprochés par leurs surfaces de section et suturés par trois points de fil de tendon de kangourou.

Plusieurs transplantations peuvent être faites sur le même pied.

Les deux faits suivants, dus à Vulpius, méritent d'être cités. Dans un cas de *valgus invétéré*, après le redressement modelant du pied, il fit la transplantation... « Sur le tibial antérieur paralysé, fut suturé l'extenseur propre du gros orteil et la moitié de l'extenseur commun. Le très fort long péronier fut fixé en bas, passé sous le tendon d'Achille. Le court péronier resta comme abducteur... La petite malade, grâce à cette opération, pouvait fléchir et étendre le pied et faire le mouvement de pronation et de supination. »

Le cas suivant montre jusqu'à quel point est allée l'ingéniosité des opérateurs dans la pratique de l'anastomose tendineuse. Dans le varus équin, quand la paralysie est trop étendue dans les muscles antérieurs de la jambe, alors, dit-il, « l'aide venant à manquer par devant, le triceps sural donne son matériel. » Plus d'une fois, Vulpius a divisé le tendon d'Achille en trois parties, portant l'une en avant, la seconde en groupe mnsculaire latéral (les péroniers?) et employé la troisième pour allonger plastiquement le tendon raccourci.

L'opération réussie, il y a eu cette particularité : que le tendon du gastro-cnémien faisait agir tous ces tendons, de

telle sorte que le muscle devenait son propre antagoniste.

Cette méthode peut donc rendre de grands services, appliquée seule ou bien après la réduction nécessaire de la difformité par les ténotomies ou le redressement modelant. En général, c'est dans les cas où l'amyotrophie n'est pas très étendue que cette opération paraît indiquée. Il faut autant que possible transplanter des muscles voisins et homologues et éviter de supprimer l'action de muscles très importants.

Les transplantations partielles sont préférables. Il faut faire des incisions suffisantes pour bien constater, au besoin, l'état des muscles, réunir les tendons par des surfaces de contact aussi étendues que possible et après avoir placé le pied en surcorrection. C'est dans cette attitude qu'il doit être immobilisé de quatre à six semaines. Comme fil de suture on peut employer la soie, de préférence le crin de Florence ou le tendon de kangourou.

Il est important de bien suturer l'aponévrose, de ménager et reconstituer les gaines. Mais dans le cas de pied bot ballant, dans les cas où l'atrophie des muscles moteurs du pied est trop étendue et trop profonde, et avec moins que cela quand les conditions du malade sont telles qu'un résultat pratique et utile doit être rapidement obtenu, sans compter sur un traitement ultérieur, ou le port d'un appareil, enfin, dans le cas ou les méthodes précédentes ont échoué, c'est à l'*ankylose artificielle*, à l'*arthrodèse* qu'il faut avoir recours.

Cette opération a été créée et appliquée par Albert (de Vienne), en 1878, dans un but spécial, celui d'obtenir une ankylose en transformant le membre en un levier rigide, en un *pilon vivant*. Elle est couramment faite aujourd'hui, sans danger, et avec de très bons résultats.

Il faut mettre à nu les surfaces articulaires, les aviver, par l'abrasion soignée des cartilages, jusqu'à ce que l'os saigne (Zimsmeister), les bien adapter, afin d'arriver au résultat idéal, la fusion osseuse. Ce fait paraît être rare malheureusement.

La radiographie nous renseignera mieux, sans doute, sur ce sujet, mais une ankylose fibreuse très serrée a pu ainsi être suffisante.

Pour obtenir une adaptation parfaite des os on sera souvent forcé de réséquer quelques parcelles osseuses, dans d'autres cas, enfin, une tarsectomie sera nécessaire pour obtenir le redressement, après quoi on avive toutes les surfaces articulaires qu'on trouve dans le champ opératoire, pour mieux fixer le pied. Il est nécessaire de faire l'arthrodèse non seulement de la tibio-tarsienne, mais aussi de la médio-tarsienne et de la sous-astragalienne.

Fixer le calcanéum est un point très important. M. Farabeuf propose de caler la pointe de la malléole externe dans une encoche faite au calcanéum.

Dans le même but Kirmisson a proposé l'enchevillement tibio-astragalo-calcanéen. La voie externe nous paraît la meilleure pour aborder l'articulation (Defontaine, Broca, etc.). On fait l'incision de Bœckel pour l'astragalectomie.

L'immobilisation rigoureuse dans un bon appareil peut suffire pour obtenir un bon résultat. Quand le genou est ballant, si on veut supprimer tout appareil orthopédique, il faut faire l'arthrodèse du genou. Nous avons pu ainsi faire marcher un malade qui se traînait, depuis longtemps, par terre, ou péniblement sur des béquilles. Mais il faut pour cela *que les muscles* moteurs de la hanche soient, en partie au moins, conservés.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

### PRÉSENTATION

**De la gastrectomie dans le traitement du cancer de l'estomac.** — M. PÉRIER présente une femme âgée de cinquante-cinq ans, à laquelle il a enlevé, il y a un an, toute la partie moyenne de l'estomac et le centre du mésocolon, pour un néoplasme de la largeur de la paume de la main. Cette excision faite, il a fait la suture des deux culs-de-sac par un double plan de suture, en la renforçant par un adossement de l'épiploon. M. Périer fait observer que ces sortes d'opérations deviennent de la chirurgie courante; aussi n'est-ce pas à cause de l'opération elle-même qu'il présente cette malade. Mais il s'agit, dans ce cas, d'un épithélioma; au moment de l'opération, cette malade pesait 42 kilogrammes; actuellement, elle en pèse 55; elle est dans un état de santé florissant; il n'y a pas de traces de récidive menaçante; elle mange et digère très bien. Le résultat obtenu par cette intervention a donc été ici des plus satisfaisants.

M. Périer insiste sur l'état de ces malades au moment où on les opère. S'il est vrai que, dans la plupart des cas, l'intestin grêle est vide, il n'en est pas de même du gros intestin. Celui-ci est souvent encombré de matières, au point d'être obstrué, et il est sage, par des pressions directes exercées sur le gros intestin au cours de l'opération, de chercher à faire évacuer ces matières. Chez la malade de M. Périer, grâce à cette précaution, il y a eu, le troisième jour, une débâcle importante, et c'est à partir de ce moment seulement que la malade, jusque-là dans un état très précaire, a marché rapidement vers la guérison. Il faut donc avoir soin d'agir par des lavements ou des suppositoires appropriés pour éviter l'encombrement du gros intestin, si fréquent chez ces malades.

### DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. LE DENTU, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Dieulafoy, rappelle que son collègue, en envisageant l'appendicite au point de vue de sa toxicité, a particulièrement insisté sur deux ordres d'accidents qu'on peut observer dans ces cas : d'une part, des accidents cérébraux et, d'autre part, l'ictère avec albuminurie. M. Le Dentu a cherché dans ses souvenirs s'il avait observé des cas analogues à ceux qu'a rapportés M. Dieulafoy, et voici les faits dont il se souvient.

Il y a quinze mois, il opéra un enfant de sept à huit ans, d'un abcès de la fosse iliaque. Localement, les choses paraissaient devoir bien se passer, lorsque, le troisième jour, cet enfant se mit à pousser des cris hydrencéphaliques, tomba dans le collapsus et succomba. M. Le Dentu avait admis, dans ce cas, l'existence d'une méningite infectieuse secondaire, mais il lui semble, aujourd'hui, que ce fait doit être rangé dans la catégorie des faits d'intoxication dont a parlé M. Dieulafoy.

En ce qui concerne l'ictère, M. Le Dentu ne l'a guère observé dans les cas aigus; mais il l'a souvent constaté dans les cas d'appendicite chronique, avec accidents chroniques du côté du tube digestif. Il en cite plusieurs exemples, celui, entre autres, d'un jeune homme qui avait eu des accidents anciens d'appendicite chronique, et qui présentait un ictère manifeste.

M. Dieulafoy a peut-être été un peu loin en disant qu'on ne devait plus mourir d'appendicite, si le chirurgien intervient à temps. Il y a des cas insidieux et complexes dans lesquels, même en intervenant dès le début des accidents, on n'arrive pas toujours à empêcher les malades de mourir. Malgré tout, il faut encore compter avec ces cas particuliè-

rement graves et complexes dont M. Le Dentu fournit plusieurs exemples. Il croit donc qu'il faut modifier l'aphorisme énoncé par M. Dieulafoy et dire : On meurt encore quelquefois d'appendicite.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR LES INJECTIONS COAGULANTES

M. HUCHARD répond à M. Lancereaux que le malade de M. Barth n'est pas mort d'urémie, comme il le pense, ainsi que cela résulte de l'examen des urines qui a été fait avec tout le soin désirable. On a trouvé, à l'autopsie, des caillots récents dans l'artère pulmonaire. Mais on pourra objecter que ces caillots peuvent s'être formés au moment de l'agonie ou *post-mortem*.

M. Huchard répète qu'il s'est contenté de recommander la plus grande prudence dans l'emploi de cette méthode de traitement; mais il ne saurait être confondu avec ceux qui l'ont déclarée néfaste et pleine de dangers. Il s'en déclare, au contraire, partisan et il a même cité des cas dans lesquels il y a eu recours.

On a rapporté d'assez nombreux cas dans lesquels la guérison de l'anévrisme s'était faite spontanément. Mais, dans ces cas, la coagulation spontanée se fait très lentement et il y a eu des cas de gangrène du pied ou d'autres régions concomitantes avec la disparition de la poche anévrismale, si bien qu'on peut dire de plusieurs de ces malades qu'ils sont morts guéris. M. Huchard estime que, lorsqu'on aura recours à cette méthode, il faudra prendre certaines précautions pré- et post-opératoires, telles que le repos absolu au lit, une grande sévérité dans le régime alimentaire, le régime lacté exclusif ou mixte avec le régime végétarien, l'exclusion du bouillon, des potages gras, suivant les cas, tout cela dans le but de prévenir l'hypertension artérielle. Il recommande, enfin, d'espacer les injections, de n'injecter à la fois que des doses modérées d'une solution à 2 p. 100.

M. LABORDE dit que c'est parce qu'il s'agit d'un point de thérapeutique des plus importants, tant par lui-même, que par l'intervention d'un parrainage de haute et recommandable autorité, qu'il se fait un devoir d'insister sur les quelques remarques qu'il a déjà présentées.

Se plaçant uniquement au point de vue physiologique, il a dit que la gélatine, notamment la gélatine du commerce employée dans la méthode thérapeutique dont il s'agit, n'est pas soluble, dans la véritable acception du terme; qu'elle ne donne lieu, dans les véhicules aqueux, qu'à des suspensions au sein desquelles flottent des particules plus ou moins désagrégées de la substance. M. Lancereaux conteste ce fait et en demande la démonstration.

Elle est simple et facile : et il lui suffira, pour se la faire à lui-même, de placer sous le microscope quelques gouttes des prétendues solutions dont il s'agit, surtout à la période de refroidissement, pour se convaincre de la réalité.

En second lieu, et comme déduction logique de ce fait, M. Laborde a mis en doute l'absorption, par les voies physiologiques, des préparations liquides ou séreuses de gélatine.

A cela, M. Lancereaux répond que la gélatine ne pénètre pas directement dans les vaisseaux sanguins; mais qu'elle est prise par les lymphatiques, qui la déversent dans le sang.

Et il appuie cette proposition sur des expériences, dont il relate, sous forme de protocole, un spécimen sur le lapin.

En principe, quelles que soient les voies naturelles, physiologiques de l'absorption, vaisseaux sanguins ou vaisseaux lymphatiques, les lois et le mécanisme de cette absorption ne changent pas; ils sont toujours fondamentalement les mêmes; et s'il est vrai que la gélatine n'est pas absorbable par les vaisseaux sanguins, elle ne saurait l'être par les vaisseaux lymphatiques.

M. Laborde ne pense pouvoir mieux faire que de citer ici un travail de MM. Camus et Gley dont voici le résumé :

« *A propos de l'action coagulante de la gélatine sur le sang*, par L. CAMUS et E. GLEY. — Les expériences de Dastre et Floresco ont montré que les solutions de gélatine à 5 p. 100 injectées dans une veine, chez le chien ou le lapin, augmentent considérablement la coagulabilité du sang. En est-il de même quand l'injection est faite dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans la cavité péritonéale? On avait toutes raisons d'en douter a priori.

Récemment, cependant, MM. Lancereaux et Paulesco, s'occupant d'établir la valeur d'une méthode nouvelle de traitement des anévrismes, ont publié le compte rendu d'une expérience dans laquelle ils disent avoir vu le sang devenir plus coagulable à la suite de l'injection de 100 c. c. d'une solution de gélatine à 2 p. 100.

MM. Camus et Gley relatent ici trois expériences, desquelles il résulte qu'une telle injection ne paraît pas modifier la coagulabilité du sang.

Toutes les prises de sang étaient faites dans la carotide, avec les précautions absolument nécessaires pour toute expérience sur la coagulabilité du sang; la canule en verre introduite dans l'artère était d'une rigoureuse propreté et retirée et nettoyée, puis séchée, après chaque prise; les tubes à essai servant à recueillir le sang avaient été lavés à l'eau distillée et stérilisés.

Ce résultat, d'ailleurs, n'était guère douteux, si l'on veut bien se rappeler la propriété connue de la gélatine de n'être pas *dialysable*. Quand donc, ayant été injectée sous la peau, une solution de gélatine disparaît au bout de quelques heures, cette substance n'a pu passer telle quelle dans les vaisseaux, mais a dû subir des modifications, de nature digestive sans doute. »

La gélatine n'est pas *dialysable*, partant *elle n'est pas absorbable* telle qu'elle est injectée; et, à ce propos, une distinction doit être établie, avec MM. Gley et Camus; selon que l'on considère les conséquences prochaines, après quelques heures seulement, de l'injection sous-cutanée de gélatine; ou bien les conséquences plus éloignées, après vingt-quatre heures par exemple.

Dans le premier cas, l'on observe ce que nous venons de constater, le dépôt pur et simple de la substance que l'on peut obtenir, par évaporation, à l'état de précipité en nature.

Dans le second cas, la gélatine peut avoir complètement disparu, mais grâce à des modifications d'ordre chimique et à la fois biologique, auxquelles M. Laborde fait allusion, dans la précédente note, en parlant d'une sorte de *peptonisation*, modifications qui, en tout cas, ont totalement transformé la substance primitive, de façon à lui enlever ses propriétés personnelles, notamment la propriété *coagulatrice* qu'elle paraît posséder.

Quoi qu'il en soit, et en se tenant strictement à la démonstration expérimentale de ce fait que la gélatine n'est pas *dialysable*, ni par conséquent absorbable par les voies, et d'après les lois physiologiques de l'absorption, la méthode d'introduction de cette substance, à titre médicamenteux, par l'injection sous-cutanée ou l'injection intra-péritonéale, ne peut être rationnellement justifiée et maintenue, attendu que le but qu'elle vise et qu'elle poursuit, savoir son introduction consécutive dans le courant circulatoire, au contact du sang, pour en provoquer la coagulation locale et partielle, ne saurait être atteint et réalisé.

Et dès lors, M. Laborde se trouve nécessairement et rationnellement ramené à sa première conclusion :

Pratiquer directement l'injection dans la poche anévrismale elle-même, pour avoir la certitude de mettre en jeu et d'utiliser, à un point de vue thérapeutique, excellent en soi, la propriété coagulatrice de la gélatine.

### RAPPORTS

**Epidémies.** — M. RENDU donne lecture du rapport sur les épidémies qui ont régné en 1897.

**Prix Godard.** — M. KELSCH lit le rapport sur les travaux admis pour le prix Godard.

L'Académie se forme en comité secret.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 21 AU 26 NOVEMBRE 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 21 NOVEMBRE 1898**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet et Launois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Reclus et Lepage ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Humbert et Delbet ; — (2e série) : MM. Blum, Broca (Aug.) et Legueu ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Dupré ; — M. Lejars, suppléant.

**MARDI 22 NOVEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Richelot et Poirier.

3e (oral, 1re partie) : MM. Guyon, Thiéry et Wallich.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Gley et Thoinot ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Rémy et Hartmann ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Hallopeau et Vaquez ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Troisier et Thiroloix ; — M. Charrin, suppléant.

**MERCREDI 23 NOVEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Poirier et Sébileau.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Bonnaire et Mauclaire ; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Blum, Humbert et Walther ; — (2e série) : MM. Reclus, Lejars et Legueu ; — (2e partie) : MM. Lancereaux, Wurtz et Widal ; — M. Launois, suppléant.

**JEUDI 24 NOVEMBRE**, à une heure (1). — 3e (oral, 1re partie) : MM. Berger, Albarran et Wallich ; — (2e partie) : MM. Raymond, Marfan et Achard ; — M. Chassevant, suppléant.

**VENDREDI 25 NOVEMBRE**, à une heure. — 4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Tillaux, Humbert et Delbet ; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Widal et Méry ; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Bonnaire et Lepage ; — M. Mauclaire, suppléant.

**SAMEDI 26 NOVEMBRE**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Langlois.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Joffroy, Hallopeau et Vaquez ; — (2e série) : MM. Hutinel, Troisier et Achard ; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie) : MM. Le Dentu, Poirier et Faure ; — (2e partie) : MM. Cornil, Roger et Thiroloix ; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Quénu et Wallich.

---

(1) Ce jour, conseil de la Faculté, à trois heures.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Pathologie* (séance du 14 novembre) : MM. Gasne, Gauckler et Jonon, 12. — Beneteau, Monier et Touchard, 11. — Mesley et Roger (René), 10. — Mirande et Rodocanachi, 9.

(Séance du 15 novembre) : MM. Goujon, 15. — Bergouignan et Gimbal, 14. — Simon, 13. — Chapotin, 12. — Marmasse, 11. — Fildermann et Inglessi, 10. — Furet, 8. — Comtepas, 5.

*Anatomie* (séance du 14 novembre) : MM. Tourlet, 10. — Fernique et Morisetti, 8. — Coudert, 6. — Le Lorier et Tillaye, 5. — Saint-Cène, 3.

(Séance du 15 novembre) : MM. Audistère et Prat, 11. — Matzoukis, 9. — Le Sourd, 8. — Ambrosi, Cahen et Goubaud, 5. — Gardner et Grillot, 4.

— Par décision ministérielle, en date du 13 novembre 1898, M. Mathis, médecin en chef de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et par application de la mesure sur la limite d'âge, à compter du 23 janvier 1899.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours pour la nomination à cinq places d'élèves internes en pharmacie s'ouvrira le lundi 5 décembre 1898. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Lamy, chef de clinique médicale, est chargé des fonctions de chef du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Nobbs, agrégé, est nommé chef des travaux du laboratoire d'hygiène.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Voici la liste des prix pour l'année scolaire 1897-1898.

DEUXIÈME ANNÉE. — 1° *Anatomie* et *histologie* : Prix : M. Weber.

2° *Physiologie* : Prix : M. Potron. — Mention honorable : M. Dreyfous.

QUATRIÈME ANNÉE. — 1° *Chirurgie* : Prix : M. Bichat. — Mention honorable : M. Nicolas.

2° *Médecine* : Prix : M. Rueff. — Première mention honorable : M. Perrin ; deuxième mention : M. Jeandelize.

PRIX DE L'INTERNAT (fondé par le docteur Bénit). — Prix : M. Richon. — Première mention : M. Garnier ; deuxième mention : M. Gross.

PRIX DE THÈSE. — Prix : M. Thiry (Ch.). — Mentions honorables : MM. Lahaussois, Guilloz, Demange, Mathieu, Michel.

— *École de médecine d'Amiens.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Manquat, professeur d'histologie.

— *École de médecine de Grenoble.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Gallois, professeur de clinique obstétricale.

— L'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg vient d'inviter l'Académie de Paris à se faire représenter, le 18 décembre prochain, aux fêtes du centenaire de sa fondation.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gruby (de Paris).

— M. Gaucher, agrégé, commencera les conférences sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, le dimanche 20 novembre 1898, à dix heures, et les continuera tous les dimanches, à la même heure.

---



---

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 132. — SAMEDI 19 NOVEMBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 19 NOVEMBRE 1898. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### De la cholécystotomie en général (1).

Par Marcel BAUDOUIN,
Chef du Laboratoire du cours d'opérations à la Faculté de médecine.

SOMMAIRE. — *Définition* et *Synonymie*.
*Historique* de la cholécystotomie en général.
*Variétés* de cholécystotomie : la *cholécystostomie* et la *cholécystotomie proprement dite*.
*Manuel opératoire*. — A. *Cholécystostomies* : 1° Cholécystostomie en deux temps; 2° Cholécystostomie en un temps. Deux sortes : *a.* cholécystostomie à fixation première et à incision dernière (Ransohoff); *b.* cholécystostomie à incision première et à fixation dernière [*procédé classique* (Sims)]. — B. *Cholécystotomies* : 1° Cholécystotomie en un temps. Deux sortes : 1. Cholécystotomie à sutures intra-péritonéales (cholécystotomie idéale); 2. Cholécystotomie à sutures intra-pariétales. Deux variétés : *a.* avec fixation première (Parkes); *b.* avec fixation dernière (Czerny); 2° Cholécystotomie en trois temps (Wœlfler).
*Suites opératoires*. — Fistule biliaire.
*Indications* de la cholécystostomie en général et de ses diverses variétés.

**Définition.** — On doit entendre aujourd'hui par *cholécystotomie* toute opération dont le temps fondamental est l'*ouverture intra-péritonéale de la vésicule biliaire*, peu ou point adhérente à la paroi abdominale.

Quelle que puisse être l'importance attribuée désormais par les chirurgiens à la crainte du péritoine, il est indispensable d'introduire dans cette définition le qualificatif d'*intra-péritonéal*; ce terme permet en effet de catégoriser, d'une façon très précise, toutes les opérations pratiquées à l'intérieur de la grande cavité abdominale et de les séparer nettement de toutes les interventions qui peuvent se pratiquer dans la même région et même intéresser la vésicule, sans que l'on ait à franchir les limites de cette importante séreuse.

(1) C'est à dessein qu'on a supprimé ici toutes les indications bibliographiques de cette Revue générale; trop nombreuses, elles auraient inutilement encombré le texte.

Cette distinction a une réelle importance pratique. Elle oblige à séparer les interventions qu'avec Courvoisier on peut appeler *typiques* de celles qui s'adressent (on les a dit *atypiques*) à des vésicules malades et *très adhérentes*, fistuleuses ou non, accompagnées ou non de phlegmons et d'abcès péricholécystiques. On ne peut, en effet, comparer entre elles des opérations aussi dissemblables.

**Synonymie.** — L'incision simple de la vésicule biliaire a déjà reçu bien des appellations diverses. Nous nous bornons à citer les suivantes : *cystofelleotomia* (Rossi), terme qui fut appliqué dès 1846 à l'ouverture des vésicules adhérentes; *cholélithotomie* (Bardenheuer, 1887); *cholélithectomie* (Ransohoff, 1887); *taille biliaire* (Dureau, 1885). Le terme de *cholécystotomie*, universellement adopté aujourd'hui, est d'ailleurs celui qui prête le moins à la confusion; il est dû à Marion Sims, qui exécuta le premier cette opération (1878).

**Historique.** — Dès 1743, J.-L. Petit émit l'idée que les opérations pratiquées sur la vessie pouvaient être exécutées sur la vésicule biliaire, surtout quand les parois de ce réservoir étaient *adhérentes* à la paroi abdominale. Aussi Scharp, en 1750, Sauvart, Morand en 1756, se permettent-ils d'inciser la vésicule adhérente pour en extraire des calculs.

Bloch (1774), puis Richter (1798) proposèrent bientôt de tourner la difficulté qui avait arrêté J.-L. Petit, à savoir la situation presque flottante dans l'abdomen de la vésicule du fiel, en déterminant au préalable la *formation d'adhérences* entre cette dernière et la paroi abdominale, et en n'ouvrant la vésicule que *secondairement*. En 1826, Campaignac fit des expériences qui démontrèrent la justesse de ces remarques.

Mais, comme l'a bien fait remarquer Courvoisier, ce serait Carré, chirurgien français, sous-aide-major au Val-de-Grâce, qui, en 1833, dans sa thèse de doctorat, aurait le premier émis l'opinion qu'il était possible d'attaquer chirurgicalement les tumeurs *non adhérentes* formées par la vésicule biliaire; qui aurait conseillé de les inciser directement, et qui serait, par conséquent, le père de la véritable cholécystotomie. Et, comme il faut désormais ne considérer comme cholécystotomies vraies que les opérations faites sur des vésicules non adhérentes, rien de plus juste que d'attribuer à Carré le réel mérite d'avoir soupçonné tout l'avenir de la chirurgie biliaire, en pensant qu'on pouvait ouvrir, dans de telles conditions, une vésicule plus ou moins libre dans la cavité abdominale.

Jusqu'au mémoire de Thudichum pourtant (1859), Carré

même y compris, les auteurs précités n'apportent pour la solution du problème, désormais bien posé il est vrai, que des raisonnements, sans faits cliniques. Thudichum ne fit pas d'ailleurs la cholécystotomie et se borna à indiquer, toujours théoriquement, un procédé réellement pratique de taille biliaire.

L'honneur de la première intervention de ce genre appartient à Bobbs (1867). Encore cette opération ne fut-elle que le résultat d'une erreur de diagnostic (1). Et, malgré les tentatives de Brown (1878) et de Blodgett (1879), il faut arriver à Marion Sims, qui, le 18 avril 1878, c'est-à-dire il y a un peu plus de vingt ans seulement, pratiqua de propos délibéré l'incision de la vésicule biliaire. Il en retira 66 calculs ; malheureusement sa malade mourut. Il était réservé à Kocher (de Berne) de guérir la patiente, qu'il opérait deux mois plus tard.

Depuis cette époque, déjà bien loin de nous, à la vitesse dont marche la chirurgie biliaire, les observations se sont multipliées et l'on en compterait aujourd'hui certainement plus de 600 [dont 200 pour Kehr (d'Halberstadt) seul] avec plus de 500 guérisons, depuis le succès de Kocher, éparses de ci de là dans la littérature médicale des deux mondes.

**Manuel opératoire.** — Ces opérations, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer, ont été exécutées par des procédés variés, qu'on peut assez facilement classer aujourd'hui : d'où la nécessité d'en donner d'abord un aperçu d'ensemble et d'en décrire avec soin les principaux, en insistant surtout sur les plus usuels d'entre eux.

Le terme général de cholécystotomie s'applique à toute ouverture de la vésicule biliaire, quel qu'en soit le but; mais on peut avoir à pratiquer cette incision de la vésicule dans deux circonstances différentes, avec l'intention bien arrêtée à l'avance d'arriver soit à un résultat donné, soit à un autre tout opposé. Et, partant, il y a là deux modes opératoires distincts, qu'il importe de préciser.

1° Dans certains cas en effet, on cherche à créer une ouverture persistante de la vésicule, de façon à ce que la bile puisse s'écouler librement au dehors. On établit ainsi une fistule à ce réservoir : on crée une véritable *bouche artificielle*. Cette intervention mérite une dénomination spéciale et le terme de *cholécystostomie* (στομα bouche), proposé par Courvoisier, semble parfaitement justifié. Ce qu'on recherche avant tout en l'espèce, c'est un *orifice persistant*, tout à fait comparable à celui de la gastrostomie, voire même de l'entérostomie. On pourrait aussi appeler cette bouche contre nature une *fistule biliaire artificielle*.

2° Dans tous les autres cas, on n'ouvre la vésicule que pour y manœuvrer à l'aise pendant un instant, relativement court, et dans l'intention bien arrêtée de la refermer, aussitôt l'action chirurgicale terminée. C'est là la véritable *cholécystotomie*, la cholécystotomie proprement dite. Et, si l'on voulait opposer à l'expression de fistule biliaire artificielle, considérée comme synonyme de cholécystostomie, un autre terme, on pourrait adopter ici celui de *taille biliaire*.

Nous aurons donc à décrire successivement :

I. *Les cholécystostomies*.
II. *Les cholécystotomies*.

(1) Ce qui explique, dans une certaine mesure, les revendications des Anglais qui réclament pour Bobbs l'honneur d'avoir exécuté la première opération sur les voies biliaires de l'homme.

## I

### DES CHOLÉCYSTOSTOMIES

**Définition.** — Toutes les opérations de fistules artificielles, qu'il s'agisse de l'estomac, de l'intestin ou de la vésicule biliaire, peuvent être exécutées en un ou en deux temps.

Nous devons donc distinguer ici deux variétés de cholécystostomies, faites tantôt en un temps, tantôt en deux temps, suivant que l'on a cru nécessaire ou non d'attendre la formation d'adhérences entre la paroi abdominale et la vésicule, avant d'inciser cette dernière. Ce sont :

1° La *cholécystostomie en deux temps* ; 2° la *cholécystostomie en un seul temps*, ou cholécystostomie proprement dite.

#### I. Cholécystostomie en deux temps

**Historique.** — Très usitée encore, même de nos jours, en Allemagne, la cholécystostomie en deux temps a été proposée par Bloch, Richter et surtout Carré, tentée sans succès par Blodgett, et exécutée pour la première fois par Kocher, puis par Bardenheuer, Riedel, Kehr (8 cas), etc. Riedel en reste partisan convaincu; mais la vogue de ce procédé tend cependant à baisser, malgré le récent plaidoyer de son plus ferme défenseur (1892). En fait, comme toutes les opérations en deux temps, cette cholécystostomie, dont il existe une cinquantaine d'observations publiées, répugne quelque peu aux chirurgiens actuels, que le péritoine n'effraie plus.

**Manuel opératoire.** — Le manuel opératoire est très simple.

1° Dans un *premier temps*, après avoir pris les précautions d'usage (désinfection de la région, etc.), on fait une laparotomie latérale et supérieure droite, au niveau du bord externe du muscle droit, au point classique pour l'incision de la cholécystotomie. On incise la paroi abdominale dans toute son épaisseur, y compris le péritoine. La vésicule, généralement distendue, apparaît alors au fond de la plaie, faisant une saillie notable.

Ceci fait, on peut procéder de deux façons différentes :

*a*. Tantôt on laisse les choses en l'état et on se borne à appliquer un pansement antiseptique, en tamponnant la plaie. On abandonne ainsi à la nature le soin de déterminer la formation d'*adhérences* entre le péritoine pariétal et la vésicule. Cette manière de faire est rarement mise en pratique.

*b*. Tantôt on suture la paroi de la vésicule distendue aux bords de la plaie abdominale à l'aide de fils de soie. Puis on applique un pansement antiseptique. Dans presque tous les cas, on a procédé de la sorte.

2° Après quelques jours (de trois à huit jours), qu'on ait ou non pratiqué la fixation de la vésicule (sorte de *cholécystopexie* d'attente), on enlève le pansement et termine l'opération dans un *second temps*. Ce deuxième temps consiste à ouvrir plus ou moins largement la tumeur biliaire, unie par des adhérences aux bords de la plaie pariétale de l'abdomen. On fait tantôt cette ouverture au bistouri, tantôt au thermocautère. Le contenu s'échappe au dehors, sans qu'on puisse craindre son irruption dans l'intérieur de la cavité abdominale.

Ce procédé est, en somme, tout à fait comparable à ceux qu'on a préconisés récemment pour l'intestin et l'estomac.

Comme tous les autres, il a donné lieu à des insuccès ; mais

ceux-ci ne plaident ni pour ni contre cette façon d'opérer, où une trop grande prudence paraît s'allier à une trop vive confiance dans les efforts de la nature.

Bien entendu, les incisions abdominales ont varié avec les chirurgiens; mais nous en retrouverons l'énumération à l'étude de la cholécystostomie en un temps.

*Modification de Landerer.* — Pour être complet, signalons à cette méthode en deux temps une *modification de Landerer* (1886). Quelquefois, le bord de la glande hépatique descend très en avant et cache la vésicule malade, mais peu distendue; et si, dans ces conditions, on veut opérer en deux temps, il est impossible d'aboutir, car on ne peut amener la vésicule au contact de la paroi. Or, dans un de ces cas, Landerer, au lieu de libérer avec soin le fond de la vésicule, tourna la difficulté en déterminant, dans un premier temps, la formation d'adhérences entre le foie et la paroi de l'abdomen; puis, dans un second, il transperça, avec un trocart dirigé vers la vésicule, le tissu hépatique et la paroi du réservoir biliaire, comme cela a été fait pour certaine variété de kyste hydatique du foie ou d'abcès biliaire. Le trocart, laissé en place, servit de guide pour inciser la languette glandulaire et la vésicule à l'aide du thermocautère. Il n'est pas besoin d'ajouter que ce procédé, un peu étrange, pour ne pas dire plus, qui ajoute une *hépatotomie* à l'incision de la vésicule (c'est alors une *cholécystostomie transhépatique*), ne devra jamais être employé, à moins de circonstances toutes particulières.

## II. Cholécystostomie en un temps

**Historique.** — Pratiquée pour la première fois, en 1867, par Bobbs, mais pour une erreur de diagnostic, la cholécystostomie en un temps appartient vraiment à Marion Sims. Depuis lors, elle a été vulgarisée par Lawson Tait.

**Définitions.** — On peut pratiquer cette opération de deux façons différentes; et, pour ces deux procédés, nous avons adopté les dénominations suivantes :

a. *Cholécystostomie à incision première et à fixation dernière.*
b. *Cholécystostomie à fixation première et à incision dernière.*

*a.* Dans le premier procédé, le péritoine ouvert, on incise d'abord la vésicule et on ne suture les bords de cette incision abdominale qu'à la fin de l'intervention. C'est là, la cholécystotomie *classique*, vulgaire, celle qui fut faite par Bobbs et surtout par Sims (18 avril 1878), Keen, etc., celle qui porte le nom de cholécystotomie de Sims, celle dont Lawson Tait a assuré le succès sous le nom de *cystotomie naturelle*. C'est là une CHOLÉCYSTOSTOMIE A INCISION PREMIÈRE ET A FIXATION OU SUTURE DERNIÈRE.

Cette opération a été pratiquée au moins cent cinquante fois déjà. La statistique la plus soignée (quoique déjà ancienne), que nous possédions, est celle de Courvoisier, et la plus récente, celle de Blaise, fournit cent trente observations environ. Elles sont pourtant bien incomplètes, car elles s'arrêtent à 1892! Celle de Courvoisier laisse de côté la plupart des opérations faites en France, avant la publication de son travail; et un grand nombre d'observations étrangères manquent à la liste de Blaise.

*b.* Il est un autre mode d'intervenir en un seul temps. La vésicule étant bien visible au fond de la plaie de la paroi, au lieu de l'inciser de suite, on commence par la suturer aux bords de l'incision pariétale, comme si l'on voulait faire une cholécystostomie en deux temps. La fixation terminée par ces points de sutures cholécysto-pariétaux, on ouvre la vésicule; de la sorte, aucune parcelle de son contenu ne peut tomber dans la cavité abdominale.

Cette CHOLÉCYSTOSTOMIE A SUTURE OU FIXATION PREMIÈRE ET A INCISION DERNIÈRE, exécutée pour la première fois par Ransohoff en 1882, n'a guère été utilisée qu'une vingtaine de fois. On voit qu'il s'agit là d'un manuel opératoire franchement intermédiaire entre la cholécystostomie de Sims et la cholécystostomie en deux temps.

### 1° Cholécystostomie a fixation première et incision dernière

*Historique.* — Cette cholécystostomie, après Ransohoff, a été utilisée en Allemagne par Trendelenburg, et en France par Félizet (1885), Vincent, Chaput, Terrier, et Berger. Dès 1886, Dénucé la recommandait chaudement. On en connaissait au moins une vingtaine d'observations à l'époque de la thèse de Blaise.

*Manuel opératoire.* — Pour l'exécuter, l'incision abdominale conduite jusqu'au péritoine inclusivement, — cette incision est d'ordinaire latérale, — on fixe la vésicule non ouverte aux bords de la plaie qu'on vient de faire, après l'avoir dégagée et attirée en avant : ce qui n'est pas toujours facile en raison des adhérences ou du petit volume de l'organe (fig. 1). Dans quelques cas, on a été obligé, au préalable, de faire une ponction.




Fig. 1. — Cholécystostomie en un temps à fixation première. — A, B, ligne d'incision des téguments; à ses deux extrémités, on a fixé, à l'aide de points de suture, la séreuse vésiculaire.

Pour obtenir la fixation de la vésicule, on maintient, avec quelques pinces, les bords du péritoine. A l'aide d'une aiguille munie d'un fil de soie, on place six à huit points de suture, de façon à unir la séreuse viscérale à la séreuse pariétale. *Six à huit* de ces points doivent être parallèles à l'incision abdominale, tandis que les deux extrêmes doivent être perpendiculaires (fig. 1). Chaque anse parallèle pénètre, du côté de la vésicule, dans la séreuse et la couche musculaire sur une étendue de 1 centimètre et ses deux extrémités, après avoir perforé la séreuse pariétale, viennent du côté externe se nouer dans la paroi musculaire sectionnée. On place ainsi trois sutures de chaque côté. Quand la vésicule est volumineuse, on doit faire un plus grand nombre de points (fig. 2). Les sutures perpendiculaires sont passées à la façon de Lembert. Au-dessus et au-dessous de la vésicule, on ferme la cavité péritonéale, comme dans toute laparotomie.

La fixation de la vésicule terminée et la plaie abdominale obturée à l'aide de sutures à la soie complémentaires, on ouvre la vésicule, soit avec des ciseaux, soit mieux à l'aide

de la pointe du bistouri (fig. 2). Cette ouverture peut être large, ou au contraire très étroite, selon le but à atteindre, et en particulier selon que l'on veut explorer la vésicule ou simplement lui faire une ouverture.

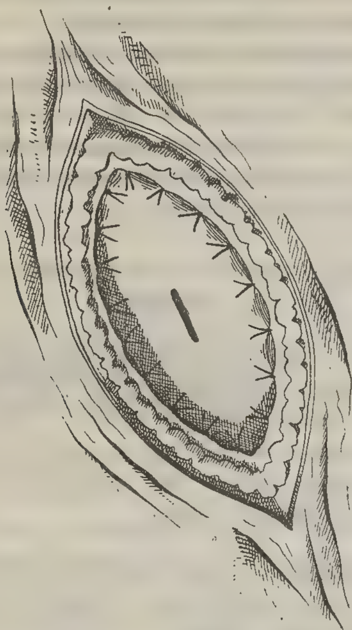


Fig. 2. — Cholécystostomie en un temps à fixation première. — La vésicule est suturée aux bords de la plaie cutanée dans toute leur étendue; l'incision est amorcée.

Quand on se propose d'établir une fistule persistante, il faut suturer la muqueuse de la vésicule à la peau, comme dans la gastrostomie (Terrier) [fig. 3]. Pourtant cette manœuvre n'est pas toujours possible (Terrier), en particulier quand la vésicule n'est pas notablement distendue et quand l'incision de la paroi ne lui correspond pas exactement.

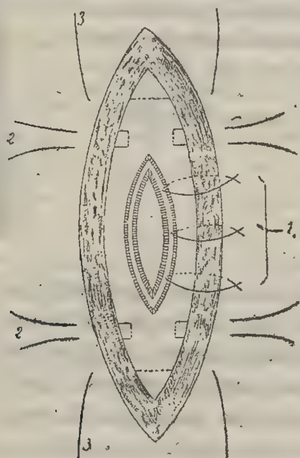



Fig. 3. — Cholécystostomie à fixation première (d'après le procédé de fixation de Terrier). — Vésicule ouverte. — *Légende* : 1, couronne de points séro-cutanés pour maintenir ouverte la bouche artificielle; 2, points latéraux de fixation; 3, points d'angle fixateurs.

On a accusé cette méthode de créer, par les orifices de passage de l'aiguille, une issue au liquide biliaire infecté : d'où la possibilité d'accidents péritonéaux. Mais il est un moyen d'éviter ce danger, c'est de ponctionner la vésicule lorsqu'elle est trop distendue, et surtout de s'assurer qu'on ne passe l'aiguille que dans l'épaisseur des parois de la vésicule, parois toujours plus épaisses qu'on ne serait tenté de le croire.

*Modification*. — Dans un cas, Zielewicz (1887) a cru devoir ajouter à cette opération la *résection du canal cystique entre deux ligatures*. Il est inutile d'ajouter que cette addition, qui complique inutilement l'intervention, présente tous les inconvénients de la cholécystectomie, sans en avoir les avantages. Elle est donc complètement à rejeter (1).

2° Cholécystostomie a incision première et a fixation dernière

Nous allons décrire avec plus de détails cette cholécystostomie en un seul temps, car c'est la plus connue. C'est d'ailleurs l'opération classique, celle qui est d'un usage courant désormais; celle de Sims, de Tait, etc.

*Manuel opératoire*. — Cette opération, en dehors des précautions nécessaires pour rendre aseptique (2) la région sur laquelle va intervenir le chirurgien, comprend comme temps successifs :

1° L'incision de la paroi abdominale (laparotomie paracholé̲cystique); 2° l'exploration digitale par l'intérieur de la cavité abdominale de la vésicule et des canaux cystique et cholédoque; 3° la ponction de la vésicule, généralement dilatée; 4° l'*incision* large de la vésicule (taille biliaire); 5° l'ablation de son contenu : liquide ou solide (calculs); 6° le cathétérisme des voies biliaires; 7° la *fixation* des lèvres de l'incision vésiculaire à la paroi, avec fermeture de la plaie abdominale dans une certaine partie de son étendue; 8° le pansement.

Nous n'insistons pas sur les *instruments* nécessaires pour exécuter cette opération; ce sont ceux utilisés dans toutes les laparotomies. Toutefois, quand il s'agit d'extraire par la taille biliaire de nombreux calculs enclavés dans le canal cystique, on fera bien de se munir de petites curettes, en forme de cuillers, très commodes pour cueillir les calculs dans les diverticules du cystique, de spatules, de petites pinces curettes, de stylets ou d'aiguilles longues, analogues à des aiguilles à tricoter, à l'aide desquelles on peut déplacer les calculs enchatonnés.

Après avoir exécuté une *laparotomie* paracholécystique, c'est-à-dire une laparotomie supérieure au niveau du bord externe du muscle droit, à l'aide des doigts on *explore* la vésicule. On introduit un, deux ou trois doigts dans la plaie, voire même quelquefois la main tout entière; on se rend compte du contenu de la vésicule, du canal cystique et du canal cholédoque; et, l'exploration terminée, on s'efforce d'attirer la tumeur biliaire entre les lèvres de la plaie, après l'avoir libérée de ses adhérences avec les organes voisins.

Nous n'insisterons pas sur cette *libération*, sauf pour recommander une fois de plus qu'elle doit être faite avec une prudence extrême, car les parois de la vésicule sont toujours altérées et friables.

Avant de ponctionner la vésicule pour vider la tumeur biliaire, il faut s'efforcer de protéger le péritoine pour éviter tout écoulement de bile septique dans l'abdomen. On enveloppera donc la partie de la vésicule herniée dans la plaie avec des compresses stérilisées, de façon à barrer la route aux liquides dangereux qui pourraient s'échapper.

(1) Voir chapitre « Cysticectomie », in : *Les opérations nouvelles sur les voies biliaires*, par Marcel Baudouin. — Paris, Inst. de Bibliogr., 1897, p. 74-77.

(2) Rien de spécial à ce propos. Voir les Traités d'asepsie chirurgicale pour ce qui concerne la désinfection de la peau.

La *ponction*, préconisée par Witzel, s'exécute, au trocart ordinaire ou à l'aide d'un aspirateur quelconque, sur le fond de l'organe; quelquefois le contenu de la vésicule ne s'écoule qu'avec difficulté, en raison de sa nature visqueuse, ou de la présence d'une sorte de boue biliaire. Cette ponction facilite beaucoup l'opération elle-même et l'exploration.

La paroi de la tumeur est ensuite *incisée* aux ciseaux ou au bistouri, suivant la direction de la plaie abdominale. Cette ouverture doit, bien entendu, passer par le point de ponction et être assez grande pour qu'on puisse y introduire un doigt et l'extrémité des instruments. Si la vésicule contient des corps étrangers, c'est-à-dire des calculs, on les extrait aussi complètement que possible. Cela fait, on procède au cathétérisme des voies biliaires, pour s'assurer qu'aucun obstacle au cours de la bile ne demeure.

Après un nettoyage mécanique et aseptique de la cavité de la vésicule (eau stérile), on procède à la *fixation* des lèvres de la plaie vésiculaire à la plaie pariétale. La suture est délicate, et mérite d'être décrite avec soin, aussi bien que celle de la gastrostomie.

Il s'agit en effet, ici, de créer une fistule persistante et d'empêcher la bile de s'infiltrer dans l'abdomen. Pour atteindre ce but, on maintient hors du ventre, à l'aide de deux ou trois pinces à forcipressure, les lèvres de la plaie vésiculaire, après l'avoir oblitérée avec un petit tampon stérile, et on commence par placer plusieurs points de sutures de Lembert, d'abord aux deux extrémités supérieures et inférieures de l'incision vésiculaire, puis tout autour de l'ouverture. Ces anses de fil, qui ne prennent que la séreuse et la musculeuse vésiculaires, sont passées ensuite à travers le péritoine pariétal et les muscles de la paroi. On unit intimement, de la sorte, la séreuse vésiculaire à la séreuse péritonéale. Ce modus faciendi assure, d'une part, la fixation parfaite de l'organe, et, d'autre part, la protection de la cavité péritonéale.

Il ne reste plus qu'à établir la fistule. On y parvient en utilisant deux plans de suture. Le premier se compose d'une série de points séparés, comprenant la paroi musculaire, la séreuse vésiculaire et le péritoine pariétal; d'ordinaire trois points suffisent sur chaque lèvre de l'incision vésiculaire. Le second plan est destiné à unir, le plus intimement possible, la muqueuse aux téguments, de manière à réaliser, à l'aide de cette suture musculo-cutanée, une véritable continuité entre ces deux organes.

Quand l'ouverture biliaire est faite avec autant de soin, on obtient une fistule artificielle parfaite, qui *persiste*. Mais, quand on ne cherche pas à avoir une bouche biliaire aussi durable, il est inutile d'avoir recours à ce deuxième plan de sutures. Pour ces sutures, on emploiera de préférence de la soie fine stérilisée et une petite aiguille de Reverdin.

Il ne reste plus qu'à fermer, au-dessus et au-dessous de la fistule biliaire, la plaie abdominale, comme dans toute laparotomie, à l'aide de sutures à triple étage. Enfin, un petit drain est généralement placé dans la bouche biliaire, et le tout est recouvert d'un pansement aseptique et antiseptique.

*Modifications*. — M. Henri Delagénière (du Mans), dans un but spécial, a proposé de procéder à cette fixation de la vésicule à la paroi d'une autre façon, qui rendra, dans certaines circonstances, de réels services. A cette modification de technique, il a donné le nom de *cholécystostomie temporaire* ou *transmusculaire* (1).

Cette manière de faire consiste, au moment où l'on fixe le fond de la vésicule au péritoine pariétal (fig. 4), à faire

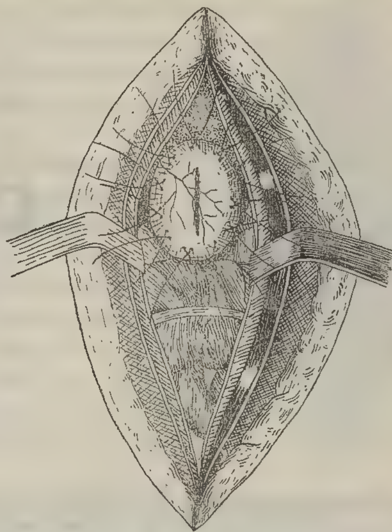


Fig. 4. — Cholécystostomie temporaire. — Fixation de la vésicule à la paroi. Fond soulevé; fils placés.

saillir ce fond au-dessus de la séreuse, en plaçant les sutures séro-séreuses à une certaine distance (correspondant à l'épaisseur du muscle droit) de la séreuse fermée au-dessous à l'aide d'un surjet. Puis, le muscle droit est transfixé à 5 ou 6 millimètres de sa ligne d'incision et parallèlement à ses fibres, de façon à y pratiquer une boutonnière juste suffisante pour contenir l'extrémité herniée de la vésicule (fig. 5). Celle-ci est attirée dans cette boutonnière

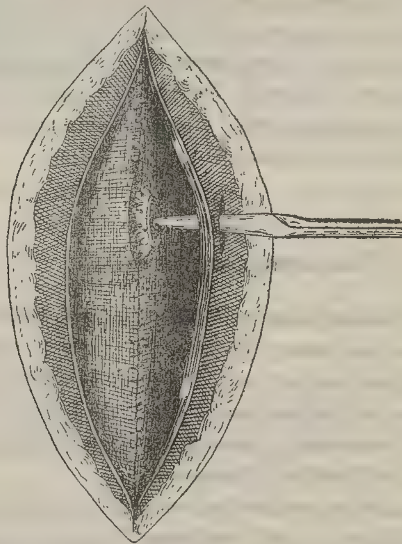


Fig. 5. — Cholécystostomie temporaire. — Vésicule fixée au péritoine. Boutonnière dans le grand droit. Pince saisissant la bouche vésiculaire pour l'introduire dans la boutonnière.

musculaire avec une pince (fig. 5); puis, les lèvres de la plaie vésiculaire sont fixées à l'aponévrose antérieure du muscle par des points séparés qui prennent toute l'épaisseur des

(1) Langenbuch (*Chirurgie der Leber und Gallenblase*, 1898) a eu tort de décrire ce procédé au chapitre de la *cholécystotomie*. C'est bien là une *cholécystostomie*, au point de vue de la médecine opératoire.

parois de la vésicule (fig. 6). On se garde bien de faire une suture muco-cutanée. Si l'ouverture faite à la vésicule est trop grande, on la rétrécit avec quelques points de suture,

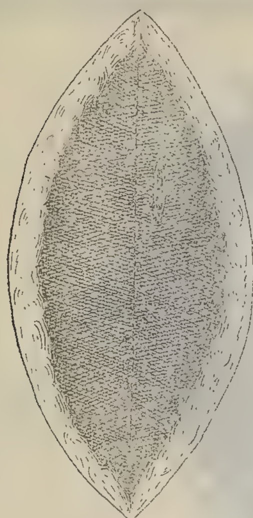


Fig. 6. — Cholécystostomie temporaire. — Vésicule suturée par la boutonnière musculaire à l'aponévrose antérieure du droit. Surjet sur l'aponévrose.



Fig. 7. — Cholécystostomie temporaire. — Peau suturée au crin de Florence. Drain placé dans la vésicule.

avant la fixation à l'aponévrose. Un drain est ensuite placé dans l'orifice, et l'aponévrose des droits, suturée à l'aide d'un surjet (fig. 7). Le reste de l'opération s'exécute comme d'ordinaire.

D'après M. H. Delagénière, ce manuel opératoire constitue une transition entre la *cholécystostomie vraie* et la *cholécystotomie*, et en particulier la cholécystotomie à sutures intrapariétales.

Kehr (1898) distingue deux variétés de cholécystostomies exécutées sur des vésicules de dimensions très restreintes : *a.* la cystostomie avec *suture partielle*; *b.* la cystostomie *par le procédé de l'outre* (Schlauch Verfahren); mais ces dénominations, qui se comprennent d'elles-mêmes, ne nous paraissent pas nécessiter de descriptions spéciales.

## II

## DES CHOLÉCYSTOTOMIES

Il existe également deux procédés de taille biliaire :

1° Dans l'un, on suture la vésicule dans la cavité abdominale et l'organe suturé est abandonné dans la cavité péritonéale. C'est la *cholécystotomie idéale* de Bernays, la *cholécystendyse* de Courvoisier, la *cholécystotomie à sutures perdues intra-péritonéales* (Terrier et Baudouin).

2° Dans l'autre, on suture la vésicule à la paroi abdominale (cholécystopexie), puis on ferme l'incision dans l'épaisseur de cette paroi elle-même (*cholecystendyse mit ventrofixation* de Langenbuch). C'est la *cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales* (Terrier et Baudouin).

### I. Cholécystotomie a sutures perdues intra-péritonéales

**Historique.** — Cette opération, exécutée pour la première fois par Meredith, en 1883, en présence de Spencer Wells, qui paraît lui en avoir suggéré l'idée, a été répétée par Gross, étudiée surtout par Courvoisier, et faite par Küster, Lange, Keen, Bernays, Pringle, Thornton, Kehr (7 cas), etc., et surtout Heussner. Elle n'aurait pas été exécutée en France, a dit Blaise dans sa thèse : ce qui est une erreur, car Doyen (de Reims) la pratiqua dès juin 1892, en ma présence.

**Manuel opératoire.** — Il consiste à ouvrir la cavité péritonéale assez largement pour qu'on puisse arriver sur la vésicule. L'incision de la paroi a été faite tantôt latéralement, tantôt sur la ligne médiane, parfois oblique et même transversale (1). Après l'avoir attirée autant que possible à l'extérieur, ponctionnée ou non, on *incise* ensuite la *vésicule* (fig. 8) et on *extrait les calculs.*

Le dernier temps de l'opération est le point capital : il réside dans la *fermeture* de la plaie vésiculaire.

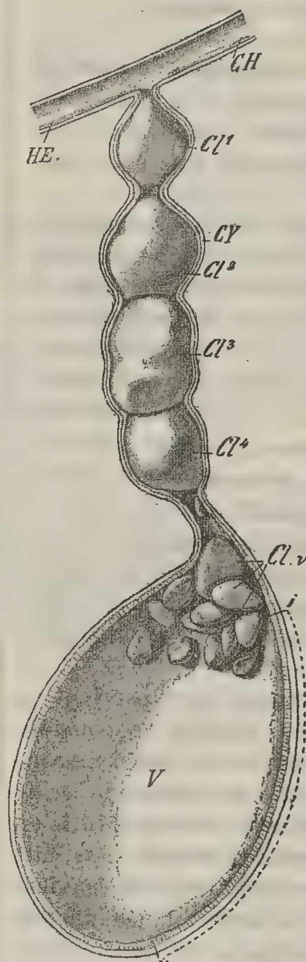



Fig. 8. — Cholécystotomie à sutures perdues intrapéritonéales. — *Premier temps* : incision intra-péritonéale de la vésicule biliaire (Doyen). — *Légende* : *V*, vésicule; *ii'*, incision sur la vésicule; *Cl.v*, calculs vésiculaires; *CH*, canal cholédoque; *HE*, canal hépatique; $Cl^1$, $Cl^2$, $Cl^3$, $Cl^4$, canal du cystique; *CY*, canal cystique.

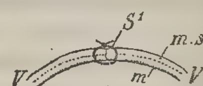



Fig. 9. — Cholécystotomie à sutures perdues. — *Troisième temps* : suture de fermeture mécanique (Doyen). — *Légende* : *V*, vésicule biliaire; *m*, muqueuse; *m.s*, musculo-séreuse; $s^1$, premier étage de la suture en surjet.

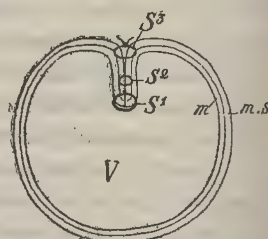



Fig. 10. — Cholécystotomie à sutures perdues (Doyen). — *Troisième temps* : suture de garantie ou suture antimicrobienne. — *Légende* : *V*, vésicule biliaire ; *m*, muqueuse; *m.s*, musculo-séreuse; $S^1$, premier étage; $S^2$, deuxième étage; $S^3$, troisième étage de la ligature en surjet.

D'ordinaire, on a eu recours au procédé de Lembert (*un seul plan* de suture *à points séparés*) ou mieux à celui de Czerny (*deux plans* de suture *à points séparés*), que nous n'avons pas à décrire ici. Roux a fait une première suture

(1) Dans un cas, Bogajewski (1891), par suite d'une erreur de diagnostic, a fait d'abord une incision *lombaire*, ainsi que Tischendorf.

en *surjet* et a placé au-dessus de celle-ci quelques *points séparés* (procédé de Rydygier).

Loreta a utilisé *deux étages de surjet*; mais, le premier plan terminé, il a eu soin de déprimer la vésicule au niveau de la suture; la dépression produisant deux plis longitudinaux parallèles, on place le second surjet de façon à réunir ces deux plis. Il a donné le nom impropre de *cholécystorraphie* à cette simple modification de la suture.

D'autres chirurgiens, et en particulier Doyen, ont fait une suture séreuse en surjet *à trois étages* (fig. 9 et 10). En tous cas, l'importance de cette suture est telle que c'est de sa solidité que dépend le succès.

Quand la vésicule est bien obturée, on l'abandonne dans la cavité abdominale et on suture la plaie pariétale.

*Modification.* — *a.* Bojajewsky (1891) vante l'*incision lombaire*, combinée à l'incision classique de la paroi abdominale antérieure, pour atteindre la vésicule, quoiqu'il ne l'ait employée que parce qu'il croyait avoir affaire à une affection rénale. Il insiste sur ce fait que de cette façon on opère en dehors de la grande cavité péritonéale. S'il en était ainsi, il ne s'agirait plus là de cholécystotomie à sutures intra-péritonéales, mais bien intra-pariétales; en réalité, il a opéré dans l'abdomen. Tischendorf a fait de même.

### II. Cholécystotomie a sutures intra-pariétales

**Historique.** — Ce procédé, utilisé d'abord par Parkes et Carmalt (1886), puis par Czerny, Socin, Kümmell (M. Baudouin), Langenbuch, Winckelmann, Kehr (2 cas), a été employé au moins une fois en France, par M. Vautrin (Blaise).

C'est une opération qui doit être prise en sérieuse considération (Terrier) et qui est en quelque sorte intermédiaire entre la cholécystostomie classique et la cholécystotomie idéale. Elle est la prudence même, comparée à la cholécystendyse, car, si les sutures de la vésicule cèdent, la bile s'écoule au dehors et non dans l'abdomen, surtout si la plaie a été drainée.

Comme la cholécystostomie, elle présente deux variétés :

*a.* Dans la première, la fixation précède l'incision de la vésicule et la suture. C'est là le procédé américain type, qui date de 1886 et qui n'a, à ce qu'il semble, été exécuté en Europe que par Kümmell (1890) (M. Baudouin). Nous dénommons ce procédé de Parkes-Carmalt : *cholécystotomie à sutures intra-pariétales premières* (par abréviation de *à sutures intra-pariétales avec fixation première*).

*b.* Dans la seconde, la fixation n'a lieu qu'après l'incision de la vésicule. Czerny, Socin, Langenbuch, Vautrin ont eu recours à ce procédé. Nous réservons à l'opération de Czerny la dénomination de : *cholécystotomie à sutures intra-pariétales dernières* (toujours par abréviation de : *avec fixation dernière*).

**Manuel opératoire.** — A. *Cholécystotomie à sutures premières.* — Les deux premiers temps de cette opération sont les mêmes que ceux de l'opération de Ransohoff. Après avoir incisé la paroi abdominale et le péritoine, on met à nu la vésicule; puis on fixe celle-ci à la séreuse et à la couche musculaire sous-jacente.

A ce moment seulement, la fixation terminée, on incise largement la vésicule pour pouvoir évacuer son contenu. Après avoir extrait les calculs et terminé l'exploration, on procède à la suture de l'incision vésiculaire, comme dans la cholécystendyse; mais cette suture est extra-péritonéale. Enfin, on suture par-dessus la plaie abdominale.

Si l'on draine, ce qui est prudent (Terrier), il vaut mieux recourir plutôt à une simple lanière de gaze antiseptique qu'à un drain, qui peut amener des érosions de la paroi de la vésicule (Blaise).

Il est évident que, pour que ce procédé, auquel on peut adresser les mêmes critiques qu'à celui de Ransohoff, soit utilisable, il est nécessaire que la vésicule ne soit pas trop atrophiée. Elle était dilatée dans le cas de Carmalt et l'opéré a guéri : ce qui n'a pas eu lieu pour le malade de Parkes.

B. *Cholécystotomie à sutures dernières.* — Dans ce cas, on incise d'abord la vésicule, on fait les manœuvres nécessaires, puis on suture cette incision à la façon de Lembert ou de Czerny.

Il s'agit maintenant de fixer la vésicule à la paroi. Czerny a suturé le péritoine au-dessus et au-dessous de la vésicule, puis a continué à droite et à gauche de l'organe par une suture en surjet, comprenant le péritoine et la séreuse vésicale. Cette suture forme ainsi autour de la suture de l'incision cholécystique une collerette péritonéale.

M. Vautrin a remplacé cette suture en collerette par le procédé suivant. Il a pris le péritoine dans chaque anse de fil de la suture cholécystique, faite à la Czerny. En allant de dehors en dedans, le péritoine pariétal, puis la paroi vésiculaire, ont été saisis; on a continué le deuxième rang de la suture de Czerny pour prendre à nouveau le péritoine du côté opposé. De cette façon on forme tout aussi bien une barrière péritonéale autour de la suture vésiculaire : ce qui évite la troisième suture en collerette et les tiraillements qu'elle nécessite.

Le procédé de Czerny semble être le procédé de choix pour la cholécystotomie à sutures intra-pariétales. De la sorte, on évite complètement, en effet, tous les inconvénients de la cholécystotomie idéale. Reste à savoir si les adhérences formées ne peuvent pas parfois devenir douloureuses; mais sur ce point la clinique n'a pas encore parlé.

### III. Cholécystotomie en trois temps

On a pratiqué la cholécystotomie, non plus en deux temps, comme la cholécystostomie, mais en *trois temps*.

Cette opération a été exécutée en 1889 par Senger et Wölfler, puis modifiée par Bloch. C'est évidemment une opération de transition entre la cholécystendyse et la cholécystostomie à sutures intra-pariétales typique.

Dans un *premier temps*, on met à nu la vésicule et on la fixe aux lèvres de la plaie abdominale. Deux ou trois jours après (*deuxième temps*), quand ces adhérences se sont développées, la vésicule est ouverte et vidée (on a exécuté ainsi une cholécystostomie en deux temps). Mais ici, immédiatement, on pratique la suture vésiculaire, dans l'intérieur des parois. (On vient dans ce cas de faire une cholécystotomie à sutures intra-pariétales à fixation première.)

Enfin, dans un *troixième temps* (qui paraît *a priori* inutile, puisqu'on peut laisser la vésicule ainsi adhérente), Wœlfler a détruit les adhérences, après avoir constaté que la bile ne s'écoulait pas par la suture, et a abandonné la vésicule dans la cavité abdominale, comme dans la cholécystendyse. Cette destruction n'est malheureusement pas toujours possible (Senger).

Si, dans l'intervalle du deuxième au troisième temps, on s'aperçoit que la suture n'a pas bien tenu, on la refait

deux, trois ou quatre fois, s'il le faut, jusqu'à ce qu'elle soit parfaite.

*Cholécystotomie extra-abdominale ou extra-cutanée.* — Bloch (de Copenhague) a eu recours à cette même opération, en la modifiant un peu (1). Au premier temps, il sort la vésicule par la plaie abdominale (de préférence, il incise sur le bord droit du muscle droit) et la place sur la peau de l'abdomen. Il laisse des adhérences se former spontanément, au lieu de fixer la vésicule par des sutures. Au deuxième temps, il ne rentre pas cette vésicule et il ne la réintroduit dans le ventre qu'ultérieurement, lorsque la cicatrisation de l'incision cholécystique est complète.

Cette opération de Wœlfler-Senger et celle de Bloch sont trop complexes pour pouvoir être adoptées dans la généralité des cas ; en réalité elles ont été complètement abandonnées.

**Suites opératoires.**— Les accidents post-opératoires graves sont presque identiques, qu'il s'agisse de cholécystostomie ou de cholécystotomie. Ils sont plutôt la conséquence de l'état antérieur des malades, au point de vue général et local, que de ces opérations elles-mêmes. Il faut certainement mettre à part ceux qui sont particuliers à la cholécystotomie idéale, mais toutefois se rappeler que, *dans aucun cas, la mort n'est survenue par insuffisance de la suture.* On a par suite exagéré les inconvénients de la cholécystendyse ; et le point capital est de n'employer ce procédé que lors de vésicule de capacité suffisante et à parois saines et non adhérentes.

Parmi les ACCIDENTS signalés, citons surtout le *collapsus*, qui est la conséquence soit d'une intervention trop longue ou trop pénible (opération trop tardive et lésions trop anciennes), soit d'un état général trop précaire ; la *persistance de symptômes* ayant débuté avant l'opération (péritonite périvésiculaire) ; la *rupture des voies biliaires*, suite de dénudations trop intenses dans les cas à adhérences péri-cholédochiennes ; l'existence de *lésions concomitantes* (cancer du pancréas, etc.) ; les *hémorragies hépatiques* (maladie trop ancienne).

La véritable complication de l'incision de la vésicule est la *persistance de la fistule biliaire.* Mais on peut dire qu'il n'en est ainsi que dans les cas d'interventions insuffisantes. Quand la plaie ne s'oblitère pas seule, en effet, c'est qu'il persiste encore un obstacle à l'écoulement de la bile du côté de l'intestin. Dans ces circonstances, lors de l'opération, le chirurgien a négligé d'enlever un calcul du cystique ou du cholédoque ou n'a pas reconnu l'existence d'un rétrécissement notable en un point quelconque des conduits biliaires.

Cette affirmation, qui nous est peut-être personnelle, est basée sur l'étude d'un très grand nombre d'observations. Cette constatation montre en tout cas qu'on peut éviter cet ennui, en explorant avec soin le foie et en intervenant en conséquence. On peut y remédier d'ailleurs ultérieurement par une opération appropriée.

**Indications.** — Si, théoriquement, les indications de la cholécystostomie et de la cholécystotomie semblent faciles à spécifier, en pratique et au lit du malade, il est loin d'en être ainsi. D'autre part, la question de savoir quels sont les cas qui, ne relevant plus de ces deux opérations, sont justiciables de l'*ablation de la vésicule*, reste encore pendante. Sans avoir ici la prétention de résoudre ce délicat problème, nous résumerons l'opinion des chirurgiens modernes, convaincus d'ailleurs que les règles données aujourd'hui ont les plus grandes chances demain d'être reconnues insuffisantes ou absolues.

La CHOLÉCYSTOTOMIE, consistant dans l'ouverture et la fermeture ultérieure de la vésicule biliaire, l'exploration intra-vésiculaire terminée, il est évident qu'elle est l'opération de choix dans tous les cas où l'on a à intervenir sur cet organe, ses parois étant reconnues *saines*. Qu'il s'agisse de calculose vésiculaire, accompagnée d'aucune lésion appréciable de la muqueuse des voies biliaires, d'aucun trouble du côté du cystique et des conduits hépatique et cholédoque ; ou de calculose cystique, avec calculs non enclavés, et d'hydropisie vésiculaire ; ou de lésion traumatique accidentelle de la vésicule, la cholécystotomie est très nettement indiquée. Et le procédé à recommander, dans la majorité des cas, est celui de Czerny (cholécystotomie à sutures intra-pariétales avec fixation dernière) : c'est, en effet, et le plus aisé et le plus sûr.

Malheureusement, il est bien rare qu'on ait à intervenir dans de telles conditions : *voies biliaires perméables* et *intégrité des parois vésiculaires !* Presque toujours la muqueuse des conduits, et en particulier de la vésicule, est atteinte, altérée et *infectée*. Dès lors, il est, sinon toujours dangereux de refermer de suite la vésicule, du moins toujours prudent de la laisser quelque temps ouverte : on sait, en effet, désormais, que la CHOLÉCYSTOSTOMIE est le meilleur moyen de faire disparaître l'infection biliaire.

Si donc la calculose vésiculaire ou cystique simple est l'indication capitale de la taille biliaire, l'*infection des voies biliaires* en général, et en particulier de la vésicule, devient l'indication pressante de la fistule biliaire ou cholécystostomie, que cette infection soit simple ou compliquée de lithiase. C'est dire que l'opération est parfaitement de mise dans toutes variétés d'infections biliaires.

Elle semble acceptée aujourd'hui, même dans la cirrhose hypertrophique biliaire (Terrier, Quénu, H. Delagénière, etc.), et surtout dans la congestion et dans l'hypertrophie du foie (Terrier), alors pourtant qu'elle n'a pas encore fait ses preuves pour ces affections, si mal connues au point de vue étiologique, mais qui semblent dues à une infection des radicules biliaires. En tous cas, exécutée d'une façon précoce, elle est certainement l'opération de choix dans les *angiocholites* à la période présuppurative, car elle amène la cessation du processus infectieux et prévient les formations pyobiliaires. Elle peut être utilisée de même dans la *cholédochite* au début. Il y a un réel intérêt, dans toutes ces circonstances, à la recommander de bonne heure, car si l'on tergiverse trop longtemps, les lésions s'aggravent, malgré le traitement médical. Pratiqué à cette époque, elle est une opération presque sans gravité et d'un effet sûr ; elle devient plus sérieuse et même insuffisante, si l'on attend outre mesure. Quand l'infection vésiculaire a atteint une intensité telle qu'on a affaire à de la cholécystite fibreuse et interstitielle, à de la péricholécystite fibreuse ou suppurée, la cholécystostomie ne doit même plus être mise en parallèle avec la cholécystectomie, opération plus radicale et d'une gravité à peine supérieure à la simple incision de vésicules aussi malades.

La cholécystite non calculeuse suppurée est la seule forme qui puisse disparaître à la suite de la cholécystostomie

(1) Langenbuch (loc. cit., p. 277) n'a pas séparé l'opération de Bloch de celle de de Wœlfler-Senger.

(Longuet); et il persiste souvent une fistule très difficile à guérir.

Dans ces lésions anciennes et graves, encore les plus fréquentes en raison des hésitations des médecins, c'est l'ablation complète de la vésicule, qui vraiment donne les meilleurs résultats.

A quelle variété de cholécystostomie donner la préférence dans les infections modérées? L'opération en deux temps, qui semble la prudence même, n'est pas moins sérieuse, en réalité, que l'intervention en un seul temps; elle est, au demeurant, beaucoup plus complexe et, en somme, à peine admise aujourd'hui. Le procédé de Sims (cholécystostomie à incision première) a le grand avantage d'être une opération exploratrice au premier chef, et, lorsque l'on prend les précautions nécessaires (protection de la cavité péritonéale au moment de l'ouverture), il est aussi sûr que celui de Ransohoff. Il permet une reconnaissance aussi complète que possible des lésions vésiculaires, périvésiculaires, cystiques et cholédochiennes, avant et après l'incision de la vésicule, et est applicable dans tous les cas où cet organe est encore suffisamment sain pour pouvoir être conservé sans inconvénient.

Un point mérite une mention spéciale : c'est la façon de constituer la bouche biliaire. Quand il ne s'agit que d'infection de la muqueuse, quand il n'y a ni lithiase, ni complications péricholécystiques, ni adhérences importantes à la base du foie, on a intérêt à se comporter ici comme M. Terrier et ses élèves l'ont recommandé pour l'estomac. Faire une fistule pour amener la disparition des phénomènes infectieux, mais la *faire aussi petite que possible*, pour empêcher une déperdition trop considérable de ce liquide et pour pouvoir ultérieurement oblitérer cette fistule sans de trop grandes difficultés. C'est dans ces circonstances que le procédé de M. H. Delagénière, imité de certains procédés de gastrostomie, et en particulier de ceux de Frank et de Witzel, est particulièrement recommandable. Dans les cas de lithiase des voies biliaires (sable, graviers ou calculs), au contraire, il faut une bouche suffisante pour permettre l'élimination spontanée de concrétion d'un volume assez notable.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1898. — Présidence de M. Berger.

### DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU GOITRE EXOPHTALMIQUE PAR LA RÉSECTION DU GRAND SYMPATHIQUE

M. SCHWARTZ communique deux observations de goitres exophtalmiques dans lesquelles il a eu recours à ce mode de traitement.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une jeune femme chez laquelle les symptômes généraux en même temps que l'exophtalmie et la tachycardie étaient très accusés; il fit la résection des deux grands sympathiques. A la suite de cette opération, l'exophtalmie fut très diminuée, tous les symptômes généraux graves disparurent mais le goitre fut très peu modifié. Dans le second cas, il s'agit d'une malade qui entra à l'hôpital le 2 février dernier pour un goitre exophtalmique très volumineux, compliqué de crises nocturnes d'angine de poitrine des plus violentes. M. Schwartz fit la résection du sympathique cervical; il se trouva en présence de grandes difficultés opératoires, étant obligé de rechercher le nerf au milieu d'un tissu caverneux, érectile, très difficile à disséquer : ces difficultés furent telles qu'il se contenta dans cette première séance de réséquer le nerf du côté droit. Il observa alors une grande diminution de l'exophtalmie et du goitre du côté droit, mais aucun changement du côté gauche; la tachycardie et les angines de poitrine persistèrent. Quelque temps après, il fit, avec les mêmes difficultés, la résection du côté gauche. L'angine de poitrine et tous les autres symptômes disparurent, l'exophtalmie, le goitre et le tremblement furent seulement diminués. Deux mois après l'opération, l'amélioration persistait encore.

M. Schwartz ajoute qu'on pourrait lui reprocher de n'avoir pas fait dans ces cas la résection totale du ganglion supérieur, il ne l'a jamais faite et les améliorations qu'il a obtenues prouvent que la résection partielle suffit. Il insiste, en terminant, sur les difficultés que l'on peut rencontrer et qui sont à son avis beaucoup plus grandes que ne l'a dit M. Jonnesco.

### COMMUNICATIONS

**Corps étrangers des fosses nasales.** — M. FÉLIZET, à l'hôpital Tenon, a observé chez les enfants plus de 60 cas de corps étrangers dans les fosses nasales. Ces corps étrangers sont des plus variables et leur ablation n'est pas toujours facile. Dans plusieurs cas, il a eu recours à une sorte d'écouvillonage d'arrière en avant qu'il pratiquait à l'aide d'une sonde munie d'un fil qu'il faisait passer par l'arrière-cavité des fosses nasales et auquel il attachait un petit tampon de ouate destiné à ramener le corps étranger. Dans 31 cas, il a eu recours à un procédé beaucoup plus simple et qui lui a donné les meilleurs résultats : il fait par la narine libre un grand lavage à l'aide d'un bock placé à une hauteur suffisante pour donner une pression d'un cinquième d'atmosphère. Cette pression fait passer l'eau tiède dans la narine opposée et expulse le corps étranger. M. Félizet recommande à ses collègues l'emploi de ce procédé simple et facile.

**Traitement du tétanos.** — M. HUE (de Rouen) communique l'observation d'un enfant de onze ans, qui fut atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure gauche compliquée d'une plaie ayant été souillée par la terre. Malgré un lavage au sublimé, le sixième jour, l'enfant fut pris de trismus; vingt-quatre heures après, M. Hue fit une trépanation de chaque côté et une injection intra-cranienne de sérum antitétanique. Peu de temps après, il fit la même injection à la cuisse, la température monta à 40°8 et l'enfant mourut le soir. A l'autopsie, on trouva une ecchymose sur la pie-mère et une petite cavité dans la substance blanche.

### DISCUSSION

M. QUÉNU a pratiqué deux fois la trépanation et l'injection intra-cranienne de sérum antitétanique pour des cas de tétanos déclarés. Dans le premier cas, il n'y eut pas de fièvre, les suites immédiates furent bonnes et le malade a succombé le huitième jour à une pneumonie; dans le second cas, la mort a suivi de très près l'injection. Au point de vue du manuel opératoire, M. Quénu insiste sur la nécessité d'injecter goutte à goutte. D'après les faits observés, il semble que ces injections soient impuissantes à empêcher la propagation des effets du virus tétanique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle les faits positifs observés sur les animaux. Dans un cas de tétanos consécutif à une fixation de l'utérus, il fit venir M. Borel avec lequel il pratiqua l'injection intra-cranienne, qui n'eut aucune influence sur l'évolution du tétanos. La malade mourut trente-six heures après; il est d'ailleurs démontré que le tétanos d'origine abdominale est toujours mortel. Dans un cas de tétanos chronique, il attendit huit jours avant de faire l'injection qui eut de bons effets; le malade est en voie

de guérison. L'injection intra-cranienne en elle-même ne présente aucun danger.

M. RECLUS a fait avec M. Borel une injection intra-cranienne de sérum antitétanique dans un cas de tétanos suraigu. Le malade est mort vingt-quatre heures après. Il ne faudrait pas conclure de tous ces faits que ces injections soient toujours inefficaces. A l'Institut Pasteur, sur une statistique de 16 cas, on compte 8 guérisons. M. Reclus ajoute que son malade, à son entrée à l'hôpital, avait reçu une injection préventive, comme tous les malades atteints de plaies des extrémités. A l'Institut Pasteur on lui a objecté qu'il aurait dû renouveler cette injection préventive. En présence du tétanos d'origine abdominale, ces Messieurs refusent de recourir à ces injections reconnues tout à fait inutiles.

M. CHAPUT rapporte l'observation d'un malade atteint d'un tétanos récent auquel il a fait une injection intra-cérébrale de sérum antitétanique; l'injection fut poussée très lentement, le malade alla mieux, mais le trismus n'avait pas cédé et il ne pouvait s'alimenter. M. Chaput lui fit une gastrostomie et le malade mourut du tétanos trois jours après.

M. RICHELOT apporte un nouveau fait négatif; il s'agissait d'un tétanos d'origine abdominale, survenu quinze jours après l'opération; l'injection intra-cranienne n'empêcha pas la mort.

M. HARTMANN rapporte également un cas d'insuccès.

M. NÉLATON communique l'observation d'un homme atteint de tétanos peu marqué depuis vingt-quatre heures; il fit venir aussitôt M. Borel qui, en présence d'une température de 40°5 et d'un pouls de 140, se refusa à faire l'injection; en effet, une heure après le malade était mort. A l'Institut Pasteur, ces Messieurs estiment : 1° qu'il faut, autant que possible, agir dans les douze heures; 2° que les cas externes sont les meilleurs; 3° que l'injection est tout à fait inutile dans les cas de tétanos abdominal.

M. PEYROT avait dans son service un homme qui présentait tous les symptômes d'un tétanos grave. M. Borel, aussitôt appelé, ayant reconnu que chez ce malade la raideur n'était pas irréductible, conclut qu'il s'agissait, non d'un tétanos, mais d'une méningite cérébro-spinale. Dans ces conditions, il ne crut pas devoir faire l'injection et le malade a bien guéri. M. Peyrot ajoute que, si un certain nombre de cas de prétendu tétanos guéris ne sont pas des cas de méningite cérébro-spinale, il y a à ce point de vue une revision à faire.

M. QUÉNU insiste sur l'innocuité de l'injection, il estime qu'il faut établir une distinction fondamentale entre le tétanos externe et le tétanos interne.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle que de tous temps on a dit que la méningite cérébro-spinale pouvait simuler le tétanos, mais c'est là une maladie rare. Il est bien vrai que le tétanos d'origine abdominale présente une gravité exceptionnelle, c'est ainsi qu'une malade amenée dans son service à la suite d'un accouchement clandestin, y a déterminé une véritable épidémie de tétanos.

M. PEYROT prétend que la méningite cérébro-spinale est moins rare qu'on ne le croit généralement.

M. POIRIER fait observer que le diagnostic entre ces deux affections est souvent fort difficile.

**Corps étrangers des voies respiratoires.** — M. HUE communique l'observation d'un enfant qui portait dans la bronche gauche un petit sifflet qui avait pénétré par le larynx. Suivant la conduite recommandée par MM. Tuffier et Félizet, il fit aussitôt la trachéotomie.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Anatomie* (séance du 17 novembre) : MM. Nicaise, 13. — Chaumet, 8. — Calvé, Carton, Crouzon et Daniel, 6. — Cottu et Savignac, 5. — Marais, 3. — Delaage et Hahn, 2.

*Pathologie* (séance du 16 novembre) : MM. Montoux, 13. — Athanasiu, Grégoire et Sémeril, 12. — François-Dainville, 11. — Bender, 10. — Juy, 8. — Mouréyre, 7. — J. Delage et Osty, 6.

— Par décret, en date du 13 novembre 1898, M. Arrufat est promu au grade de médecin aide-major de première classe, et maintenu au 91e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 17 novembre 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

*A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe.* — MM. les docteurs, anciens élèves de l'École du service de santé de la marine : Joncour et Crenn, affectés au corps de santé colonial; Guillemain, pour servir au port de Toulon.

— M. le docteur Merlin, directeur du service de santé à Toulon, est promu au grade de commandeur de Sainte-Anne avec plaque.

— MM. les docteurs Fontan et Galliot, médecins en chefs de la marine, sont promus au grade de commandeur de Saint-Stanislas.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires* : MM. Segond et Stoïanoff, *ex æquo*; Oulié, Philippe et Dargeins.

2° *Internes provisoires* : MM. Gondre, Paisseran et Arsimolles.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Ont été proclamés lauréats de la Faculté les élèves en médecine dont les noms suivent :

Première année : prix, M. Legillon; mention honorable, M. Spinnevyn. — Deuxième année : prix, M. Lesnes. — Troisième année : prix, M. Maes. — Quatrième année : prix, M. Drucbert.

Prix de la Société des Amis de l'Université : M. Dubois.

Prix Parise : M. Julien.

Prix de Thèses : premier prix, M. le docteur Caplet; deuxième prix, M. le docteur Descheemacker; mentions honorables, MM. les docteurs Painblanc et Laurent.





Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1898

à une heure et demie, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 62 lots, des fournitures *de substances pharmaceutiques et produits chimiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1899.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Nº 133. — MARDI 22 NOVEMBRE 1898. 71e ANNÉE. MARDI 22 NOVEMBRE 1898. — Nº 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

**PRIX DE L'ABONNEMENT :**
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 21 novembre 1898.

A maintes reprises, nous avons signalé le gaspillage et le désordre qui régnaient dans les finances de l'Assistance publique ; mais nous n'avions pu prévoir jusqu'où avait été la coupable incurie de la Direction générale. M. Napias, le nouveau directeur, n'entendant pas, sans doute, prendre à sa charge la responsabilité de l'état présent, a fait officiellement connaître quelle était, à l'heure actuelle, la situation financière de l'Assistance publique de Paris.

La voici dans sa triste réalité :

« Les ressources affectées au service propre de l'Assistance publique, c'est-à-dire sans faire état des recettes appartenant respectivement aux bureaux de bienfaisance et aux fondations, sont évaluées au budget de 1899 à la somme de 14.588.932 francs, se décomposant ainsi :

| | |
|---|---|
| Revenus immobiliers et mobiliers | 6.211.716 fr. |
| Droits attribués | 3.564.608 » |
| Produits intérieurs | 4.812.608 » |

Les revenus immobiliers et mobiliers constituent à proprement parler le patrimoine hospitalier, et sont employés aux besoins ordinaires, avec cette réserve, cependant, qu'une partie même de ces revenus est frappée d'inaliénabilité comme provenant de legs faits à charge de fondations.

En dehors de son patrimoine, l'Administration hospitalière possède des *capitaux dits disponibles* et un *fonds de réserve*.

Les revenus du patrimoine étant affectés au fonctionne-

3° Capitaux divers, comme, par exemple, produits de ventes de matériaux.

Au 31 mars dernier, à la clôture de l'exercice 1897, il restait un disponible, savoir :

| | |
|---|---|
| 1° Sur les capitaux versés à charge d'admission, de | 679.723 55 |
| 2° Sur les coupes extraordinaires de bois, de | 2.329 03 |
| 3° Sur les capitaux divers de | 26.306 71 |
| TOTAL | 708.359 29 |

De ce reliquat, il y a lieu de déduire plus de 476.000 francs pour opérations autorisées ou en cours d'autorisation. Il reste donc une somme d'environ 232.000 francs.

Il faut encore observer qu'il existe en ce moment à l'étude divers projets dont l'exécution nécessiterait une dépense de 1.929.172 fr. 01 et qui devrait être gagée sur les capitaux dont il s'agit, c'est-à-dire sur ce reliquat de 232.000 francs.

Ainsi, quant à présent, l'Administration n'a plus à sa disposition de capitaux disponibles. Par conséquent, les projets à l'étude ne pourront être mis à exécution que le jour où l'Administration de l'Assistance publique aura de nouvelles ressources.

*Fonds de réserve.* — D'après les circulaires ministérielles du 15 mai 1858 et du 26 octobre 1858, les administrations hospitalières sont tenues de capitaliser les dixièmes de prix de ventes d'immeubles et des arrérages de rente en provenant, en vue d'obvier à la dépréciation du signe monétaire. « En principe, dit la circulaire du 26 octobre, on doit capitaliser aussi longtemps que les circonstances générales et la situation particulière de chaque établissement rendront nécessaire cette mesure de prévoyance. C'est seulement dans des cas exceptionnels qu'on pourrait la suspendre ou même y renoncer, comme, par exemple, si les désastres d'un incendie exigeaient l'emploi immédiat de toutes les ressources disponibles, ou, dans une hypothèse bien diffé-

cours des années 1898 et 1899, on obtient un total de 364.885 francs, représentant, au cours de 103 francs, un capital de 12.527.718 francs.

Après avoir prélevé les rentes nécessaires pour obtenir :

1° Le capital de 250.000 francs pour travaux de défense contre l'incendie (décret du 10 novembre 1897) ;

2° Le capital de 6.000.000 de francs pour isolement des tuberculeux (décret du 10 octobre 1897) ;

3° Le capital de 833.400 francs pour la construction des hôpitaux d'enfants (arrêtés préfectoraux du 7 août 1897) ;

4° Le capital de 900.577 francs, reliquat des sommes à provenir d'aliénation de rentes admises en 1894 et en 1895 pour équilibrer le budget, on trouve que le fonds de réserve est réduit à une rente de . . . . . . . . 132.345 » chiffre inscrit au budget de 1899.

De plus, il faudra sans doute encore aliéner des rentes :

*a.* Jusqu'à concurrence d'un capital de 812.547 francs pour couvrir le déficit accusé par le compte de 1897, soit une rente de . . . . . . . . . . . 23.666 »

*b.* Jusqu'à concurrence d'un capital de 779.341 francs pour liquider le compte de l'Hôtel-Dieu, soit une rente de . . . . . . . . . . . 22.708 »

*c.* Jusqu'à concurrence d'un capital de 231.661 francs, montant des recouvrements douteux et des non-valeurs qui n'ont pas encore disparu des comptes, soit une rente de . . . . . . . . . . . 6.747 »

*d.* Enfin, l'exercice 1898 laissera peut-être un découvert d'un million, et, si la Ville ne donne pas une subvention spéciale, il faudra encore vendre une rente de . . . . 29.125 »

Ensemble . . . . 82.246 » 82.246 »

Le fonds de réserve ne possède donc plus qu'une rente de . . . . . . . . 50.099 »

qui, au cours de 103 francs, représente un capital de 1.720.065 francs.

En résumé, la catégorie des capitaux, dits disponibles, ne laisse plus aucun reliquat, et le fonds de réserve est presque épuisé. »

Cette dernière phrase dispense de tout commentaire.

---

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Nos lecteurs se souviennent peut-être qu'il y a quelque temps déjà, M. Marfan avait apporté à la Société médicale une observation de paraplégie subite survenue chez un enfant — paraplégie que rien dans les antécédents ne permettait de rapporter sérieusement à l'infection syphilitique. Le diagnostic d'hématomyélie, développée au pourtour de lésions tuberculeuses, semblait s'imposer, et cette opinion parut être justifiée par les résultats de l'examen nécropsique. On rencontra, au niveau de la moelle lombaire, une masse caséeuse que l'on considéra comme un tubercule solitaire de la moelle, encore que l'examen bactériologique n'ait pas permis d'y déceler la présence de bacilles de Koch. L'examen histologique de la moelle, très minutieusement fait par MM. Gasne et Philippe, a démontré le mal fondé de cette première opinion et permet d'incriminer seulement la syphilis comme cause univoque de cette masse tuberculiforme. « Tous les vaisseaux pie-mériens de la moelle dorsale inférieure, de la moelle lombo-sacrée et de la queue de cheval présentent des lésions très accusées d'endartérite et d'endophlébite, avec intégrité des autres tuniques, moyenne ou externe. Ces lésions ont provoqué, d'une part, des caillots, pariétaux ou généralisés, par le mécanisme habituel des coagulations sanguines ; d'autre part, des hémorragies arachnoïdiennes, pie-mériennes ou intra-médullaires, par rupture de la paroi vasculaire. La moelle, malgré les lésions énormes de ses vaisseaux nourriciers, n'a pas subi le moindre processus dystrophique de sclérose ou de dégénération parenchymateuse par insuffisance circulatoire. Au niveau du renflement sacré, elle a été détruite, mais uniquement par des hématomyélies successives, dont on retrouve les masses fibrineuses ou les amas pigmentaires ; de même, plus haut, en quelques points très limités, elle a été altérée plus ou moins profondément par la compression des veines dilatées et thrombosées. » Cette endovascularite, développée lentement chez un enfant de deux ans, sans infection antérieure, paraît devoir être rapportée à la forme vasculaire de la syphilis héréditaire précoce ; ce, malgré les résultats négatifs fournis par l'interrogatoire et par l'examen des parents de l'enfant.

Ajoutons, en outre — ce point est d'importance extrême — que, sur les coupes faites par MM. Gasne et Philippe, on voit très nettement des nodules qui représentent des gommes, c'est-à-dire l'altération nettement spécifique et sans laquelle on ne saurait affirmer la nature syphilitique de lésions vasculaires semblables.

Les pancréatites hémorragiques sont encore relativement rares (on en compte, je crois, en France, deux observations, l'une due à Thiroloix, l'autre à Chantemesse et Griffon). Aussi bien, le nouveau cas apporté à la Société médicale par M. Ferrand mérite-t-il de retenir l'attention, en dépit des difficultés pathogéniques qu'il soulève. Voici, en quelques lignes, les détails cliniques de cette observation :

Un homme de trente-neuf ans entre à l'hôpital et y meurt très rapidement. On apprend que, dix mois auparavant, cet homme avait reçu un coup très violent au niveau de la région épigastrique ; depuis cette époque, à laquelle il semble qu'à première vue on puisse faire remonter le début des accidents, le malade éprouva des troubles digestifs variés, des coliques, des vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation, en même temps qu'il ressentait des douleurs très violentes au niveau du creux épigastrique. A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, on trouva la cavité péritonéale inondée d'une ascite hémorragique, le mésentère infiltré de sang, et enfin le pancréas hypertrophié par une véritable infiltration sanguine ; il s'agissait, à n'en pas douter, d'une véritable apoplexie pancréatique. Le foie et le pancréas lui-même étaient le siège de lésions cirrhotiques.

Le traumatisme peut-il être invoqué comme la cause immédiate de cette apoplexie du pancréas ? M. Rendu en doute, et fait, à ce propos, fort justement remarquer que ce traumatisme précéda de dix mois la survenue des accidents terminaux ; que le malade était un alcoolique, la cirrhose du foie le prouve nettement ; et que, dès lors, l'hypothèse d'une thrombose d'une veine pancréatique dans le cours d'une cirrhose pancréatique évoluant chez un buveur, peut, avec autant de raison, être soutenue, et qu'enfin, rien

n'autorise à éliminer d'emblée l'origine infectieuse des accidents et des lésions constatées, quand bien même cette dernière hypothèse serait encore hypothétique.

M. Hirtz présente à ses collègues un malade atteint de lésions osseuses, encore inconnues. Cet homme, dont toute la partie supérieure du corps est indemne de lésions, présente au niveau des deux jambes, et surtout de la jambe gauche, une hypertrophie osseuse considérable. Cette hypertrophie porte sur le péroné et sur la partie inférieure du tibia, rendant le membre tout à fait difforme et bizarrement contourné. L'examen radiographique démontre cette hypertrophie osseuse dont l'origine n'est, à première vue, soupçonnée par personne.

M. Lesage lit un très important mémoire, étayé sur le chiffre très respectable de plus de 770 observations, cliniques et bactériologiques, ayant trait à la **gastro-entérite aiguë des nourrissons**. Ce travail soulève de très nombreuses questions, et plusieurs orateurs sont inscrits pour en discuter les points principaux dans la prochaine séance. Nous croyons mieux faire en reculant à huitaine son analyse qui aura, au moins, le mérite de n'être pas morcelée.

---

## HOPITAL MILITAIRE DE LILLE

### Traitement de la conjonctivite granuleuse par l'acide salicylique.

Par le docteur Moty, médecin principal de deuxième classe, professeur agrégé libre au Val-de-Grâce.

La conjonctivite granuleuse est certainement l'affection oculaire la plus répandue ; grave dans certaines régions, très bénigne et souvent méconnue dans d'autres, elle se présente avec les symptômes subjectifs les plus variables, tantôt sous forme de kérato-conjonctivite aiguë perforant la cornée en quelques jours comme cela s'observe en Algérie, tantôt sous forme de kérato-conjonctivite sub-aiguë avec ulcères et vascularisation de la cornée, tantôt enfin sous forme de conjonctivite chronique torpide n'occasionnant que des démangeaisons intermittentes qu'exaspèrent différentes causes, telles que poussière ou fumée, ou ne se révélant que par des phénomènes d'asthénopie qui peuvent laisser le médecin fort perplexe s'il ne songe pas à retourner les paupières. Bref, la conjonctivite granuleuse est une maladie de tous les jours et de tous les aspects et, comme elle est de par sa nature très rebelle aux traitements, j'ai cru devoir indiquer ici celui auquel je me suis arrêté après une pratique de vingt-huit ans, dont huit en Algérie.

#### I

Formes légères. — Ces formes, quand elles sont aiguës, peuvent guérir par les méthodes usuelles, ou passer d'elles-mêmes à l'état chronique, pour se réveiller ensuite de temps à autre ; telle est à peu près l'histoire de tous les granuleux du Nord. Souvent la maladie n'a pas été diagnostiquée, la vue est mauvaise, par suite d'astigmatisme irrégulier, et c'est tout, jusqu'au jour où survient une nouvelle poussée de conjonctivite sub-aiguë qui appelle l'attention sur les granulations.

Arrivée à cet état, la maladie est quelquefois très rebelle, et les résultats que l'on obtient par les méthodes ordinaires y compris le massage à l'acide borique et le brossage au sublimé sont peu satisfaisants ; c'est dans une série de cas de ce genre que j'employai, pour la première fois, il y a quatre ans, la solution alcoolique d'acide salicylique au dixième. Une centaine de malades de tout âge et de toute provenance m'ont passé par les mains depuis cette époque et je n'ai eu qu'à me louer du procédé de traitement que je vais décrire en quelques mots :

On trempe, dans la solution d'acide salicylique (acide salicylique, 3 grammes ; alcool à 60 degrés, 30 grammes), un petit tampon d'ouate monté sur une tige métallique, on l'absterge à demi pour éviter la diffusion du liquide, puis on retourne les deux paupières que l'on maintient de la main gauche, tandis qu'on touche de l'autre tous les points malades ; un tampon antiseptique humide sert à dessécher les paupières avant et après la cautérisation ; on touche les deux yeux successivement, le tout dure une quinzaine de secondes.

L'acide salicylique agit physiquement comme le nitrate d'argent, il blanchit légèrement les points de la muqueuse qu'il a touchés, mais la douleur assez vive d'abord cède en très peu de temps, de telle sorte que les malades acceptent facilement cette méthode. De plus, la cornée tolère parfaitement l'acide salicylique qui ne peut donner lieu, d'autre part, à aucune pigmentation en cas d'ulcères cornéens.

Les cautérisations sont répétées tous les jours, tous les deux jours, deux fois, puis une fois par semaine, suivant la gravité de la lésion, et suivant les résultats obtenus. Aucun traitement accessoire n'est nécessaire quand il n'y a pas de complications.

L'amélioration est immédiate comme avec la plupart des topiques employés à propos, mais elle est beaucoup plus accusée qu'avec les moyens usuels, elle persiste plus longtemps et s'accentue de plus en plus, de telle sorte qu'en quelques mois, et sans déranger aucunement les malades dans leurs occupations, on arrive à guérir d'anciennes granulations avec vascularisation et infiltration de la cornée.

J'ai employé ce procédé sur l'enfant comme sur l'adulte et il a toujours été aussi bien supporté chez les uns que chez les autres ; plus on avance dans le traitement mieux il est toléré, et l'on peut insister de plus en plus sur la cautérisation des points rebelles, ou même abandonner le traitement aux mains des mères intelligentes, si les circonstances l'exigent et si la lésion s'est cantonnée vers l'angle externe de l'œil ; il n'y a même pas à craindre la diffusion de la solution alcoolique dans l'œil, car son seul inconvénient est de produire une douleur vive mais de peu de durée, comme celle que produit l'instillation d'une goutte de laudanum pour le traitement d'un ulcère de la cornée.

#### II

Formes aiguës graves ou formes chroniques compliquées. — Nous n'étudierons pas ici les différentes formes de la conjonctivite granuleuse, car cette étude a été faite récemment dans ce journal (Darier, *Gazette des hôpitaux*, août 1898), mais nous ne pouvons nous dispenser d'indiquer la conduite que nous tenons en présence de formes particulièrement graves ou compliquées.

1° En cas de perforation de la cornée la solution salicylique est avantageusement remplacée par l'iodure d'argent à l'état naissant suivant le procédé indiqué autrefois par

Brame (de Tours) et Testelin (de Lille); la formule la plus avantageuse est la suivante :

N° 1 Iodure de potassium . . . . . 1 gramme
Eau. . . . . . . . . . . . . . . 4 grammes

N° 2 Nitrate d'argent . . . . . . . 1 gramme
Eau. . . . . . . . . . . . . . . 4 grammes

mélanger les solutions 1 et 2 et ajouter glycérine 1 gramme. La glycérine est destinée à donner au liquide assez de consistance pour que le précipité d'iodure d'argent reste un instant en suspension quand on agite la bouteille (1).

Badigeonner largement les paupières matin et soir en passant par-dessus la fente palpébrale, sans ouvrir l'œil, et comprimer légèrement :

L'atropine et l'eau chaude seront employées concurremment suivant les indications.

2° En cas d'iritis, même traitement, sans négliger les moyens indirects sur lesquels je n'insiste pas.

Bref, on conforme sa conduite aux indications spéciales de chaque cas, mais dès que la perforation est fermée ou dès que l'iris s'est dilaté, on revient à la solution salicylique.

La purulence, le chémosis, le spasme des paupières ne constituent pas des contre-indications au traitement par l'acide salicylique, qui est beaucoup mieux toléré que le nitrate d'argent.

Nous en avons dit assez pour les praticiens auxquels s'adresse cet article et qui connaissent parfaitement la question. Comme le remarque très justement M. Darier, la conjonctivite granuleuse, de même que la plupart des maladies, ne comporte pas un mode de traitement uniforme; cependant tous ceux qui s'occupent de thérapeutique oculaire savent qu'on adopte ordinairement une manière de faire courante applicable à la grosse majorité des cas; or, avec les anciens traitements, y compris le massage, les cas rebelles ne se comptaient pas, et j'admire encore rétrospectivement la constance avec laquelle les malades algériens venaient pendant des mois et des années subir régulièrement des cautérisations assez douloureuses dont ils ne tiraient souvent qu'un faible bénéfice; tandis qu'avec l'acide salicylique on arrive à la guérison des cas graves en deux ou trois mois, si le traitement est régulièrement suivi; si bien que je n'ai plus trouvé de cas rebelles depuis que je l'emploie. Celui d'un de mes premiers malades m'a semblé particulièrement démonstratif. Il s'agit d'un militaire d'une cinquantaine d'années qui souffrait depuis quinze ans de conjonctivite granuleuse contractée en Algérie; les deux cornées étaient vascularisées, les deux paupières couvertes de petites granulations; au bout d'une semaine de traitement, les cornées avaient recouvré leur poli et les vaisseaux n'étaient presque plus visibles. Mon malade retrouvait en quinze jours un degré d'acuité visuelle qu'il ne s'était plus connu depuis quinze ans, et en trois mois il a été complètement débarrassé de ses anciennes granulations, et cela sans avoir interrompu un seul jour ses occupations. Aucune nuance de récidive depuis trois ans.

Le total des malades traités ne s'élève, ai-je dit, qu'à une centaine, dont un tiers environ avec lésions cornéennes apparentes, il s'agit d'ailleurs de granulations bénignes chez la plupart, aussi ne me suis-je décidé à publier cette note qu'en raison du cas rebelle d'origine algérienne rapporté plus haut et de la conviction qu'il m'a donnée que l'acide salicylique rendrait de grands services dans le bassin de la Méditerranée et, qu'employé de bonne heure ou même dans tous les cas où son emploi n'est pas contre-indiqué, il rendrait presque toujours inutile le curetage dont la valeur paraît aujourd'hui bien démontrée, mais auquel on ne se soumettra généralement qu'après avoir suivi des méthodes moins sévères. Je puis donc exprimer l'espoir que ceux qui auront essayé ce mode de traitement lui resteront fidèles et seront encouragés dans cette voie par les malades eux-mêmes, dont l'opinion n'est pas sans avoir sa valeur.

(1) La préparation doit être renouvelée tous les quatre jours.

---

## CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÆDIATRIE (II[e] SESSION)

### DU DIAGNOSTIC DE LA DIPHTÉRIE

Par M. Léon d'Astros.

Le diagnostic de la diphtérie associée ne peut se faire que par l'ensemble des renseignements bactériologiques et cliniques. L'examen de la fausse membrane a au point de vue bactériologique la plus grande valeur mais il est rarement possible. Dans le laboratoire du service départemental antidiphtérique où nous pratiquons 400 à 500 examens bactériologiques par an, nous devons nous contenter le plus souvent des tubes de sérum ensemencés par les médecins. Dans ce cas nous indiquons l'absence ou la présence du bacille diphtérique. Quant aux autres microbes nous les énumérons en indiquant si les colonies sont rares ou nombreuses. C'est une simple coexistence que nous signalons. Au médecin traitant de reconnaître d'après les renseignements cliniques si cette coexistence constitue une association morbide.

Au point de vue de la diphtérie maligne, il est certain que, dans le plus grand nombre des cas, elle relève d'association microbienne. Mais, d'après quelques-uns de nos examens bactériologiques et avec quelques auteurs, nous serions porté à admettre que certaines de ces formes avec cou proconsulaire, jetage nasal etc., peuvent être exceptionnellement le résultat de diphtéries pures sur des organismes auto-intoxiqués.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de la diarrhée chez les enfants.

M. le docteur Michou (d'Essoyes) a traité avec succès des nourrissons atteints de diarrhée, par l'application de feuilles d'ouate chaudes sur le ventre, et l'eau de riz additionnée de vin rouge sucré (par parties égales) aussi chaud que l'enfant pouvait le boire.

Le vin rouge pur, sucré et très chaud, me semblait indiqué, à cause du tannin et de l'alcool, deux astringents.

En 1896, ce traitement a été employé avec succès pendant une épidémie qui régnait sur la garnison de Reims. (*Journ. de clin. et de thérap. inf.*).

### Élixir dentifrice antiseptique.

Salol. . . . . . . . . . . . . 3 grammes.
Alcool à 90 degrés . . . . . . 150 —
Essence de badiane. . . . } àâ 50 centigrammes.
Essence de géranium . . . }
Essence de menthe . . . . . . 1 gramme.

**Vin quino-phosphaté** (A. Robin).

| | |
|---|---|
| Phosphate neutre de potasse | 15 grammes. |
| Eau | 20 — |
| Vin de quinquina au grenache | 450 — |
| Sirop de quinquina | 50 — |
| Acide phosphorique | 1 goutte. |

(*Gaz. hebd.*)

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**L'art dentaire en médecine légale** (1), par le docteur Oscar Amoedo, professeur à l'École odontotechnique de Paris.

Cet ouvrage est le premier paru, tant en France qu'à l'étranger, sur ce sujet spécial.

L'auteur commence par une étude approfondie de l'anatomie dentaire, convaincu, comme il l'est, que cette étude est indispensable pour mener à bien toute expertise médico-légale concernant les dents. Puis il étudie les variations du système dentaire dans les différentes races humaines et aussi celles que présentent certaines classes de dégénérés : criminels, idiots, prostituées, nains.

Les dents en rapport avec la pathologie générale, la carie dentaire, l'érosion dentaire, les lésions professionnelles des dents, les lésions traumatiques, les morsures, les usures, la résistance des dents après la mort, la jurisprudence et la notation dentaires, constituent une suite de chapitres du plus haut intérêt, et que l'auteur a traités avec un soin tout particulier.

Une série de 52 observations des plus intéressantes, dans lesquelles les dents ont été l'unique moyen d'établir l'identité, ou la non-identité des restes de cadavres, constitue une partie des plus curieuses de cet ouvrage.

Parmi ces observations, nous citerons celle de la duchesse d'Alençon et des autres victimes du bazar de la Charité, du prince impérial, de Napoléon Ier, du marquis de Morès, Louis XVII, Gouffé, Tremblier, etc.

Une riche bibliographie et un index alphabétique terminent le livre.

Malgré son fond éminemment scientifique, qui le rend précieux aux dentistes, aux médecins, aux avocats, ce livre, écrit dans une langue claire et rapide, a sa place marquée dans la bibliothèque de tous.

**Énergétique musculaire** (2), par F. Laulanié, professeur de physiologie à l'École vétérinaire de Toulouse ; avec une préface de M. Chauveau.

Ce petit livre embrasse l'étude des origines et des transformations de l'énergie dans le travail musculaire.

Comme tous les tissus vivants, les muscles qui travaillent consomment l'énergie chimique des aliments et produisent une somme équivalente de travail utile et de chaleur. Mais, entre les termes extrêmes de ce cycle, il faut envisager un terme intermédiaire jusque-là méconnu et distrait pour la première fois par M. Chauveau du cortège de faits qui l'enveloppent. « C'est l'effort profond et nuisible des tissus agissants, leur travail intérieur envisagé en dehors de ses manifestations sensibles et utiles, c'est en un mot l'energie vivante de ce que M. Chauveau a appelé le travail physiologique. » Le mouvement d'énergie attaché à la contraction musculaire et à toutes les actions vitales comprend donc trois termes irréductibles, et ces trois termes répondent précisément aux trois parties qui composent le livre de M. Laulanié.

Dans la première partie, consacrée aux sources chimiques de l'énergie musculaire, l'auteur expose tous les faits relatifs à cette question, et son analyse critique l'amène à conclure que le glycose est l'aliment prochain et exclusif de la force musculaire.

Dans la deuxième partie, le travail physiologique, considéré comme un mode de l'énergie évaluable en calories ou en kilogrammètres, trouve sa place dans le cycle des transformations de l'énergie attachées à la contraction. L'auteur établit que le travail physiologique, c'est-à-dire l'énergie vivante, doit être envisagé comme l'unique intermédiaire placé entre la dépense chimique qui l'alimente et l'excrétion thermique qui en est la restitution supérieure et l'équivalent.

La troisième partie, consacrée à la thermodynamique musculaire, est pour M. Laulanié l'occasion d'exposer les véritables principes de la thermodynamique biologique, tels qu'ils se dégagent des travaux récents de M. Chauveau sur la dépense chimique attachée au travail positif et au travail négatif correspondant.

Toutes les études conduisent l'auteur à des propositions absolument neuves qui résument l'œuvre de M. Chauveau et inaugurent une doctrine nouvelle sur l'énergétique biologique.

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) Petit in-8°. (Encycl. scient. des Aide-Mémoire.) Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 28 novembre au 3 décembre 1898)

### Examens de doctorat.

**Lundi 28 novembre 1898**, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Launois et Desgrez.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Reclus et Bonnaire ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Blum et Legueu ; — (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Fournier, Lancereaux et Widal ; — M. Delbet, suppléant.

**Mardi 29 novembre**, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Rémy, Quénu et Thiéry.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Pouchet et Vaquez ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Richelot et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Marfan et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Hallopeau et Charrin ; — M. Achard, suppléant.

**Mercredi 30 novembre**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique: MM. Lannelongue, Poirier et Mauclaire.

2e (oral, 1re partie) : MM. Retterer, Sébileau et Launois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Terrier, Lepage et Legueu ; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

**Jeudi 1er décembre**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Panas, Thiéry et Hartmann.

3e (oral, 1re partie) : MM. Berger, Budin et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Troisier et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Raymond, Hutinel et Roger ; — M. André, suppléant.

**Vendredi 2 décembre**, à une heure. — 1er (nouveau régime) : MM. Poirier, Retterer et Sébileau.

3e (2e partie) : MM. Lancereaux, Widal et Méry ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Humbert et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Potain, Wurtz et Thoinot ; — M. Lejars, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

SAMEDI 3 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Desgrez.

3e (2e partie) : MM. Debove, Troisier et Achard.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Joffroy, André et Langlois ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Blum, Bonnaire et Wallich ; — M. Poirier, suppléant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Anatomie* (séance du 18 novembre) : MM. Calmels et Guibal, 9. — Dardeau et Loin, 8. — Delherm, 7. — Autefage et Mercadé, 3. — Roland, 2.

*Pathologie* (séance du 18 novembre) : MM. du Pasquier, 15. — Huguier, 14. — Heller, 12. — Cresson, 11. — Bellin, 10. — Beauvy, Froin et Papillon, 9. — Poupault, 8. — Morlet, 7.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — L'Assemblée des professeurs et agrégés a arrêté ainsi qu'il suit la présentation pour les fonctions de doyen : au premier tour, ont obtenu MM. Gross, 14 voix ; Schmit, 12 voix, Vuillemin, 3 voix ; Bernheim, 1 voix. Au deuxième tour, MM. Gross, 16 voix ; Schmitt, 13 voix ; Vuillemin, 1 voix. En conséquence ont été présentés à la nomination du ministre, M. Gross en première ligne, M. Schmitt en deuxième ligne.

— Un concours pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'accouchement s'ouvrira à Toulon le mardi 24 janvier 1899, en vue du remplacement, à l'École de Bordeaux, de M. le médecin de première classe Dufour, qui termine, au commencement de février prochain, les cinq années réglementaires d'enseignement.

Les médecins de première classe, comptant au moins une période régulière de service à la mer ou aux colonies dans leur grade, seront admis à se présenter à ce concours.

— Par décret, en date du 17 novembre 1898, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin principal.* — MM. les médecins de première classe Long, en remplacement de M. Brédian, retraité ; Cousyn, en remplacement de M. Palasne de Champeaux, retraité.

*Au grade de médecin de première classe.* — MM. les médecins de deuxième classe Keraudren, en remplacement de M. Long, promu ; Gibrat, en remplacement de M. Cousyn, promu ; Bouras, en remplacement de M. Espieux, retraité.

— Par décision ministérielle, en date du 11 novembre 1898, M. Toubert, médecin-major de deuxième classe, est nommé professeur agrégé (diagnostic chirurgical spécial) à l'École du Val-de-Grâce.

M. Simonin, médecin-major de deuxième classe, est nommé professeur agrégé (maladies et épidémies des armées) à l'École du Val-de-Grâce.

— Par décision ministérielle, en date du 17 novembre 1898, sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Bouchoir, pour l'hôpital militaire de Nantes ; Vuillemin, pour l'hôpital militaire de Saint-Martin ; Lemoine, pour le 32e d'artillerie ; Bléchy, pour le 125e d'infanterie ; Loup, pour le 140e d'infanterie ; de Balthazar de Gachéo, pour le 108e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Ferry, pour le 28e d'artillerie ; Vack, pour le 138e d'infanterie ; de Peyret, pour le 96e d'infanterie ; Ferrand, pour le 19e dragons ; Ferraton, pour le 19e dragons ; Astier, pour le 9e chasseurs à cheval ; Delporte, pour le 9e dragons ; Dodiau, pour le 2e bataillon d'infanterie légère.

MM. les médecins aides-majors de première classe Ulliet, pour le 54e d'infanterie ; Galley, pour le 6e chasseurs d'Afrique ; Opin, pour le 3e dragons ; Saint-Martin, pour le 2e chasseurs à cheval.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rivet, pour le 1er cuirassiers ; Fournereaux, pour le 17e bataillon de chasseurs à pied.

— Par décision ministérielle, en date du 17 novembre 1898, M. Brun est nommé élève de l'École du service de santé militaire, en remplacement de M. Garnier.

— Par arrêté ministériel en date du 22 octobre 1898, des médailles d'honneur ont été décernées :

1° *Médailles de vermeil* : MM. Briole et Bassaget, internes en médecine à l'hôpital de Mustapha.

2° *Médailles d'argent* : M. le docteur Hinglais, médecin des colonies à N'Gaous ; pour leur dévouement pendant les épidémies de choléra et de typhus dans les départements d'Alger et de Constantine.

— M. le médecin principal Ortal est désigné pour faire partie de l'état-major général de M. le contre-amiral Touchard, dans l'escadre du Nord, et destiné au cuirassé l'« Amiral-Duperré », à Brest.

M. Brunswic, médecin de deuxième classe de réserve du port de Toulon, est maintenu, sur sa demande, dans les cadres de la réserve de l'armée de mer, à l'expiration du temps de service exigé pour le passage légal dans l'armée territoriale.

— *Faculté libre de médecine de Lille.* — Ont été proclamés : 1° Internes des hôpitaux : MM. Ledoux, Bonte et Lecoq ; — 2° Externes des hôpitaux : MM. Desrousseaux, Rouvière, Delahousse, Wacogne, Herbaux, Chuffart, David, Daquellé, Delobelle, Sénéchal, Touchard, Vanlaer, Lerouge et de Gand.

— Le banquet annuel de la Société médicale des bureaux de bienfaisance aura lieu au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, n° 34, le samedi 3 décembre 1898, à sept heures et demie. (La souscription est fixée à douze francs.)

— La séance solennelle de distribution des récompenses de la Ligue nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) aura lieu le dimanche 27 novembre, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence d'honneur de M. Bayet, directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, dans la salle des conférences de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Ordre du jour : Discours de M. le docteur Motet ; — Compte rendu annuel du docteur Émile Philbert, secrétaire général ; — Discours de M. Bayet ; — Le « Salon de l'ouvrier », causerie par le docteur J. Roubinovitch ; — Proclamation des lauréats.

— M. Marie, agrégé, commencera le cours libre sur les maladies chroniques (maladies des vieillards, maladies de la nutrition, maladies du système nerveux), le mercredi 30 novembre 1898, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— M. Laporte, sténographe du syndicat des médecins de la Seine, ouvrira en décembre prochain, à l'association générale des étudiants de Paris, un cours de sténographie. On s'inscrira au siège social de l'association, 41, rue des Écoles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Denombré (de Bourron) ; Devillers (de Saint-Laurent-Blangy) ; A. Hugonnard (de Morestel), Leparquois, interne de l'infirmerie du lycée Louis-le-Grand.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 134. — JEUDI 24 NOVEMBRE 1898 71e ANNÉE. JEUDI 24 NOVEMBRE 1898. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

« On ne doit jamais mourir d'appendicite, » telle était, on se le rappelle, la dernière conclusion par laquelle M. Dieulafoy terminait sa brillante argumentation sur la toxicité de l'appendicite. En reproduisant cette phrase, nous n'avons pu nous empêcher d'en souligner l'exagération et de protester contre son sens, à nos yeux, trop absolu. Dans la séance suivante, M. Le Dentu, à son tour, est venu apporter de grandes réserves à l'aphorisme de M. Dieulafoy et a cité des faits prouvant que, même entre les mains des meilleurs chirurgiens, on pouvait encore mourir d'appendicite. Aujourd'hui, c'est M. Labbé qui s'élève avec une grande énergie contre cette même phrase : Toute parole prononcée à la tribune de l'Académie, dit-il, est entendue, interprétée par le grand public et acceptée comme présentant, en quelque sorte, un caractère officiel. Or que demain un modeste praticien ou un brave chirurgien vienne à perdre un malade d'appendicite, de quels reproches ne sera-t-il pas passible aux yeux du public, puisque, du haut de la tribune de l'Académie, il a été déclaré qu'on ne devait plus mourir de cette maladie? Nous nous associons pleinement à la légitime protestation de M. Labbé, et nous ne saurions assez le féliciter, au nom des praticiens, d'avoir abordé ce point de vue professionnel de la question soulevée par M. Dieulafoy. Cette opinion a d'autant plus de valeur dans sa bouche, qu'avec une parfaite bonne grâce, M. Labbé, se rangeant peut-être un peu trop complaisamment au rang des anciens, a rendu pleine et entière justice aux efforts des jeunes générations et à leur marche rapide dans la voie du progrès. C'est dans cet esprit qu'il a reconnu les erreurs du passé et qu'il a déclaré se rallier entièrement aux conclusions de M. Dieulafoy relativement au traitement chirurgical de l'appendicite. Contrairement à ce qu'il pensait autrefois, il professe aujourd'hui qu'en présence d'un diagnostic bien précis d'appendicite, il importe d'opérer le plus tôt possible, l'opération étant d'ailleurs sans dangers. Mais, malgré toute la précision du diagnostic, malgré toute l'habileté des chirurgiens actuels, malgré l'innocuité de l'opération, il faut bien qu'on sache qu'on peut encore mourir d'appendicite.

Plusieurs présentations intéressantes ont été faites à l'Académie : signalons d'abord celle qu'a faite M. Marey d'un travail de M. Marage sur la voix des sourds-muets. La méthode que propose M. Marage consiste à soumettre les sourds-muets à trois catégories successives d'exercices acoustiques, la première consistant à faire entendre des instruments de musique, la seconde des vocables et la troisième des voyelles.

La radiographie prend chaque jour plus d'importance et, installée maintenant dans la plupart de nos services hospitaliers, rend les plus grands services. Mais il arrive souvent encore qu'elle nous induit en erreur et elle demande certains perfectionnements. Celui que vient d'apporter M. Chabaud nous paraît très heureux, et des appareils de stéréoscopie radiographique qui fonctionnent actuellement à Beaujon, dans le service de M. Championnière, paraissent combler une lacune en permettant, par un dispositif particulier, de ne laisser subsister aucun doute sur la place occupée par un corps étranger.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Laveran pour l'analyse d'un travail de M. Triantaphyllidès (de Batoum) sur les troubles paludéens de l'appareil respiratoire. Signalons aussi un travail de M. de Cyon, présenté par M. Lancereaux, sur le traitement de l'acromégalie par des préparations à l'hypophyse. Le reste de la séance a été occupé par la lecture de rapports officiels.

## HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BERGER.

### L'administration du chloroforme.

L'administration du chloroforme est un acte chirurgical qui doit se conformer à des règles précises et à des principes dont nous résumons les principaux, d'après une leçon publiée par la *France médicale* :

« 1° La sécurité de l'anesthésie dépend exclusivement de l'observation continue et rigoureuse de tous les caractères physiologiques qui résultent de l'action du chloroforme sur l'économie.

2° S'il en est un dont l'observation doive primer tous les autres, ce sont les phénomènes que l'on observe du côté de la respiration, dont les perturbations annoncent presque toujours la proximité des accidents : *cette surveillance de la respiration se fait avec l'oreille.*

3° L'examen de la coloration de la face et la recherche des réflexes vasculaires ont une importance presque égale; jamais dans une chloroformisation régulière le sujet ne doit être cyanosé ou présenter la coloration grisâtre de la face et des muqueuses qui indique un trouble certain de la circulation.

4° La recherche du réflexe palpébral est un guide très sûr, mais dont les indications n'ont cependant pas une valeur absolue.

5° Le début de la chloroformisation a une influence déterminante sur toute la durée de cet acte chirurgical. Une chloroformisation troublée dès le début sera toujours une chloroformisation difficile et parfois même dangereuse.

6° Le chloroforme doit être administré d'une manière continue au début et pendant la période d'excitation; il doit être donné avec des intermittences réglées dans la période de tolérance.

7° Ce n'est que par un système d'oscillations que l'on parvient à déterminer les véritables limites entre lesquelles on peut maintenir le sujet dans la résolution chloroformique, en évitant le réveil et les accidents, mais en se tenant surtout à distance de ces derniers.

8° A mesure que la chloroformisation se prolonge, les limites de la période de tolérance se resserrent et l'on peut, avec de moindres doses, voir se produire des accidents de surcharge chloroformique.

9° Quand il y a le moindre doute sur l'interprétation des phénomènes que présente le sujet soumis au chloroforme, il faut immédiatement supprimer celui-ci jusqu'à ce que l'on soit parfaitement au fait de la situation du malade.

10° Avant toutes choses enfin, le chirurgien doit être parfaitement sûr de la bonne qnalité du chloroforme qu'il emploie.

En se conduisant d'après ces principes, je n'affirme pas qu'on n'observera jamais d'accidents, mais je crois que ceux-ci pourront presque toujours être surpris dès leur apparition et arrêtés à temps. Il faut savoir se servir du chloroforme sans crainte, comme le chirurgien se sert d'un couteau qui est un instrument très dangereux, mais qui est très sûr entre les mains de celui qui sait s'en servir. »

---

## SUR UN MODE DE TRAITEMENT DU VARICOCÈLE (1)

Par M. le professeur Delorme, médecin principal de première classe de l'armée, membre de l'Académie de médecine.

Les méthodes chirurgicales usuelles du varicocèle, les résections veineuses et surtout les excisions scrotales étendues ont depuis assez longtemps fait leurs preuves pour que nous soyons fixés sur leur valeur. Elles suffisent à assurer la guérison de la très grande majorité des opérés.

Il est des cas cependant où la récidive est possible, même avec une excision scrotale considérable, combinée ou non avec des résections veineuses, c'est lorsque la peau scrotale, d'une minceur extrême et pauvre en éléments contractiles, manque de la résistance nécessaire pour s'opposer à la pesée veineuse, surtout pendant les efforts. C'est à cette catégorie de malades que pourrait être applicable le mode opératoire suivant que j'ai, avec succès, il y a près de quatre ans, appliqué dans mon service au Val-de-Grâce.

Par lui, *les testicules sont soutenus par une sangle de peau autoplastique prise sur la paroi abdominale.*

Voici la technique de ce procédé :

Le malade étant préparé comme pour une résection scrotale et la verge étant tirée en haut, la peau exubérante du scrotum est saisie transversalement, directement ou par de grandes pinces et abrasée en large croissant sans atteindre la vaginale. Les pointes remontantes du croissant correspondent au trajet des cordons à un bon travers de doigt au-dessous des orifices inguinaux externes.

Cela fait, sur la paroi abdominale, à partir de la ligne médiane, on taille, de chaque côté, un lambeau presque quadrilatère à base externe, large de trois doigts au moins dans presque toute son étendue, élargi d'un doigt près de la ligne médiane.

La section horizontale inférieure de chaque lambeau répond à un travers de doigt, un travers de doigt et demi du niveau de la base de la verge.

La base de ce lambeau se prolonge en dehors, jusqu'au niveau de l'orifice inguinal externe par en bas; en haut, elle est un peu moins prolongée, pour qu'après sa dissection cette base ne fasse pas de pli.

On dissèque chaque lambeau, on réunit ensuite les limites inféro-externes de chacun des lambeaux à la pointe correspondante du croissant cruenté scrotal; par quelques coups de bistouri, on aide à la rétraction des deux lèvres de cette dernière incision pour permettre le passage des lambeaux; on fixe ensuite ces derniers sur la ligne médiane et on réunit leurs bords supérieur et inférieur aux parties molles correspondantes. Enfin, on comble par un simple rapprochement de ses bords, faits avec des sutures nombreuses et solides, la perte de substance qu'a subie la peau de la paroi abdominale.

Si sur la ligne médiane on avait quelque difficulté à réunir ou si le rapprochement s'effectuait avec pli, un petit débridement médian et supérieur assurerait l'affrontement régulier.

L'opération terminée, l'abdomen, le scrotum, l'espace interfessier, les cuisses sont compris dans un pansement immobilisant ouaté, peu compressif; les genoux du malade, entourés d'ouate, sont réunis pour empêcher qu'une abduction des cuisses vienne nuire à l'adhésion des lambeaux et pour éviter à la fois les contractions abdominales et l'infection de la plaie pendant la satisfaction des besoins du malade, celui-ci est constipé dix jours, c'est-à-dire jusqu'à la réunion solide et linéaire des lambeaux.

Le malade guéri a un scrotum petit, fait d'une peau solide, et la cicatrice abdominale transversale est dissimulée par les poils du pubis. C'est ce que j'ai constaté sur mon opéré.

On pourrait, si on le jugeait nécessaire, combiner cette autoplastie avec l'excision des veines du cordon gauche.

(1) Par suite d'une cause indépendante de l'auteur, cette communication n'a pu être lue au Congrès de chirurgie de 1898.

---

## TRAITEMENT DES ANÉVRISMES

### PAR LA GÉLATINE EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES

Dans la discussion qui se poursuit actuellement à l'Académie de médecine, M. Laborde a fait à M. Lancereaux les objections basées sur l'expérimentation physiologique et d'où il résulterait que la gélatine introduit par la voie sous-cutanée ne serait pas absorbable. A ce propos, M. Lancereaux

a rappelé l'expérience suivante, qui a été le point de départ de ses recherches sur ce sujet. Voici le protocole de ces expériences.

EXPÉRIENCE. — Lapin mâle, adulte, bien portant, pesant 2770 grammes ; fixé sur le dos, pas d'anesthésie ; on met à nu la carotide et on y adapte une canule.

A 3 h. 29, on fait une prise de 5 centimètres cubes environ de sang carotidien, qui est reçu dans un tube à essais ; au bout de trois minutes on constate un commencement de coagulation et, au bout de *quatre minutes*, la prise est totale et l'on peut retourner complètement le tube.

A 3 h. 45, on injecte dans le péritoine, dans l'espace de cinq minutes, 100 centimètres cubes d'une solution de gélatine à 2 p. 100, stérilisée et maintenue à 38 degrés dans un bain-marie.

A 4 h. 12, on fait une prise de 5 centimètres cubes de sang ; au bout d'une demi-minute on constate déjà un commencement d'adhérence aux parois du tube ; au bout d'*une minute* la coagulation est totale et on peut retourner le tube.

A 4 h. 20, nouvelle prise de 5 centimètres cubes de sang qui coagule complètement au bout d'une minute. A 4 h. 35, il en est de même.

A 5 h. 35, dernière prise de 5 centimètres cubes de sang qui ne coagule complètement qu'au bout de *deux minutes et demie*.

On ferme la plaie ; le lendemain et les jours suivants le lapin se porte bien et ne paraît pas se ressentir de l'opération qu'il a subie.

Il résulte de cette expérience que la gélatine introduite dans le péritoine, c'est-à-dire dans un *territoire lymphatique*, arrive jusqu'au sang, sans avoir perdu sa propriété coagulatrice. Les faits observés, plus tard, chez l'homme, ont confirmé cette conclusion expérimentale.

Devant les réserves faites par M. Huchard et les objections sur lesquelles a insisté M. Laborde, il est bon, croyons-nous, de rappeler ici exactement la technique opératoire suivie par M. Lancereaux. Voici la description qu'il en donne lui-même :

« A. La solution de gélatine dont nous nous servons de préférence est la suivante :

| | |
|---|---|
| Gélatine blanche | 4 à 5 grammes. |
| Solution NaCl (à 7 p. 1000) . . | 200 centimètres cubes (1). |

On place cette solution dans un ballon ; on ferme le ballon à la lampe et on stérilise à 120 degrés. Il est bon de faire préparer d'avance plusieurs ballons semblables, stérilisés ; on les met quelques jours à l'étuve à 38 degrés et on met de côté ceux qui se troublent et dont la gélatine ne se solidifie pas par le refroidissement.

B. Pour injecter la solution de gélatine sous la peau, nous nous servons d'un appareil qui consiste en un matras de 500 centimètres cubes, facilement stérilisable à 120 degrés, ou même, tout simplement, en y faisant bouillir de l'eau pendant un quart d'heure. Au matras s'adapte un bouchon en caoutchouc, traversé de deux tubes de verre ; l'un d'eux plonge jusqu'au fond du matras et se trouve relié par un tube en caoutchouc avec une aiguille en platine iridiée de fort calibre ; l'autre, très court, est relié par un tube en caoutchouc, avec une poire à soufflerie, ou une pompe foulante, comme celle de l'appareil Potain. Sur le trajet de ce dernier tube se trouve un petit ballon de verre, rempli d'ouate et destiné à purifier l'air qui va comprimer le liquide.

On commence par stériliser le matras, comme il est dit plus haut ; on fait bouillir le bouchon avec ses deux tubulures, le tube en caoutchouc qui le relie à l'aiguille et cette dernière. En même temps, on place le ballon de gélatine dans un bain-marie à 37 degrés et, lorsque la gélatine est liquéfiée, on ouvre la ballon et on déverse son contenu dans le matras stérilisé, que l'on ferme rapidement par le bouchon stérilisé, lui aussi, par l'ébullition. Le matras est alors placé dans un bain-marie à 37 degrés.

On lave soigneusement l'endroit où l'on fera l'injection, de préférence la fesse, et l'on y introduit l'aiguille profondément, dans le tissu cellulaire, de façon que la pointe se trouve au voisinage de l'aponévrose sous-jacente. L'injection doit être faite rapidement et terminée dans l'espace d'environ un quart d'heure.

Dans ces conditions, l'injection, contrairement à ce que l'on a prétendu, *n'est pas douloureuse* ; l'absorption se fait rapidement et n'est suivie d'aucune réaction locale ou générale. L'effet, comme nous le disions plus haut, se produit assez vite ; il est prudent, dès lors, d'imposer le repos absolu au malade et de s'abstenir de palper la poche anévrismale, immédiatement après l'injection. Des manœuvres trop violentes risquent de disloquer les caillots récemment formés.

Cette injection est répétée tous les six à huit jours jusqu'à l'oblitération de la poche.

Lorsqu'une collatérale importante s'ouvre dans la poche de l'anévrisme, il est bon d'employer des solutions plus faibles (1 à 1,5 p. 100) et de laisser, entre deux injections consécutives, un intervalle de huit à dix jours.

(1) La solution à 1 p. 100 nous a paru peu active.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 novembre 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### RAPPORTS

**Troubles paludéens de l'appareil respiratoire.** — M. LAVERAN lit un rapport sur un travail de M. Triantaphyllidès (de Batoum). Suivant lui, en dehors de la pneumonie, peuvent se développer sous l'influence du paludinisme, la toux, le spasme trachéal, le hoquet, la bronchite, l'œdème localisé du poumon, l'asthme et l'angoisse respiratoire.

La toux palustre a les caractères de la toux nerveuse ; elle accompagne les manifestations ordinaires du paludisme ou bien elle se montre en dehors des accès fébriles, rebelles aux narcotiques et aux antispasmodiques, elle cède à la quinine.

La bronchite, qu'elle complique les accès de fièvre ou constitue la seule manifestation du paludisme, a deux formes : catarrhale ou congestive. Les prédispositions individuelles jouent un rôle dans sa genèse.

L'angoisse respiratoire correspond aux phénomènes classés par divers auteurs sous le nom de fièvre pernicieuse à forme dyspnéique.

Tous les faits cités par M. Triantaphyllidès ne sont pas également probants. Le fait que des troubles morbides disparaissent à la suite de l'administration de la quinine ne prouve pas d'une façon péremptoire la nature palustre de ces troubles.

Ces réserves faites, il paraît bien établi, par ce travail, que les troubles de l'appareil respiratoire sont souvent, à Batoum, d'origine palustre.

**Traitement de l'acromégalie par des préparations à l'hypophyse.** — M. LANCEREAUX analyse un travail de M. de Cyon sur ce sujet. Voici le résumé de ce travail :

« M. de Cyon rappelle dans son mémoire ses recherches expérimentales, poursuivies depuis plusieurs années, qui avaient abouti à établir les fonctions des glandes thyroïdes

et l'hypophyse, comme organes destinés à protéger le cerveau contre les dangers des congestions ou des hyperhémies.

Ces glandes arrivent à remplir cette fonction protectrice par voie mécanique et chimique. M. de Cyon compare l'action des corps thyroïdes à celle des écluses; l'hypophyse qui subit facilement, grâce à sa structure et à sa position anatomique, toutes les fluctuations de la pression intracranienne, est destinée à régler le jeu de ces écluses. Elle est ainsi le véritable régulateur de cette pression. Les substances chimiques produites par ces glandes, l'iodothyrine et l'hypophysine, sont destinées à entretenir ces organes en bon état de fonctionnement, elles remplissent ce rôle en agissant sur les centres des nerfs cardiaques et vaso-moteurs. M. de Cyon expose ensuite le cas d'une famille d'acromégaliens qu'il a eu l'occasion d'observer à Spa avec le concours du docteur Scheuer. Il s'agit de trois frères issus d'une famille dont aucun membre, ni parmi les ascendants, ni parmi les collatéraux, ne présente de tare héréditaire, et qui, depuis l'âge de trois ans, commençaient à présenter des symptômes d'acromégalie. C'est sur l'aîné de ces trois frères que M. de Cyon a essayé le traitement avec une préparation à l'hypophyse.

Le malade, âgé de douze ans, présente un cas d'obésité extraordinaire qui a débuté dès l'enfance. Des troubles visuels ont été remarqués à sa deuxième année. Depuis l'âge de trois ans, il souffre de maux de tête terribles qui n'ont fait qu'augmenter avec l'âge en même temps que les troubles visuels. Son nystagmus continuel date environ de la même époque. L'enfant est très apathique, ne bouge presque pas et a dû quitter l'école, son état de demi-cécité ne lui permettant pas de profiter des études. Son intelligence est peu développée; il a l'air d'être constamment dans un état comateux. Le cœur ne présente pas de lésions organiques, mais le pouls était irrégulier, faible et présentait des intermittences. Son poids, au commencement du traitement de M. de Cyon, était de 54 kilos, son tour de taille de 1m15. Après six à sept semaines de traitement avec les préparations à l'hypophyse, le poids du malade est tombé à 45 kilos et demi, son tour de taille à 80 centimètres. Les maux de tête ont considérablement diminué d'intensité et de durée, le pouls s'est régularisé, le nystagmus a également diminué. L'intelligence commence à se réveiller, l'enfant est moins apathique, s'intéresse davantage à ce qui l'entoure et manifeste le désir de retourner à l'école.

M. de Cyon voit dans l'effet de ce traitement une preuve éclatante de sa théorie sur les fonctions de l'hypophyse. Il en déduit les principes d'une organothérapie rationnelle qui ne peut rendre des services que quand on introduit dans l'organisation des substances normalement nécessaires pour le bon fonctionnement de certaines parties du système nerveux. Cette introduction ne peut qu'améliorer les conséquences pathologiques du manque de ces substances, mais elle est impuissante à suppléer au rôle mécanique des glandes dégénérées ou atrophiées. »

**La voix des sourds-muets.** — M. MAREY analyse un recueil de M. Marage dont voici le résumé :

« On sait que chaque voyelle est composée de deux ordres de vibrations, fonction l'une de l'autre : les unes, fournies par le larynx, donnent la note sur laquelle on parle; les autres, formées dans les cavités supra-laryngiennes, constituent la vocable, c'est-à-dire la note spéciale à chaque voyelle.

Il s'ensuit que, lorsqu'on entend la parole d'un orateur, on est influencé en même temps par ces deux sortes de vibrations qui, toujours l'une par l'autre, font que la diction est bonne.

Les vibrations laryngiennes sont fournies par les cordes vocales inférieures : la voix des chanteurs en est le type; la note laryngienne domine, la vocable est accessoire et c'est pourquoi la prononciation semble souvent défectueuse.

La vocable, au contraire, est produite dans les résonateurs supra-laryngiens, et ce sont les *sourds-muets* qui, au début de leur éducation, présentent le type de cette voix, dans laquelle le larynx a un rôle moins important.

Il est parfois difficile de les faire parler comme tout le monde, c'est-à-dire de les habituer à faire fonctionner leurs cordes vocales. Ceci tient à ce que le sourd-muet, le plus souvent, ne s'entend pas parler. Il faut, en conséquence, développer son acuité auditive et c'est, semble-t-il bien, la marche à suivre dans les exercices auxquels on le soumettra.

Il paraît donc logique, puisqu'on s'adresse à une oreille malade, d'aller du simple au composé; et, comme chaque voyelle est formée de deux sortes de vibrations, il semble nécessaire de dissocier celles-ci et, de faire entendre d'abord la note, ensuite la vocable, et en dernier, la résultante, c'est-à-dire la voyelle parlée.

Le docteur Marage, qui s'est occupé beaucoup de cette question, propose dans le travail qu'il adresse à l'Académie et dont M. Marey donne les grandes lignes de soumettre les sourds-muets à des exercices acoustiques divisés en trois catégories.

Dans la première, on ferait entendre des vibrations simples, c'est-à-dire des vibrations musicales, et c'est à cela que pourraient servir les phonographes : car si ces instruments déforment la voix parlée en y introduisant des vibrations nouvelles qui ne sont pas en rapport harmonique avec les vocables, ils modifient beaucoup moins les vibrations surajoutées, étant, le plus souvent, en rapport harmonique avec les premières.

La deuxième série d'exercices servirait à faire entendre la note correspondant à la vocable de chaque voyelle.

Pour cela, on prendrait les diapasons et les résonateurs donnant ces notes : un résonateur serait placé à l'entrée du conduit auditif et on ferait vibrer, en avant de lui, le diapason donnant le même nombre de vibrations; puis on recommencerait ce même exercice pour chaque vocable.

Dans une troisième serie, on s'occuperait de faire entendre les voyelles en prenant, au début, comme embouchure, le résonateur correspondant, puis en se servant de la voix nue.

En résumé, la méthode qu'il propose se ramène : à faire entendre des instruments de musique d'abord, les vocables ensuite et, en dernier lieu, les voyelles. »

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. LABBÉ déclare se rallier à presque toutes les conclusions de M. Dieulafoy, relatives au traitement chirurgical de l'appendicite. Il rappelle que les anciens chirurgiens avaient vu des cas analogues à ceux que l'on sait bien mieux observer aujourd'hui. Ils en opéraient même un certain nombre qu'ils désignaient sous le nom d'abcès de la fosse iliaque. Il est bien évident aujourd'hui que tous ces cas n'étaient que des cas d'appendicites. Mais si M. Labbé adopte les conclusions de M. Dieulafoy relativement à la conduite que les chirurgiens doivent tenir en présence d'une appendicite, il ne saurait assez s'élever contre la proposition trop absolue qu'il a soutenue, à savoir qu'on ne doit plus mourir d'appendicite. Toutes les paroles prononcées aujourd'hui à la tribune de l'Académie ont un tel retentissement, sont souvent même interprétées avec de tels commentaires, une telle exagération, qu'il ne faut pas laisser de braves praticiens, médecins ou chirurgiens, exposés à ce reproche qu'on ne manquerait pas de leur faire, s'ils venaient à perdre un malade d'appendicite, puisqu'il a été déclaré officiellement qu'on ne devait plus mourir de cette maladie.

Les anciens comme nous, ajoute M. Labbé, doivent rendre

cette justice aux jeunes générations, qu'elles marchent vite et bien dans la voie du progrès. Il disait souvent lui-même à ses internes lorsqu'il était chef de service : Je vous donne quelque chose en vous faisant profiter de ma vieille expérience, mais vous me le rendez bien en me faisant tenir au courant des nouveautés dont nous nous entretenons ensemble.

Pour en revenir à l'appendicite, M. Labbé reconnaît avoir adopté, autrefois, la doctrine de la pérityphlite et avoir soutenu qu'il fallait souvent s'en tenir au traitement médical et ne pas trop se hâter d'opérer. Il confesse aujourd'hui qu'il avait tort et il est bien convaincu qu'il était dans l'erreur. Avec M. Dieulafoy, il admet qu'en présence d'un diagnostic bien précis d'appendicite, il ne faut plus hésiter ni tarder à intervenir. Il est bien persuadé que M. Dieulafoy et ses adeptes sont dans la vérité. Passant en revue différents cas où il est intervenu, M Labbé insiste sur ce fait que les symptômes ne sont pas toujours en rapport avec les lésions. Il cite plusieurs exemples :

Dans un cas, les symptômes étaient très accusés et il a trouvé des lésions très simples ; dans un autre cas, il s'agissait de symptômes peu marqués et les lésions étaient complexes et étendues, gros volume de l'appendice, adhérences considérables, foyer purulent, calcul central. Quant à l'intervention elle-même, elle est toujours d'une parfaite innocuité, quand elle est pratiquée à froid. Mais pour ce qui est de l'appendicite, c'est une bien grave exagération de dire qu'on n'en doit jamais mourir, et il faut rayer cette exagération du vrai langage médical et chirurgical. Que l'on dise qu'elle fait moins de victimes, qu'on la connaît et qu'on la dépiste mieux, qu'habilement traitée et opérée elle guérit le plus souvent, rien de plus juste. Mais il ne faudrait pas exposer des confrères, non moins habiles et non moins attentifs, à des reproches qui seraient immérités.

### PRÉSENTATION

**Stéréoscopie radiographique.** — M. **CHAMPIONNIÈRE** présente, au nom de M. V. Chabaud, deux appareils de stéréoscopie radiographique qui sont employés à l'hôpital Beaujon par M. le docteur Dagincourt. L'un de ces appareils sert à prendre les deux épreuves. L'autre sert à éclairer et à repérer les négatifs qui peuvent ainsi être examinés stéréoscopiquement aussitôt leur développement terminé.

M. V. Chabaud s'est inspiré des travaux de MM. Marie et Ribaut et a cherché à résoudre le même problème que M. le docteur Destot. Il n'a toutefois entrepris ce travail qu'après avoir réalisé, au moyen d'un interrupteur à mercure et d'un tube à osmo-régulateur de M. P. Villard, des photographies très fines et très nettes avec des temps de pose extrêmement réduits, condition sans laquelle la stéréoscopie est impossible. La bobine de Ruhmkorff employée par M. Chabaud ne donnait avec son trembleur rapide de Marcel Deprez qu'une étincelle de 13 centimètres et la source électrique dans ces conditions était faite de 8 accumulateurs. Les temps de pose ont été les suivants :

Tête et bassin d'adulte, deux à vingt-cinq minutes. — Thorax d'adulte, dix à quarante secondes. — Genou et cuisse, trente secondes. — Pied et bras, dix secondes. — Main, cinq secondes.

Enfin M. Chabaud, au moyen d'un tableau calculé par M. Cazes détermine la position d'un corps étranger quelconque par rapport à un point connu du squelette au moyen de deux simples mesures effectuées sur les deux épreuves prises avec son appareil stéréoscopique.

M. Chabaud a remarqué en outre que l'inversion des épreuves sur l'appareil stéréoscopique permettait de ne laisser subsister aucun doute sur la place occupée par un corps étranger. En effet une main examinée avec l'appareil sera vue ou par la face dorsale ou par la face palmaire suivant qu'on regardera les épreuves dans un sens ou dans le sens inverse. Ce phénomène dû à ce que rien n'est absolument opaque pour les rayons X a une importance capitale en stéréoscopie.

La séance est levée.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Névroses et idées fixes** (1), fragments des leçons cliniques du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement (travaux du laboratoire de psychologie de la clinique, à la Salpêtrière, 2e série), par M. le docteur F. RAYMOND, professeur de la clinique des maladies du système nerveux, à la Salpêtrière, et le docteur Pierre JANET, directeur du laboratoire de psychologie de la clinique, à la Salpêtrière.

Cet ouvrage est composé de leçons cliniques faites à la Salpêtrière, par M. le professeur F. Raymond. Les auteurs se sont écartés du mode ordinaire d'examen des cliniques ; ils ne se sont pas livrés à l'étude approfondie d'un nombre limité de malades, en faisant ressortir les caractères typiques qui peuvent servir à l'étude des maladies et de leurs variétés ; leurs observations se sont portées sur un grand nombre de sujets comme peuvent les offrir les services de la Salpêtrière, présentant tous des troubles intéressants, mais paraissant au premier abord très variés, et de la comparaison de ces observations, ils se sont élevés aux généralisations qui font l'intérêt de ces études.

La méthode d'examen était la suivante : les malades qui semblaient présenter quelque intérêt au point de vue de la psychologie pathologique étaient envoyés au laboratoire de psychologie ; là, M. le docteur Janet les examinait, prenait leur observation et faisait sur eux les quelques recherches ou expériences qui pouvaient être utiles. Puis, de concert avec le professeur Raymond, ces malades étaient examinés de nouveau, les observations répétées et présentées ensuite à la leçon clinique avec les réflexions succinctes auxquelles elles donnaient lieu.

Le volume est divisé en deux parties : dans la première sont groupés les chapitres relatifs aux troubles plus précisément psychiques, tels que les confusions mentales, les aboulies, les délires cœnesthésiques, les délires émotifs, les obsessions et impulsions, les sommeils, e somnambulisme, les fugues ; dans la seconde rentre l'étude des troubles somatiques, c'est-à-dire de ceux qui se manifestent avec plus de précision à l'extérieur, comme les troubles de la sensibilité, les tremblements, les chorées, les tics, les paralysies, les contractures, les troubles du langage, les spasmes viscéraux, les troubles vaso-moteurs, les troubles trophiques, le kyste parasitaire du cerveau.

Cent cinquante-deux observations se trouvent ainsi résumées ; elles complètent les recherches expérimentales exposées par M. P. Janet dans le premier volume d'études qu'il a publié il y a quelques mois, et elles montrent l'importance de ces études psychologiques pour l'interprétation et le traitement des maladies nerveuses.

Médecins et psychologues y trouveront des renseignements utiles et instructifs.

**L'hygiène des albuminuriques** (2), par le docteur Maurice SPRINGER, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire de la Faculté de médecine à la clinique médicale de l'hôpital de la Charité.

Malgré l'abus que l'on fait aujourd'hui du mot albuminurie, cette affection est aussi réelle que fréquente ; le traité

(1) 2e vol., 1 vol. gr. in-8°, 97 fig. Prix : 14 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-16. Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

de M. Springer est un guide judicieux et documenté pour le traitement hygiénique de cette affection ; il est écrit par un clinicien pour les médecins, et, chose peu commune, il sera mis avec grand profit sous les yeux et entre les mains des malades eux-mêmes. Nous ne craignons pas d'affirmer que, pour les uns et pour les autres, cette lecture sera aussi agréable qu'utile.

Nous ne possédons actuellement aucun médicament spécifique contre l'albuminurie, mais nous savons quelles sont les substances alimentaires et médicamenteuses et les causes qui peuvent aggraver le mal. Ecarter ces causes quand le mal n'est pas déjà profondément enraciné et quand le terrain n'est pas trop taré, c'est assurer au malade une longue survie.

L'hygiène thérapeutique gravite autour de cette notion. Dans un grand nombre de circonstances, si le malade est docile, le médecin peut guérir l'albuminurie ; trop souvent il ne peut pas faire rétrocéder les lésions acquises, mais par des soins attentifs, il obtient qu'elles restent stationnaires ou partielles. Il peut reculer ainsi l'échéance urémique contre laquelle l'hygiène thérapeutique sagement appliquée parvient encore à lutter.

**Le myxœdème** (1), par le docteur Thibierge, médecin de l'hôpital de la Pitié. N° 12 de l'*Œuvre médico-chirurgical* (docteur Critzman, directeur).

Le rôle du corps thyroïde dans la pathologie générale devient de plus en plus important. En étudiant aussi complètement que possible le myxœdème, le docteur Thibierge a classé, avec son incontestable compétence, le chapitre d'une des affections médicales les plus intéressantes.

Ce travail, qui débute par un historique détaillé du myxœdème, étudie la symptomatologie, les formes, les complications, le diagnostic de la cachexie primitive, et s'arrête longuement, sur la pathogénie de ce mal. On sait en effet que les récents travaux de Gley ont mis en évidence l'influence des glandes thyroïdes accessoires, et que Brissaud, se servant de ces données physiologiques, essaie de jeter une nouvelle lumière sur la genèse du crétinisme et de la dégénérescence goitreuse. M. Thibierge reprend dans sa monographie toutes ces nouvelles idées, les fond en un seul tout, pour livrer au public médical l'état actuel d'une des manifestations les plus curieuses de la pathologie de la glande thyroïde. Le rôle thérapeutique de cette dernière glande est examiné avec un esprit critique des plus remarquables.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Pathologie* (séance du 21 novembre) : MM. Armand-Delille, 14. — Alexandre et Ét. Guihal, 13. — Belgrand, Bruandet, Camus et Piot, 12. — Jacowski, 9. — Latron et Trastour, 8.

(Séance du 22 novembre) : MM. Alquier et Caubet, 14. — Aubertin, Balthazard, Theuveny et B. Weill, 13. — Baudelot et Diel, 8. — Santiard, 7. — Berton, 5.

*Anatomie* (séance du 21 novembre) : MM. Leuret, 11. — Lefas et Jean Roché, 10. — Ch. Roché, 7. — Loiselet, 6. — P. Berthier et Lobligeois, 5. — Lemierre et Marchand, 4. — A. Lelong, 2.

(Séance du 22 novembre) : MM. Katz, 13. — Dambrin, 10. — Delaunay, 9. — C. Coudert, 8. — R. Gaultier et Jomier, 7. — Mahar et G. Weill, 5. — Léculier, 4. — Cestrier, 3.

— L'inauguration du monument élevé à la mémoire du professeur Charcot, devant la Salpêtrière, aura lieu le dimanche 4 décembre, à dix heures, sous la présidence de M. Leygues, ministre de l'Instruction publique.

— Par décret, en date du 21 novembre 1898, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin de première classe.* — M. le médecin de deuxième classe Pélissier, en remplacement de M. Fruitet, démissionnaire.

*A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe.* — MM. les élèves de l'École du service de santé de la marine Cartron, appelé à servir à Toulon ; Broquet, appelé à servir à Brest ; Grange, affecté au corps de santé colonial.

— Par application du décret du 15 avril 1892 et de l'arrêté ministériel du 27 du même mois, le ministre de la Guerre a décerné, par décision du 5 novembre 1898, les médailles d'honneur ci-après :

*Médailles d'argent.* — Mme Verdier (sœur Valentine), de la congrégation des sœurs de charité de Notre-Dame d'Évron : onze ans de services dans les salles militaires de l'hospice mixte du Mans : s'est tout particulièrement distinguée au cours d'épidémies successives de rougeole, scarlatine, variole et fièvre typhoïde.

Mme Rochon (Jeanne) (sœur Alexandre), de l'ordre des Ursulines de Chavagne : quatorze ans de services dans les salles militaires de l'hospice mixte d'Ancenis : a fait preuve du plus complet dévouement lors des épidémies de fièvre typhoïde (1886 et 1887) et de grippe infectieuse (1895).

Sœur Gabrielle, de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul : remplit, depuis huit ans, les fonctions d'infirmière à l'École militaire préparatoire d'infanterie de Saint-Hippolyte-du-Fort : s'est toujours distinguée par son zèle et son dévouement pour ses malades, près desquels elle a contracté la dysenterie lors de l'épidémie de juillet 1898.

M. Grasset (Pierre), infirmier à la 20e section ;

M. Leroy (Paul), infirmier à la 20e section ;

Lors d'une grave épidemie de typhus qui a sévi en mai-juin 1898, à l'hôpital militaire de Tlemcen, ces deux infirmiers se sont distingués par un zèle et un dévouement de tous les instants ; attaché depuis cette époque au service des typhoïdiques, Grasset a lui-même contracté la fièvre typhoïde.

*Médailles de bronze.* — M. Gras (Antoine), caporal du cadre : s'est distingué lors de deux épidémies consécutives de rougeole et de dysenterie (juin-juillet 1898), qui ont sévi à l'École de Saint-Hippolyte-du-Fort.

M. Forestier (François), infirmier à la 17e section : a fait preuve de zèle et de dévouement au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde (hôpital militaire de Toulouse, 1896) ; a été atteint lui-même de cette affection grave au chevet des malades.

M. Miquel (Michel), infirmier à la 20e section : s'est fait remarquer par son dévouement à l'égard des typhoïdiques (hôpital militaire de Frendah, 1897) ; leur a prodigué ses soins intelligents et continus, jusqu'au moment où il a été atteint lui-même de fièvre typhoïde.

M. Michel (Moïse-Albert), infirmier à la 21e section : affecté depuis six mois au service des typhoïdiques à l'hôpital militaire du Belvédère, s'est fait remarquer par son zèle et son dévouement continus.

M. Ardaillon (Joseph-Germain), infirmier à la 21e section ;

M. Vironda (Joseph-Antoine), caporal à la 21e section d'infirmiers militaires :

Ont fait preuve du plus grand dévouement lors d'une épidémie grave de fièvre typhoïde, qui a sévi à Gafsa en 1898 ; Ardaillon avait déjà contracté une fièvre typhoïde grave en 1897.

---



(1) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 135. — SAMEDI 26 NOVEMBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 26 NOVEMBRE 1898. — N° 135.

Ce Journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Anatomie* (séance du 23 novembre) : MM. Bosvieux, Mettey et J. Renou, 9. — Mutzner, 8. — Foulon, Vaillant et Vinsonneau, 6. — Lacasse, 5. — Kuhn, 3.

(Séance du 24 novembre) : MM. Laubry, 13. — Hallopeau, 9. — Legroux, 8. — Garrigues, 7. — Cotard et Detot, 6. — Dionis du Séjour, 5. — Pamard, 3. — Aribat et Cruet, 2.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Semelaigne, ancien président de la Société médico-psychologique, président de la Société mutuelle des médecins aliénistes de France, décédé à Neuilly-sur-Seine, dans sa soixante-dix-neuvième année.

Ses obsèques ont eu lieu ce matin à l'église Saint-Pierre de Neuilly. Le deuil était conduit par ses trois fils MM. Casimir, Fernand et le docteur René Semelaigne.

— Par décision ministérielle, en date du 24 novembre 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine, les élèves de l'École du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux, le 16 novembre 1898 :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe : MM. Pin et Laurenti, affectés au corps de santé des colonies.

— Par décision ministérielle, en date du 24 novembre 1898, M. le médecin de première classe Lombard, du port de Toulon, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'ancienneté de services et sur sa demande, à compter du 3 février 1899.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 novembre 1898, la Faculté des sciences de l'Université de Paris est autorisée à délivrer un dix-huitième certificat d'études supérieures de sciences portant sur l'embryologie générale.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 novembre 1898, un concours s'ouvrira, le 5 juin 1899, devant l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite École.

— Un concours sera ouvert le 19 décembre 1898, à la maison départementale de Nanterre, pour l'admission à quatre emplois d'internes provisoires en médecine et en chirurgie, qui deviendront vacants dans cet établissement le 1er janvier 1899. — Pour tous renseignements, s'adresser la Préfecture de police (service du personnel), caserne de la Cité.

— M. le médecin principal Trabaud, médecin-major du groupe des bataillons d'infanterie de marine, détaché à Paris, dont l'emploi est supprimé à compter du 15 décembre prochain, est réintégré, à partir de cette date, au service général du corps de santé et affecté au port de Rochefort.

Conformément aux dispositions de l'article 89 de l'arrêté du 24 juin 1886, M. le docteur Trabaud sera distrait de la liste d'embarquement pendant six mois, à compter du 15 décembre 1898.

— Sur la proposition de M. Brouardel, rapporteur, l'Académie de médecine décerne le prix Laval (1082 francs) « destiné à l'élève en médecine le plus méritant », à M. Laufer, étudiant en médecine à la Faculté de Paris.

— *Hôpital Saint-Antoine.* — M. le docteur Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies des oreilles, du nez et du larynx, le mardi 29 novembre, à neuf heures et demie. — Les mardis : cours de technique et de séméiologie spéciales. — Les samedis : cours de thérapeutique spéciale. — Les lundis : petite chirurgie du nez, des oreilles et du larynx. — Les vendredis : opérations (cure radicale de l'otorrhée, des sinusites de la face, etc.).

— M. le docteur Kopff a repris ses leçons cliniques d'ophtalmologie et opérations, à l'hôpital Saint-Joseph, n° 1, rue Pierre-Larousse, et les continuera tous les mardis et samedis, à neuf heures et demie.

## THÈSES

### SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899

1. M. CHEROT. Etude statistique de l'éruption des dents. — 2. M. SERGENT. Traitement de la rétention d'urine dans la neurasthénie urinaire. — 3. M. VINOT. De la douleur dans des rétrodéviations utérines. — 4. M. PATRY. Zona gangréneux anormal. — 5. M. Damien MASSON. Étude des complications vésicales dans l'appendicite. — 6. M. GAYME. Essai sur la maladie de Basedow. — 7. M. SIMONOT. De la chaleur thérapeutique. — 8. M. DOUVRIN. Sur le traitement des fractures pour le massage et la mobilisation. — 9. M. BARTHOUT. De l'hémiataxie posthémiplégique. — 10. M. TEISSÈRE. Du traitement des gerçures et crevasses du sein par l'orthoforme. — 11. M. BLED. La section du sympathique dans la maladie de Basedow. — 12. M. TEUTSCH. Tuberculose pulmonaire. Sa propagation dans les milieux. Son traitement hygiénique. Sa prophylaxie. — 13. M. ASTRUC. La paralysie faciale hystérique, en particulier chez l'enfant. — 14. M. COCURAT. De la présence du bacille diphtérique dans les organes. — 15. M. LUCAS. Des végétations adénoïdes et de leurs rapports avec les affections de l'oreille. — 16. M. HANOTTE. Anatomie pathologique de l'oxycéphalie. — 17. M. RÉSIBOIS. De quelques formes anormales du cancer de l'estomac. — 18. M. MARÉCHAL. Traite-

ment chirurgical de la myopie forte, par l'extraction du cristallin transparent. — 19. M. Rivalta. Contribution à l'étude des malformations congénitales du vagin et de l'hymen. — 20. M. Orjuben. Notes historiques sur le service des aliénés à l'hôpital-hospice de Niort. — 21. M. Henry. Contribution à l'étude des diphtéries associées (formes streptococciques). Grands accidents septiques. — 22. M. Wildenstein. De la grippe et en particulier de ses formes sporadiques. — 23. M. Coffinas. Recherches cliniques et microscopiques sur la séméiologie de la langue dans les maladies infectieuses ou toxiques. — 24. M. Delvincourt. Contribution à l'étude du traitement du tétanos par les injections intra-cérébrales d'antitoxine. — 25. M. Marabeix. Déférentite, vésiculite, péritonite blennorragiques. — 26. M. Gilbert. De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications (orbite, crâne). — 27. M. Voillot. Contribution à l'étude de la tuberculose aux colonies. — 28. M. Ricoux. Des réactions cellulaires, consécutives à l'introduction de poudres inertes dans l'organisme. — 29. M. Dheré. Recherches sur la variation des centres nerveux en fonction de la taille. — 30. M. Hérigny. Des lois protectrices de la santé publique en Angleterre et en France. — 31. M. Guerbé. L'ictère émotif, manifestation hystérique. — 32. M. Salles. Bassins rachitiques transversalement rétrécis. — 33. M. Degouy. De l'insertion habituelle du placenta. — 34. M. Bouché. Contribution à l'étude du traitement des fractures non consolidées. — 35. M. Aug. Dupont. Traumatisme et syringomyélie.

## REVUE GÉNÉRALE

### Pathogénie de la lithiase biliaire.

Par Léopold-Lévi,
Ancien interne lauréat des hôpitaux,

La pathogénie moderne de la lithiase biliaire a suivi l'évolution des doctrines médicales. Les calculs se formant au niveau des canaux biliaires, aux dépens des éléments de la bile, il était naturel d'incriminer le contenant et le contenu. La première théorie que nous signalerons est anatomique. Elle fait résider le point de départ de la lithiase dans les modifications primitives des canaux biliaires et des parois de la vésicule. Puis ce fut la théorie humorale qui expliqua la formation des calculs sous l'influence des altérations du liquide biliaire lui-même. A ces théories fit suite la théorie infectieuse, encore récente et que nous aurons à examiner particulièrement. Cette dernière théorie met en jeu l'intervention d'un nouvel élément pathogène, les micro-organismes, mais elle admet qu'ils déterminent soit l'inflammation de la paroi, soit des troubles chimiques de la bile. A chacune de ces théories on a opposé des objections. Il est à se demander si l'une d'elles peut actuellement expliquer la totalité des faits, si la pathogénie de la lithiase biliaire se résume en un seul procédé.

Ce qui domine toute cette pathogénie, c'est un phénomène d'ordre chimique : les calculs biliaires résultent de la combinaison de la cholestérine ou de la chaux avec la bilurine, et c'est cette formation qu'en fin de compte toute théorie veut expliquer. Il est en outre, dans l'histoire de la lithiase biliaire, des données étiologiques indiscutables, et dont chaque théorie a dû tenir compte.

### I

Théorie anatomique. — La théorie anatomique met au premier plan l'altération de la vésicule, admet la cholécystite primitive.

C'est ainsi que, pour Lobstein (1), la formation des calculs est en rapport avec certaines lésions de la vésicule qui entraînent un changement dans le mode de sécrétion de sa surface interne.

Bouisson (2) fait intervenir la production abondante du mucus vésiculaire qui modifie l'état matériel de la bile cystique et joue un rôle non équivoque dans la formation des pierres biliaires.

Frerichs (3), avec Hein (4) et Meckel (5), attribue une influence essentielle au catarrhe de la vésicule et des voies biliaires. Il y a à la fois séjour prolongé de la bile dans la vésicule et altérations secondaires.

On voit que cette théorie, tout en faisant jouer un rôle primordial aux lésions des parois de la vésicule, laissait une part aux modifications du liquide biliaire. Il y avait d'ailleurs des faits anciens dont l'explication ne pouvait être fournie par l'hypothèse anatomique. Nous rappelons le fait de Lacarterie (6) (1827), confirmé plus tard par ceux de Beigel (1), de Frerichs (2), se rapportant à des calculs dont le noyau était composé de mercure.

(1) Lobstein. *Traité d'anatomie pathologique*, 1829-1833.
(2) Bouisson. *Bile. Variétés physiologiques et morbides*, Montpellier, 1843.
(3) Frerichs. *Maladies du foie*, trad., Paris 1862.
(4) Hein. In Frerichs.
(5) Meckel. *Microgeologia*, 1857.
(6) Lacarterie. *Gaz. de santé*, 15 avril 1826.

La théorie du catarrhe lithogène fut battue en brèche par M. Bouchard (3), qui considérait la cholécystite primitive comme au moins problématique. Nous verrons ultérieurement que la théorie infectieuse a de nouveau mis en avant dans la majorité des cas l'inflammation vésiculaire.

### II

Théorie humorale. — Déjà invoquée par Bramson (4), Verheyen (5), Niemeyer (6), Ch. Robin (7), Thénard (8), etc., la théorie humorale a reçu de M. le professeur Bouchard, dans ses leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition, son développement complet. Nous empruntons à cet auteur les renseignements suivants.

Normalement la cholestérine est en dissolution partout où elle existe. Elle est maintenue en dissolution dans les humeurs par les savons de potasse et de soude, et les sels que les acides biliaires forment avec ces bases. Pour que ces sels maintiennent la cholestérine en dissolution, il faut :

1° Que le milieu soit alcalin.

2° Que le milieu ne renferme que de faibles proportions de chaux, sans quoi, par suite d'une décomposition, la chaux, s'emparant des acides gras, formerait des savons insolubles, et, se fixant sur les acides biliaires, formerait des cholates insolubles.

3° Que la cholestérine ne soit pas en trop forte proportion.

Toutes les conditions qui entraînent la précipitation de la cholestérine jouent donc un rôle dans la genèse de la lithiase.

Or, la cholestérine peut se précipiter si elle est introduite en excès dans l'organisme avec les aliments ou si elle est produite en excès (Ch. Robin). A l'état normal, sur les 1000 grammes environ de bile qu'élimine l'homme adulte, il y a 2 à 4 grammes de cholestérine. Elle se précipite, d'autre part, si elle ne trouve pas pour le dissoudre des savons ou des sels biliaires alcalins, si par conséquent les acides gras (stéarique, palmitique, oléique) font défaut, soit par insuffisance alimentaire des graisses, soit par maladie du pancréas, soit par acidité de l'intestin, soit même par saponification insuffisante dans le sang. Elle se précipite aussi si les acides biliaires (glycocholique ou cholique) font défaut, ce qui indique l'inertie du foie. Elle se précipite encore si les acides gras ou les acides biliaires ne trouvent pas en proportion suffisante la potasse et la soude (Thénard) avec lesquelles ils doivent former les sels alcalins, si donc les alcalis manquent dans l'alimentation, soit à l'état de carbonates, soit à l'état de sels organiques. La cholestérine se précipite également si l'alcalinité de la bile est amoindrie, ce qui peut résulter du défaut des alcalis alimentaires, de l'acidité du tube digestif, de la production excessive ou de l'insuffisance de combustion des acides dans l'organisme,

(1) Beigel. *Wien. Med. Wochens.*, 1856.
(2) Frerichs. Loc. cit.
(3) Bouchard. *Leçons sur le ralentissement de la nutrition*, Paris 1882 p. 69 et suiv.
(4) Bramson. In *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Biliaires, p. 391.
(5) Verheyen. *Id.*
(6) Niemeyer. *Éléments de pathologie interne*, 1866.
(7) Robin. *Sur les humeurs anormales et morbides*, Paris 1867.
(8) Thénard. In *Journ. de méd. chir. et pharm.*, 1807, t. XXX, p. 336-367.

de la fermentation acide de la bile. Elle se précipite enfin, si la chaux prédomine dans le liquide biliaire (Bramson, Verheyen), ce qui résulte soit d'un excès de la chaux alimentaire, soit d'un obstacle à la fixation de la chaux par les tissus, soit d'une redissolution de la chaux des tissus. Ces deux dernières conditions sont réalisées quand les acides sont surabondants dans l'économie. L'importance attribuée à la chaux dans la précipitation de la cholestérine se vérifie par l'examen du centre des calculs qui renferment des composés insolubles résultant de l'action de la chaux sur le pigment et les acides biliaires.

Il faut enfin accorder de l'importance à la stagnation partielle de la bile qui amène la concentration de ce liquide par résorption de sa partie aqueuse :

En somme, stagnation de la bile mise à part, on peut, avec M. Bouchard, résumer en six termes principaux les conditions de la théorie humorale de la lithiase biliaire :

Excès de cholestérine.
Défaut d'acides gras.
Défaut d'acides biliaires.
Défaut de bases alcalines.
Excès d'acides dans l'organisme.
Dissolution de la chaux dans l'organisme.

Ces conditions défavorables peuvent dépendre, dit cet auteur, des vices de l'alimentation, de la digestion, de la fonction hépatique, de la nutrition générale, et enfin de la respiration.

M. Bouchard applique à la lithiase biliaire sa théorie du ralentissement de la nutrition. La lithiase biliaire se produit seulement chez les individus dont la nutrition est ralentie. L'une des conséquences de ce vice nutrititif est, en effet, d'empêcher la destruction des acides, de permettre leur accumulation dans l'organisme, de diminuer l'alcalinité des humeurs, de soustraire la chaux aux éléments anatomiques et de la livrer aux liquides d'excrétion.

L'étude étiologique de la lithiase biliaire confirme, pour M. Bouchard, ces vues pathogéniques, au point de vue du ralentissement de la nutrition.

En tête de l'étiologie on trouve en effet le sexe féminin et la vieillesse. Le sexe féminin entraîne la grossesse, l'accouchement, la lactation qui ont une action sur la nutrition générale, indépendamment de leur action sur le foie. Il en est de même des affections chroniques de l'utérus. L'influence de l'âge sur la nutrition n'a besoin que d'être signalée. Enfin des causes accessoires peuvent réaliser le même trouble nutritif. M. Bouchard invoque les professions sédentaires où les oxydations sont moins actives, la vie dans un air confiné, les climats froids et humides; d'autre part, l'excès d'alimentation, enfin les habitudes tristes de l'esprit, les préoccupations, l'ennui.

M. Bouchard insiste, en outre, sur la parenté de la lithiase biliaire avec d'autres maladies appartenant au même groupe morbide, à la même diathèse. La lithiase appartient presque en propre aux malades arthritiques. Sa coïncidence avec des calculs hépatiques et urinaires, fait indiscutable, avait déjà été remarquée par Bianchi, Morgagni, Fauconneau et Dufresne. Enfin, elle est en relations étroites avec la goutte (Willemin, Sénac).

On voit, comme le dit M. Chauffard (1), que cette doctrine permet de considérer la lithiase, non comme une maladie fortuite et entièrement autonome, mais comme un anneau d'une longue chaîne, comme une de ces manifestations diathésiques que l'on peut souvent prévoir et parfois prévenir. Il en résulte, au point de vue hygiénique et prophylactique aussi bien qu'au point de vue thérapeutique, des indications précieuses, qui, de longue date, ont fait leurs preuves d'efficacité.

Contre la théorie humorale, les partisans de la théorie infectieuse ont formulé des objections tirées du mode de formation de la cholestérine et de la chaux. Nous les trouvons groupées dans la thèse de Fournier (1). Il n'est plus douteux, dit cet auteur, que c'est pour la majeure partie aux dépens de l'épithélium de la muqueuse biliaire que naissent la cholestérine, et la chaux, qui doit se combiner à la bilirubine, pour former les calculs.

En ce qui concerne la cholestérine, Bristowe (2) avait trouvé dans un cas une vésicule presque oblitérée et présentant, en différents points, de petites excavations revêtues de muqueuse. Dans ces cavités on rencontrait des masses de cholestérine molle. La cholestérine avait donc bien son origine dans la muqueuse même. D'après Naunyn (3), la vésicule biliaire de gens qui ont été atteints de lithiase renferme des cellules épithéliales desquamées en voie de dégénérescence dont s'échappent des petites masses de cholestérine amorphe.

D'autre part, pour le même auteur, la cholestérine n'est nullement un produit de la nutrition générale. Et c'est dans la muqueuse des voies biliaires qu'il faut chercher l'origine d'un excès de production de cette substance. La cholestérine de la bile n'augmente pas, en effet, au cours de diverses maladies [Kausch (4)]. On ne la trouve en plus forte proportion que lorsqu'il existe dans la vésicule des calculs de cholestérine. La bile vésiculaire contient d'ailleurs plus de cholestérine que la bile provenant directement du foie [Doyon et Dufaut (5)].

Enfin, d'après les recherches de Jankau (6), Thomas (7), Kausch, la teneur de la bile en cholestérine n'est pas modifiée par le genre d'alimentation (graisses, viandes, hydrocarbures) par l'introduction de cette substance dans l'organisme (soit par la voie digestive, soit par la voie hypodermique. Elle est, de plus, indépendante de la richesse du sang en cholestérine.

« En outre, disent MM. Gilbert et Fournier (8), quelques-unes des conditions de précipitation de la cholestérine, indiquées par M. Bouchard, sont très discutables, tel par exemple, le défaut de « substances solubilisantes ». D'après les recherches de Kausch, ces substances sont toujours en quantité bien supérieure à celle nécessaire pour dissoudre la cholestérine biliaire normale. Telle est aussi cette autre condition que, depuis Seifert et Thudicum, on considérait

(1) Chauffard. Valeur clinique de l'infection comme cause de lithiase biliaire. *Rev. de méd.*, 1897.

(1) Fournier. *Origine microbienne de la lithiase biliaire*, Th. de Paris, 1896.
(2) Bristowe. In Th. de Fournier, p. 23.
(3) Naunyn. *Klinik der Cholelithiasis*, Leipzig 1892.
(4) Kausch. Uber den Gehalt der Leber en Galle u. Cholesteriw, *Inaug. Dissert.*, Strasbourg 1891.
(5) Doyon et Dufourt. Soc. de biol., 14 mai 1896. — *Arch. de physiol.*, 1896, p. 586.
(6) Jankau. *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm.*, Bd. 39.
(7) Thomas. Th. de Strasbourg, 1891. — *Gaz. hebd.*, 1893, p. 325.
(8) Gilbert et Fournier. Pathogénie de la lithiase biliaire, *Presse méd.*, 21 mai 1898.

comme éminemment favorable à la précipitation de la cholestérine : le dédoublement facile de l'acide glycocholique en glycole et acide cholalique. S'appuyant sur l'opinion de Minkowsky, Naunyn fait remarquer que ce dernier acide dissout à peu près autant de cholestérine que l'acide glycocholique lui-même. »

Au point de vue de la production de la chaux biliaire, déjà Frerichs (1) avait montré que la chaux provenait de la muqueuse de la vésicule. Il avait vu sur la fosse interne de cette cavité d'innombrables cristaux de carbonate de chaux et, dans un cas où un calcul adhérait aux parois de la cholécyste, il aurait constaté que le côté adhérent était composé de carbonate de chaux et le côté libre de cholestérine pure. Il résulte, en plus, des expériences de Junkau, que la teneur de la bile en chaux est complètement indépendante de la quantité de chaux introduite par l'alimentation, en particulier par l'absorption d'eaux calcaires. Elle provient, pour cet auteur, de l'épithélium de la muqueuse biliaire.

III

Théorie infectieuse. — La théorie infectieuse de la lithiase biliaire a passé par deux phases que M. Fournier (2) appelle : phase de probabilité, phase de certitude.

*Phase de probabilité.* — C'est à M. Galippe (3) [1886] que revient le mérite d'avoir formulé le premier la théorie microbienne des calculs en général, des calculs biliaires en particulier. Il montra qu'on peut, au centre de ces calculs, rencontrer des micro-organismes. Ses travaux sur les microbes de l'intestin et sur leur pénétration dans les voies biliaires par infection ascendante ou descendante appuyaient indirectement le mode pathogénique incriminé. C'est ainsi que, dans sa thèse sur les infections biliaires, M. Dupré (4) faisait entrevoir le rôle de l'infection en général, et particulièrement de l'infection typhique dans la formation de la lithiase biliaire. Naunyn (1891) [5] se déclara défenseur de la théorie infectieuse, au Congrès de Wiesbaden, et la question fut discutée par Schrœder, Fürbringer et Mosler. Pour Naunyn, l'infection agit de deux façons. Le plus habituellement, les micro-organismes produisent une angiocholite desquamative. Ce qui le prouve, c'est l'existence, au centre des calculs, des débris épithéliaux. Il est possible, d'autre part, que la présence de microbes dans la bile entraîne des modifications chimiques d'où résulte la précipitation des éléments du calcul. M. Létienne (6) admit à son tour le rôle de l'infection par l'intermédiaire d'angiocholite légère ou de modification dans les propriétés de la bile.

*Phase de certitude.* — Elle s'établit avec la communication de MM. Gilbert et Dominici (7), qui démontrèrent l'existence de bacilles vivants au centre des calculs et insistèrent sur le rôle du coli-bacille. MM. Hanot et Létienne (8) arrivèrent, d'autre part, aux mêmes conclusions. Hanot (1) publia ultérieurement une observation de cholélithiase avec bacille d'Éberth au centre des calculs. Un cas analogue a été fourni plus récemment par M. Milian (2). Nous devons citer encore les travaux de MM. Gilbert et Fournier (3), l'intéressante thèse de M. Fournier, à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts. Les recherches toutes récentes de M. Mignot, la communication de MM. Gilbert et Fournier, l'article de M. Hartmann sont venus apporter de nouveaux faits indiscutables.

La théorie infectieuse a suscité, d'autre part, des travaux de critique, parmi lesquels celui de M. Chauffard (4), que nous avons mis à contribution.

La théorie infectieuse s'appuie : 1° sur une preuve bactériologique, la présence de micro-organismes au centre des calculs ; 2° sur une preuve clinique et anatomique, la fréquence de la lithiase biliaire à la suite d'infection, et en particulier de la fièvre typhoïde; 3° enfin et surtout, sur une preuve expérimentale, la reproduction des calculs chez les animaux.

1° *Preuve bactériologique.* — Déjà signalée par M. Galippe (5), Naunyn (6), la théorie prit corps dans le travail de MM. Gilbert et Dominici (7), qui cultivèrent des microbes et les identifièrent.

Sur six cas de lithiase biliaire, ces auteurs ont reconnu l'existence de micro-organismes au centre des calculs dans deux cas de date récente, leur absence dans deux cas anciens. Dans un cinquième cas à calculs anciens, ils trouvèrent des microbes qui se coloraient sur lamelles, mais ne se développaient pas dans les milieux de culture, et qu'ils considèrent comme des bacilles morts. Enfin, dans un dernier cas, où, à coté de calculs anciens, existaient des calculs récents, les premiers fournirent des résultats négatifs, les seconds des résultats positifs, par l'examen sur lamelles et les ensemencements. Dans tous les cas où les ensemencements ont été positifs, les germes développés appartenaient à l'espèce coli-bacillaire.

De cette première communication ressortaient : la présence, au centre de certains calculs, de coli-bacilles très nettement déterminés, la fertilité des calculs jeunes ; la présence, dans des calculs plus anciens, de microbes morts; enfin, l'absence de toute forme microbienne colorable dans des calculs très âgés et la stérilité absolue du centre de ces calculs.

MM. Gilbert et Fournier (8) fournirent ultérieurement les résultats de 30 nouveaux cas, dont 3 de lithiase de bœuf. Joints aux 6 faits précédents, ils formaient un total de 36 cas, répartis par ces auteurs en six catégories :

1° Dans 22 cas, dont 1 de lithiase bovine, les calculs ne renfermaient aucun bacille colorable, ni cultivable. La bile était soit stérile, soit habitée par des micro-organismes divers.

---

(1) Frerichs. *Traité des maladies du foie*, trad., Paris 1862.

(2) Fournier. Loc. cit.

(3) Galippe. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1886. — *Journ. des connaiss. méd.*, 25 mars 1886.

(4) Dupré. *Infections biliaires*, Th. de Paris, 1891.

(5) Naunyn. Xe Congr. de méd. int., Wiesbaden 1891.

(6) Létienne. Note sur un cas de lithiase biliaire, *Arch. gén. de méd.*, 1891. — Note sur un cas de cholécystite calculeuse, *Gaz. hebd.*, juin 1895.

(7) Gilbert et Dominici. La lithiase est-elle de nature microbienne? Soc. de biol., 1894. — Angiocholites et cholécystites, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1893 et 1894.

(8) Hanot et Létienne. Note sur diverses variétés de lithiase biliaire, Soc. de biol., 31 déc. 1895.

(1) Hanot. Fièvre typhoïde et lithiase biliaire, *Bull. méd.*, 22 janv. 1896.

(2) Milian. Lithiase biliaire au cours de la fièvre typhoïde, Soc. anat., 20 nov. 1896.

(3) Gilbert et Fournier. Soc. de biol., 21 juillet 1894 et 8 fév. 1896.

(4) Chauffard. Loc. cit., p. 81.

(5) Galippe. Loc. cit.

(6) Naunyn. Loc. cit.

(7) Gilbert et Dominici. Loc. cit.

(8) Gilbert et Fournier. Soc. de biol., 8 fév. 1896.

2° Dans 9 cas, dont 1 de lithiase bovine, les calculs et la bile contenaient le coli-bacille type.

3° Dans 1 cas, certains calculs étaient amicrobiens, d'autres contenaient, ainsi que la bile, le coli-bacille.

4° Dans 1 cas, les calculs montraient le coli-bacille type et la bile était peuplée par un para-bacille immobile.

5° Dans 1 cas de lithiase bovine, les calculs présentaient des microbes non cultivables mais colorables et la bile était infectée par le coli-bacille vivant.

6° Enfin, dans 2 cas, les calculs offraient des bacilles morts non cultivables mais colorables, et la bile était stérile.

Dans sa thèse, M. Fournier (1) a fourni une statistique de 70 cas : 47 fois les calculs ne contenaient pas de microbes vivants et l'examen sur lamelles ne montrait pas de formes microbiennes, 20 fois les calculs contenaient le coli-bacille vivant ; 3 fois les cultures restèrent négatives, tandis que l'examen direct révélait la présence des formes bacillaires.

M. Hartmann (2) cite 5 cas de calculs biliaires, opérés par M. Terrier ou par lui. L'examen comparatif de la bile et du centre des calculs, fait par M. Mignot, a donné les résultats suivants : 2 cas de bile et de calcul stériles ; 1 cas de coli-bacille dans le calcul et dans la bile ; 1 cas de coli-bacille dans le calcul, avec coli-bacille et streptocoque dans la bile ; 1 cas de bile stérile avec coli-bacille au centre des calculs.

M. Hartmann conclut que dans les calculs frais, les microbes sont presque constants. D'après sa statistique, on peut dire qu'ils sont infectés 3/5 fois (3).

2° *Preuve clinique et anatomique.* — Une autre preuve invoquée en faveur de la théorie infectieuse de la lithiase est la fréquence de la formation des pierres à la suite de maladies infectieuses et surtout de la fièvre typhoïde. Pour la fièvre typhoïde, le fait fut remarqué par M. Bernheim (4), un des premiers. Il l'expliquait par la propagation possible aux voies biliaires du catarrhe gastro-intestinal typhique. Les recherches de MM. Dupré (5), Gilbert et Girode (6), Chiari (7), appuyèrent cette constatation, et démontrèrent, chez des typhiques atteints ultérieurement de cholécystite et de lithiase, la présence du bacille d'Éberth dans la vésicule. M. Dufourt (8) publia 19 observations personnelles. Dans 12 cas, la première colique hépatique survint moins de six mois après la terminaison de la maladie primitive. Enfin, dans un cas que nous eumes la bonne fortune de suivre pendant notre internat dans le service de Hanot (9), notre regretté maître constata, chez une femme morte au cours d'une fièvre typhoïde, un mois après le début de la maladie, de la cholécystite pariétale, la dilatation des canaux cystique et cholédoque, et un grand nombre de calculs jeunes, à coque très mince, de couleur jaune et à centre de teinte brun chocolat. Les cultures du centre du calcul donnèrent le bacille d'Éberth à l'état de pureté. M. Milian (1) a trouvé, à l'autopsie d'une jeune femme morte le quinzième jour d'une fièvre typhoïde, 25 calculs de même volume, de même aspect, de même couleur (jaune d'œuf cuit) friables, avec un centre couleur chocolat. Il constata la présence du bacille d'Éberth au centre des calculs.

(1) Fournier. Loc. cit.

(2) Hartmann. Pathogénie de la lithiase, *Presse méd.*, mars 1898 p. 111.

(3) M. Mignot a observé, dans le service de M. le professeur Terrier, un cas de lithiase biliaire staphylococcique chez une femme. (*Arch. gén. de méd.*, août 1898, p. 142.)

(4) Bernheim. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. Ictère.

(5) Dupré. Loc. cit.

(6) Gilbert et Girode. Contribution à l'étude bactériologique des voies biliaires, Soc. de biol., déc. 1890.

(7) Dufourt. Cholécystite purulente à bacille d'Eberth, Soc. de biol., 2 déc. 1893.

(8) Chiari. *Zeits. f. Heilk.*, 1894, t. XV.

(9) Hanot. Loc. cit.

M. Dufourt a étudié également les rapports de l'ictère catarrhal, considéré comme infectieux, avec la lithiase biliaire. Il a vu, dans un cas, un premier accès de colique hépatique survenir deux mois après un ictère catarrhal. Chez un autre malade, un ictère catarrhal précéda de trois semaines une première crise de colique hépatique. L'auteur admet l'ordre de succession : infection biliaire primitive, angiocholite, lithiase biliaire consécutive.

Nous avons vu, jusqu'à présent, la théorie infectieuse trouver sa démonstration dans l'existence des microbes au centre des calculs, et dans le fait clinique de l'apparition de la lithiase à la suite des maladies infectieuses.

Il y a lieu d'envisager actuellement quels sont les procédés mis en jeu par les microbes pour amener la formation des calculs.

A ce point de vue, la théorie infectieuse rajeunit pour ainsi dire les théories antérieures, car elle fait intervenir, soit les altérations primitives de la vésicule, soit les modifications primitives du liquide biliaire lui-même.

α. *Cholécystite infectieuse.* — M. Dupré s'était demandé si la fièvre typhoïde n'est pas l'origine première d'une lithiase biliaire secondaire, déterminée par l'angiocholite subaiguë ou chronique, due à la greffe et à la culture des bacilles sur les voies biliaires.

Naunyn admet la préexistence d'une angiocholite desquamative, qui reconnaît comme cause l'action des micro-organismes remontant jusque dans la vésicule, à la faveur de la stase biliaire.

L'angiocholite, par la desquamation et la dégénérescence de l'épithélium vésiculaire, provoque le dépôt des premiers éléments constitutifs du calcul. Ainsi se trouve expliquée la présence, au centre des calculs, des éléments épithéliaux qu'on rencontre parfois. M. Létienne admet également une angiocholite légère.

L'existence de la cholécystite permet de comprendre ainsi la formation des calculs biliaires (2). L'angiocholécystite amène une desquamation abondante de l'épithélium de la vésicule ; les cellules en dégénérescence fournissent de la cholestérine amorphe et de la chaux. A celle-ci s'unit la bilirubine, d'où production d'un bilirubinate de chaux insoluble en présence des substances albuminoïdes fournies également par la destruction épithéliale. Les débris épithéliaux mêlés à du mucus, et les précipités de bilirubinate de chaux composent le noyau, d'abord mou, autour duquel se dépose une mince coque de pigments biliaires combinés à la chaux, ou qui sert de centre de cristallisation à la cholestérine. Naunyn, s'appuyant sur l'opinion d'un minéralogiste, M. Bücking, pense aussi que la cholestérine peut pénétrer de l'extérieur à l'intérieur du calcul en formation, par de petits canaux d'infiltration.

β. *Théorie de l'infection de la bile.* — Elle est admise par Galippe, Naunyn, Létienne.

(1) Milian. Loc. cit.

(2) Fournier. Loc. cit., p. 25.

Pour M. Galippe, les microbes exercent des actions chimiques électives sur les sécrétions physiologiques ou pathologiques dans lesquelles ils se développent, provoquent des dédoublements qui ont pour conséquence la précipitation de substances qui resteraient dissoutes à l'état normal.

Naunyn a trouvé, au centre de petits calculs de bilirubinate de chaux, des bâtonnets courts, quelquefois en diplocoques. Ces micro-organismes ont joué le rôle de centre de précipitation. Il se peut faire d'ailleurs, d'après Naunyn, des précipités de bilirubinate de chaux hors de l'organisme, dans la bile où se développent des microbes. Ces résultats ne sont pas d'ailleurs constants. M. Fournier a tenté sans succès, de reproduire *in vitro* dans la bile de chien ces précipitations de corps insolubles.

M. Létienne pense aussi, que la lithiase peut être le résultat de phénomènes bio-chimiques, causés par la présence de microbes virulents ou non virulents dans l'humeur biliaire.

Quel que soit, d'ailleurs, le procédé mis en jeu par les microbes, il semble nécessaire qu'ils remplissent certaines conditions particulières pour devenir lithogènes. On n'a rencontré jusqu'à présent que deux variétés microbiennes : le coli-bacille et le bacille d'Eberth. A ajouter le staphylocoque, dans un cas de M. Mignot.

Le coli-bacille, hôte habituel de l'intestin, doué de mobilité, est le grand envahisseur des voies biliaires (Gilbert et Dominici). C'est lui qu'on trouve le plus fréquemment dans les calculs. C'est lui que Fournier a constaté dans la lithiase des bovidés.

Pour que le coli-bacille soit lithogène, il ne doit pas (Fournier) être trop virulent, car il ne déterminera pas seulement des lésions de l'appareil biliaire qu'il aura envahi, mais amènera les altérations non seulement de la vésicule, mais du parenchyme hépatique lui-même, pouvant entraîner rapidement la mort. Il ne doit pas être dénué de virulence, car il pourra être éliminé de l'appareil biliaire avant d'avoir pu s'implanter.

Ces vues théoriques trouvent leur application dans la reproduction expérimentale de la lithiase qui constitue la preuve de beaucoup la plus importante de l'origine infectieuse d'au moins certains calculs biliaires.

3° *Preuve expérimentale.* — Dès 1893, MM. Gilbert et Dominici avaient noté l'existence de « petites concrétions verdâtres » dans la bile vésiculaire d'un lapin chez lequel ils avaient suscité le développement d'une cholécystite et d'une angiocholite typhiques. Mais ce n'était que hasard heureux d'expérience.

C'est à M. Mignot (1) que l'on doit d'avoir résolu la question de la formation des calculs biliaires. Il détermina l'ensemble des conditions expérimentales qui président à leur production et fixa une technique qui permet presque à coup sûr de les obtenir.

Déjà, en produisant des cholécystites infectieuses, à colibacilles, M. Mignot (2) avait réalisé des cristallisations biliaires lors d'infection légère ou moyenne. Par contre, jamais l'introduction dans la vésicule de corps étrangers aseptiques, même en supprimant les contractions de la vésicule, n'avait déterminé la formation de concrétions.

(1) Mignot. Soc. de chir., 19 mai 1897.
(2) Mignot. *Cholécystites*, Th. de doct., 1896.

En mai 1897, M. Mignot présenta, à la Société de chirurgie, des calculs biliaires expérimentaux.

Pour arriver à la production expérimentale des calculs biliaires, deux conditions doivent intervenir : il faut, d'une part, une infection extrêmement atténuée ; d'autre part, une inertie relative de la vésicule biliaire empêchant l'expulsion prématurée des cristaux de cholestérine.

Les expériences de M. Mignot ont été faites sur le cobaye. Le microbe employé a été le coli-bacille. Pour atténuer le microbe, M. Mignot le mettait à une culture prolongée dans la bile, d'abord mélangée d'un peu de bouillon, puis pure (deux à trois mois).

Pour préparer la vésicule, la rendre inerte, l'expérimentateur la remplissait d'ouate infectée par la culture du bacterium coli atténuée et l'on refermait. Au bout d'un mois à six semaines, il enlevait le tampon d'ouate et suturait soigneusement la vésicule, dont les parois étaient alors épaisses, et dont les fibres musculaires étaient en partie disparues.

« La plupart du temps, quand la vésicule a bien perdu ses propriétés contractiles, on trouve dans son intérieur, un mois après la seconde opération, des concrétions molles, adhérentes ou non aux parois. On ne trouve de concrétions dures, de véritables calculs qu'après cinq ou six mois. »

Les calculs obtenus sont identiques comme apparence aux calculs biliaires de l'homme. Leur composition chimique a été étudiée dans 3 cas par M. Guerbet. L'un d'eux était formé presque exclusivement de cholestérine avec très peu de sels biliaires. Les deux autres étaient formés principalement de cholestérine avec un peu de sels biliaires et des produits d'ulcération des pigments biliaires. Ils renfermaient en outre très peu de chlorure de sodium et de sels de chaux.

De leur côté, MM. Gilbert et Fournier (1) ont provoqué chez le lapin, le cobaye, le chien, de véritables cholécystites lithogènes au moyen des coli-bacilles.

Ils ont enfin obtenu des concrétions biliaires chez le lapin à la suite d'une infection expérimentale de la vésicule par le bacille d'Eberth. La culture de bacille typhique en bouillon avait été atténuée par chauffage préalable à 50 degrés pendant dix minutes. Le lapin mourut au bout de six semaines. L'autopsie montra dans la vésicule fortement épaissie, légèrement diminuée de volume, deux concrétions adhérentes, à la muqueuse, du volume d'un gros grain de blé, de surface un peu irrégulière assez friables. Une d'elles est sectionnée et se montre constituée d'une partie centrale blanchâtre et d'une partie périphérique pigmentaire.

Le centre d'une concrétion, ensemencé sur les différents milieux, a donné d'abondantes cultures de bacille typhique à l'état pur. La bile renfermait le même bacille.

M. Mignot a ultérieurement produit des calculs chez les animaux avec les staphylocoques, le streptocoque et même le subtilis (2).

Nous avons dit précédemment que toute théorie de la lithiase biliaire devait expliquer la formation de calculs, et rendre compte des notions étiologiques indiscutables. Voyons comment la pathogénie invoquée se concilie avec les données de l'étiologie.

(1) Gilbert et Fournier. Lithiase biliaire expérimentale, Soc. de biol., 30 oct. 1897.
(2) Mignot. Origine microbienne des calculs biliaires, *Arch. gén. de méd.*, août 1898, p. 142.

La cause favorisante par excellence de l'infection de la bile, M. Netter (1) l'a démontré dès 1886, est la stagnation du liquide biliaire. Par conséquent, les conditions favorables à la stase biliaire favorisent aussi la formation des calculs. Or, justement les causes invoquées d'habitude entraînent la stase. Chez le vieillard, il y a parésie des parois de la vésicule. Les coudures et compressions du canal cystique et du canal cholédoque sont fréquentes dans le sexe féminin par suite du port du corset trop serré, des grossesses, des ptoses abdominales.

Il faut tenir compte, en outre, de ce fait que les états infectieux même légers déterminent le passage de microbes dans la bile, et augmentent leur virulence. Ces infections légères ne sont pas rares au cours de la grossesse et de la lactation, et expliquent encore de cette façon la fréquence de la lithiase pendant ces périodes de la vie féminine. C'est par un mécanisme sans doute analogue, que des troubles gastriques ou intestinaux mis en avant par MM. Hayem (2), Ollier (3) et Dufourt (4), ont une influence sur la production de la lithiase. Les troubles stomacaux ne sont d'ailleurs pas rares chez les obèses et les gros mangeurs, atteints fréquemment de lithiase biliaire.

L'origine infectieuse de la lithiase biliaire laisse une place, à côté de la théorie microbienne, à la théorie toxi-microbienne.

M. Claude (5) dans ses recherches sur l'action des toxines végétales et microbiennes, a noté la présence dans la vésicule de caillots sanguins ou de sang dilué dans la bile. Il en a rencontré 7 exemples sur 82 animaux. Dans deux cas, il existait des lésions pathologiques des parois de la vésicule portant particulièrement sur les vaisseaux. Ceux-ci présentaient des altérations d'origine inflammatoire ou purement congestive déterminant un état télangiectasique très spécial de la muqueuse.

Les hémorragies vésiculaires, au cours des maladies infectieuses, ont été notées depuis longtemps, dans le typhus, le choléra, la fièvre jaune, l'ictère grave.

On conçoit que les caillots sanguins puissent être, par la cholestérine et la chaux qu'ils contiennent et qui sont mises en liberté, le point de départ des concrétions. Dans un cas de Bouisson, un caillot sanguin constituait le noyau d'un calcul biliaire.

Tel est l'exposé de la théorie infectieuse.

Il est un fait établi, indiscutable, de par l'expérimentation, c'est la formation de calculs sous l'influence des micro-organismes.

La question qui se pose maintenant est de savoir si l'infection explique toute lithiase. Avant les travaux de M. Mignot, M. Chauffard (6) a fait la critique des arguments clinique et bactériologique jusqu'alors seuls invoqués.

1° Au point de vue bactériologique, il relève d'abord que la présence des microbes au centre n'est pas constante. Elle n'est pas même la règle, on ne la note que 38 fois sur 100; dans les calculs frais, nous avons vu que M. Hartmann a trouvé 3 fois sur 5 cas des micro-organismes.

(1, 2, 3) Netter, Hayem, Ollier. In Fournier, loc. cit., p. 46.
(4) Dufourt. Infection biliaire et lithiase, *Rev. de méd.*, avril 1893.
(5) Claude. Lésions toxi-microbiennes de la vésicule biliaire, Soc. anat., juillet 1896.
(6) Chauffard. Loc. cit.

Il est possible, en second lieu, qu'il se produise une pénétration secondaire des germes dans des calculs. Le fait est établi pour les concrétions jeunes, formées presque exclusivement de cholestérine, par les expériences de M. Fournier et les recherches confirmatives de M. Chauffard. Mais la pénétration, facile dans le calcul de cholestérine pure, ne peut s'obtenir, dit Fournier, avec les calculs pigmentaires. A cela M. Chauffard répond : Si tous les calculs ne sont pas perméables aux microbes, ils l'ont été ou ont pu l'être à un stade initial de leur évolution.

Bien plus, même dans les calculs anciens, la perméabilité microbienne peut être conservée. Pour le démontrer, M. Chauffard place dans un tube de bouillon un calcul du volume d'un pois dur, recouvert d'une couche pigmentaire, ne présentant à la surface ni fissure, ni crevasse et soigneusement désinfecté. Le bouillon resta clair deux jours, puis donna une culture pure de coli-bacille. M. Chauffard pense que le coli-bacille provenait de la profondeur du cholélithe et qu'attiré par la chimiotaxie positive du bouillon, il a traversé de dedans en dehors les couches superficielles.

En résumé, il résulte de ces objections que tous les calculs biliaires ne sont pas infectés. Lorsqu'ils le sont, il n'est pas démontré que les micro-organismes contenus dans leur intérieur soient la cause de ces calculs.

Il est bon de remarquer, cependant, l'absence de parallélisme entre le microbisme de la bile et des calculs, la possibilité de calculs fertiles à côté de calculs stériles, les biles inhabitées avec calculs infectés.

2° M. Chauffard étudie ensuite les faits cliniques et anatomiques, en particulier les deux cas de lithiase à bacille d'Éberth, dus à M. Hanot et à M. Milian. Il insiste sur la rareté de ces faits de lithiase, alors que, d'après Chiari, le bacille typhique se trouve presque toujours dans la vésicule biliaire des typhiques. Il objecte ensuite que le nombre des calculs trouvés (49 dans le cas de Hanot, 25 dans celui de Milian) est trop considérable, la mort étant survenue en un mois dans le premier cas, en quatorze jours dans le second. Il pense qu'il y a eu une coïncidence. L'infection typhique s'est produite dans une vésicule contenant déjà des calculs et a pénétré jusque dans leur intérieur.

Se plaçant ensuite sur le terrain purement clinique, et afin d'interpréter les cas où des accès de colique hépatique sont survenus au cours, à la suite de la dothiénentérie chez des sujets jusqu'alors indemnes de tout antécédent, ainsi que l'ont observé MM. Bernheim (1), Dupré (2), Dufourt (3), Hanot (4), M. Chauffard s'est livré à un travail statistique. Il a relevé la fréquence relative de la lithiase chez les anciens typhiques et la fréquence de la fièvre typhoïde dans les antécédents des lithiasiques.

Sur 86 sujets atteints de lithiase, il a relevé 18 fois la fièvre typhoïde, soit une proportion de 20,9 p. 100. Ce chiffre paraît gros, mais M. Chauffard a examiné 86 malades au hasard, au point de vue de la fièvre typhoïde antérieure et l'a relevée 15 fois, soit une moyenne de 17,5 p. 100. L'écart entre les deux moyennes est donc seulement de 3,5 p. 100.

D'autre part, sur 171 malades ayant eu la fièvre typhoïde, il a noté la lithiase ultérieurement 18 fois, soit 10,50 p. 100.

(1) Bernheim. Loc. cit.
(2) Dupré. Loc. cit.
(3) Dufourt. Loc. cit.
(4) Hanot. Loc. cit.

La lithiase avait d'ailleurs succédé à la fièvre typhoïde au bout de quatre, cinq, six, sept ans et même plus tard, une seule fois dans la convalescence.

M. Dufourt avait, au contraire, sur 19 cas, relevé 11 fois une première crise de colique après la fièvre typhoïde.

M. Chauffard a fait un travail analogue au point de vue des relations de l'ictère infectieux et de la lithiase biliaire. De 16 sujets atteints d'ictère catarrhal, deux furent pris ultérieurement d'ictère catarrhal, l'un au bout d'un temps très court.

Pour ce dernier cas et pour celui de lithiase dans la complication de la dothiénentérie, M. Chauffard est amené lui-même à admettre la théorie infectieuse. Et à ce moment, rappelons-le, la reproduction expérimentale des calculs, chez les animaux, était encore négative.

Faut-il en conclure que toute lithiase est infectieuse ? On peut se demander s'il n'existe pas une cholélithiase par poisons chimiques, comme le fait est démontré pour la lithiase urinaire. Ebstein (1), Nicolaïer (2), puis M. Tuffier (3) ont reproduit, en effet, des calculs urinaires en faisant ingérer de l'oxamide à des chiens. Mais il s'agit là, disent MM. Gilbert et Fournier (4), d'une « lithiase par filtration, lithiase excrémentitielle ». Or, on sait que, même en injectant de la cholestérine dans le sang, on n'augmente pas la teneur de la bile en cette substance. Il en est de même pour la chaux.

La lithiase biliaire ne peut donc se produire par ce mécanisme. Elle est, d'ailleurs, le plus souvent fonction d'angiocholécystite, c'est un point sur lequel ont insisté récemment MM. Gilbert et Fournier. Mais de la nécessité de l'inflammation des canaux biliaires et de la vésicule ne peut-on justement tirer une objection? A côté des cholécystites infectieuses, il y a des cholécystites toxi-infectieuses, n'en est-il point de purement toxiques? et les conditions de production des calculs ne sont-elles pas les mêmes, quelle que soit la cause de la desquamation épithéliale?

C'est d'ailleurs ce qu'admet Hunter (5). En tête de la pathogénie de la cholélithiase, maladie locale, il place le catarrhe des voies biliaires, dû lui-même soit à l'infection, soit à l'excrétion des produits irritants qui passent dans la bile. Le passage de nombreux médicaments dans la bile indique la possibilité de ce catarrhe par cholécystite toxique.

La question ne se trouve donc pas résolue d'une façon définitive en faveur de l'infection.

Reste, en outre, un dernier point à envisager.

Même en supposant toute lithiase infectieuse, quelle est l'importance exacte des micro-organismes, quelle est celle du terrain? Les partisans de la théorie infectieuse considèrent la lithiase comme un accident passager et souvent unique dans la vie de l'individu, et ils s'appuient sur la similitude fréquente de calculs qui présentent souvent même structure, même conformation, même volume.

Cependant MM. Gilbert et Fournier réservent une influence notable aux causes prédisposantes.

Dans l'expérimentation, il ne suffit pas de disposer de microbes ayant la virulence particulière qui les rend lithogènes, il faut encore une vésicule parésiée et permettant la stagnation.

Chez l'homme, à côté des microbes, intervient la prédisposition acquise ou congénitale et qui est anatomique ou humorale.

La prédisposition anatomique acquise se retrouve, en dehors des cas cités plus haut, dans l'atonie du système biliaire au cours des maladies infectieuses, en particulier de la fièvre typhoïde. La prédisposition anatomique congénitale peut à elle seule expliquer l'hérédité de la lithiase. N'en est-il pas ainsi pour l'appendicite, maladie essentiellement infectieuse, qui peut être familiale et héréditaire, par suite d'une conformation spéciale de l'appendice.

MM. Gilbert et Fournier admettent même une prédisposition chimique de la bile. Hanot (1), de son côté, avait parlé d'une « constitution du mucus déposant plus ou moins facilement ». MM. Gilbert et Fournier tiennent compte des altérations quantitatives et qualitatives de la bile, étudiées au cours de la fièvre par Pisenti (2) et qu'on retrouve dans les maladies infectieuses. Ils insistent sur la richesse en pigments biliaires de la bile des gros mangeurs, qui prédispose à la formation de bilirubinate de chaux. Ils admettent enfin, que « certains individus peuvent offrir de par l'état même de leur nutrition générale, un chimisme biliaire dévié du type normal, soit comme quantité, soit comme qualité ».

En résumé, si la théorie anatomique invoque l'inflammation primitive de la vésicule, la théorie microbienne accorde un rôle important à cette cholécystite. La théorie infectieuse elle-même s'appuie, d'autre part, sur les modifications chimiques de la bile.

Il en résulte donc que les théories exposées ne sont pas exclusives les unes des autres. « La théorie parasitaire n'exclut pas la théorie humorale, » dit Galippe. Modifications anatomiques, troubles humoraux, intervention microbienne sont le plus souvent à invoquer simultanément. La thérapeutique pathogénique doit donc tenir compte, à côté de l'infection qui est le plus souvent d'origine intestinale, des troubles de nutrition générale.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1898. — Présidence de M. Berger.

### COMMUNICATIONS

**Des phénomènes d'occlusion intestinale dans les péritonites tuberculeuses.** — M. Quénu appelle l'attention de la Société sur plusieurs faits dans lesquels des phénomènes d'occlusion intestinale sont survenus au cours d'une péritonite tuberculeuse. Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme qui avait subi une hystérectomie vaginale, puis une double salpingite dont la nature tuberculeuse n'avait pas été reconnue. Six semaines après, cette femme est prise de phénomènes d'occlusion intestinale aiguë. Supposant l'existence d'une bride, et comme, d'ailleurs, l'état était très grave, M. Quénu fait une incision au niveau de la fosse iliaque droite, dans le but de rechercher la cause de l'occlusion; à l'ouverture du ventre, il s'écoule un peu de liquide, et l'on voit toute la séreuse semée de granulations tuberculeuses. M. Quénu referme le ventre; les phénomènes d'oc-

(1) Ebstein. Congr. de Wiesbaden, 1889. — Congr. de Moscou, 1897.
(2) Nicolaier. Congr. de Wiesbaden, 1889.
(3) Tuffier. Soc. de biol., déc. 1892.
(4) Gilbert et Fournier. Loc. cit., p. 259.
(5) Hunter. Discussion sur la cholélithiase, LXVe Congr. annuel Ass. méd. britann., Montréal, août 1897, in *Brit. Med. Journ.*, 30 oct. 1897, p. 1235.

(1) Hanot. Rapports de l'intestin et du foie, Congr. de Bordeaux.
(2) Pisenti. *Arch. f. exper. und Pharm.*, 1886.

clusion disparurent et cette malade a succombé quelques mois après à l'évolution de sa péritonite tuberculeuse.

Dans un second cas, il s'agit d'une jeune fille de douze ans qui fut prise d'accidents brusques du côté du ventre : élévation de température, accélération du pouls, douleurs abdominales, vomissements. M. Hutinel, consulté, croit à une appendicite aiguë. On fait l'incision classique ; il s'écoule un peu de liquide, la séreuse péritonéale est semée de granulations tuberculeuses. On referme le ventre, la fièvre tombe, les douleurs disparaissent, mais trente-six heures après, l'enfant se plaint de mal de tête et succombe, deux jours après, à des symptômes de méningite.

**M. BRUN** a observé deux cas analogues à ceux que vient de citer M. Quénu : une enfant de sept ans, après un traumatisme léger, entre à l'hôpital avec des phénomènes de péritonite aiguë. M. Brun fait la laparotomie latérale ; il trouve le péritoine farci de granulations tuberculeuses, il y avait un peu d'ascite. Le ventre est refermé, une amélioration subite suit l'opération et cette malade est restée guérie.

Dans un second fait, il s'agit d'une enfant qui entre à l'hôpital avec des symptômes faisant craindre une maladie d'Addison. Elle fut prise d'une douleur brusque dans le ventre et semblait mourante. On fait la laparotomie sur le côté droit, croyant avoir affaire à une appendicite suraiguë. On trouve des granulations tuberculeuses parsemant toute la séreuse péritonéale et un gateau caséeux ancien qui avait passé inaperçu. Cette enfant a guéri parfaitement et a été complètement remise après un séjour à Berck.

**M. NIMIER** est intervenu par la laparotomie pour une péritonite granuleuse grave, et le sujet a survécu sept semaines.

**Statistique.** — **M. RICHELOT** fait un rapport sur la statistique des opérations pratiquées, à Amiens, par M. Pauchet.

**Corps étranger de la vessie.** — **M. RICHELOT** analyse une observation de M. Malapert (de Poitiers), dans laquelle il s'agit d'une sonde qui s'était cassée dans la vessie et qu'il a extraite par la taille sus-pubienne.

**Traitement du tétanos par les injections de sérum antitétanique.** — **M. VILLON** (de Versailles) communique deux cas de tétanos traités avec succès par les injections intracraniennes de sérum antitétanique. Dans un cas, il s'agissait d'une amputation de la jambe, et dans l'autre d'un traumatisme de l'avant-bras.

**M. BEURNIER** rapporte un cas de tétanos traité par l'injection intra-cranienne et intra-médullaire de sérum antitétanique qui s'est terminé par la mort.

**Traitement de certaines affections vésicales par l'huile de vaseline iodoformée.** — **M. BAZY** a employé plusieurs fois, et en particulier dans des cas de cystites tuberculeuses, l'huile de vaseline iodoformée au vingtième en injections, comme topique directement appliqué sur les lésions tuberculeuses ; il injecte de 20 à 30$^{cc}$ de ce mélange et en a obtenu les meilleurs résultats, il cite à l'appui plusieurs observations de malades atteints de cystites tuberculeuses qui ont été très améliorés par ce mode de traitement.

**Pseudarthrose.** — **M. ROBERT** présente un soldat qui avait eu une fracture grave au tiers inférieur de l'humérus ; tous les moyens de contention ayant échoué, M. Robert fit une incision, appliqua entre les deux fragments un os de veau, referma la plaie et immobilisa le membre dans un appareil plâtré. N'ayant pu obtenir par ce moyen la consolidation osseuse, une nouvelle tentative du même genre n'eut pas plus de succès dans une troisième intervention. Il se contenta de faire une suture métallique des deux fragments et cette fois il réussit à obtenir une parfaite consolidation.

**M. QUÉNU** fait observer que dans ces cas l'absence de sécrétion osseuse est due à un état général inconnu. Chez plusieurs malades de ce genre on aurait obtenu de bons résultats par l'administration intérieure de l'extrait thyroïdien.

**M. PICQUÉ**, dans un cas de pseudarthrose analogue à celui que vient de présenter M. Robert, est arrivé à obtenir la consolidation osseuse par l'application de périoste de veau.

**M. CHAMPIONNIÈRE** fait observer que, tant qu'il a eu recours à l'introduction de corps étrangers, M. Robert a échoué, tandis qu'avec une bonne suture et un bon affrontement il est arrivé à obtenir chez son malade une parfaite consolidation. Ce fait prouve donc une fois de plus que c'est à la suture métallique qu'il faut s'adresser d'emblée pour ces pseudarthroses.

**Actinomycose.** — **M. ROBERT** présente un malade, syphilitique depuis 1880, qui porte sur les deux fesses des lésions qui, d'après M. Fournier, seraient d'origine syphilitique, tandis que, pour M. Poncet, elles seraient sans aucun doute dues à l'actinomycose.

**Ligature de l'iliaque primitive.** — **M. LEGUEU** présente une malade qui était atteinte d'épithéliome très étendu de l'utérus, chez laquelle il a pratiqué l'hystérectomie vaginale. L'utérus et les annexes enlevés, il a eu affaire à une telle hémorragie qu'il a dû pratiquer la ligature de l'iliaque externe du côté gauche et celle de l'iliaque primitive du côté droit. Ces ligatures n'ont eu aucun inconvénient.

**Corps étrangers des fosses nasales.** — **M. KIRMISSON**, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Félizet, présente un crochet analogue au panier de Græfe et destiné comme lui à faciliter l'ablation des corps étrangers des fosses nasales et de l'œsophage. Cet instrument est couramment employé dans le service de M. Kirmisson et, lorsque la radiographie a bien montré la situation du corps étranger, l'ablation est ainsi rendue très facile.

**Laparotomie.** — **M. PICQUÉ** présente une malade qui, étant dans un asile d'aliénés, dans un moment de folie s'est ouvert le ventre ; l'épiploon est sorti. M. Picqué appelé le soir même l'a trouvée avec un début de péritonite, il a refermé la plaie et la malade a parfaitement guéri.

**Appendicite et annexite.** — **M. RICARD** présente un appendice et les deux trompes qu'il a enlevés chez la même malade ; il s'agissait d'une jeune femme de vingt-cinq ans, qui, huit ans auparavant, avait été soignée pour une appendicite. Cette malade présentait les signes classiques de l'annexite. M. Ricard fit la laparotomie, trouva en effet les annexes malades, les enleva et, se rappelant que cette malade avait eu une appendicite, rechercha l'appendice qui était gros et violacé et le réséqua ; l'ayant ouvert, il s'aperçut qu'il contenait une cuillerée de pus. Ce fait montre une fois de plus la coexistence possible de l'appendicite et de l'annexite, sans qu'il existe entre les deux lésions aucune relation apparente.

**Polype naso-pharyngien.** — **M. POTHERAT** a enlevé, il y a deux mois et demi, chez un garçon de vingt-deux ans, un polype naso-pharyngien ; il a fendu le voile du palais, a baissé la tumeur et l'a sectionnée avec une anse galvanique. La perte de sang a été insignifiante. Il a laissé le voile du palais ouvert pour surveiller la récidive.

**M. PICQUÉ** considère l'application de l'anse galvanique insuffisante au point de vue hémostatique ; il n'y a pour lui qu'un moyen très sûr d'empêcher l'hémorragie, c'est d'enlever toute la tumeur en la sectionnant à sa base avec la rugine.

**M. KIRMISSON** s'associe à l'observation de M. Picqué. Il faut attaquer la tumeur à son point même d'implantation.

**M. POTHERAT** répond à cela qu'il a appliqué son anse galvanique au niveau même de l'apophyse basilaire.

La séance est levée.

---



---

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

**THAPSIA**

**TOILES VÉSICANTES**

SPARADRAPS — ONGUENTS — POMMADES — EMPLATRES

**DESNOIX**, *DESNOIX & DEBUCHY*, Succrs

17, Rue Vieille-du-Temple, PARIS.

**TOUS LES OBJETS DE PANSEMENTS**

---

**PHTISIE PULMONAIRE, TUBERCULOSE**

*guéries par le*

**CRÉOSOTAL "HEYDEN"**

*Dose : 2 à 3 cuillerées par jour*

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Par Jour 5 à 8 **CAPSULES CRÉOSOTAL HEYDEN** à 50 centgr.

---

**ICHTHYOL**

De l'avis unanime de tous les **Cliniciens** et **Praticiens** qui l'ont expérimenté, l'*ICHTHYOL* a une action à la fois réductrice, astringente, analgésique, antiphlogistique et antiseptique, tout en étant absolument inoffensif. L'emploi du produit, et préparations à base d'Ichthyol est donc tout indiqué dans les *MALADIES CUTANÉES*, la *BLENNORRAGIE*, les *MALADIES DES FEMMES*, dans les *CONJONCTIVITES* et les *AFFECTIONS RHUMATISMALES*, ainsi que dans la *TUBERCULOSE PULMONAIRE*, etc.

S'adresser pour les Monographies et les Échantillons à la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS SANITAIRES et ANTISEPTIQUES, 35, rue des Francs-Bourgeois, Paris.

---

Le Remède Electif et Spécifique contre la **TUBERCULOSE** est la

**NOUVELLE TUBERCULINE T R du Profr KOCH**

(autorisée par Décret Présidentiel, en date du 15 Juin 1898).

***Administrée en injections sous cutanées.***

La solution au 2me titre s'emploie pendant la première période du traitement, le 1er titre est employé consécutivement.

*En Vente chez tous les Droguistes et Pharmaciens.*

---

**TONI-DIGESTIF SPÉCIAL RECONSTITUANT**

**ANTI-DYSPEPTIQUE**

*Seul Admis dans les Hôpitaux de PARIS*

**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN**

BIÈRE DE SANTÉ, DIASTASÉE, PHOSPHATÉE

L'énergie des *ferments*, jointe à la puissante action de la **QUASSINE** et autres *stimulants* de la *Digestion*, en font *le plus remarquable agent* d'**ASSIMILATION INTÉGRALE** qui existe.

**E. DÉJARDIN**, *Pharmacien-Chimiste de 1re classe*, 109, Boulevard Haussmann, PARIS.

---

*ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)*

**SOURCE BADOIT**

**L'Eau de Table sans Rivale**

**La plus Légère à l'Estomac**

DÉBIT de la SOURCE : PAR AN **30 MILLIONS** *de Bouteilles*

Déclarée d'Intérêt Public

*Décret du 12 Août 1897*

---

**ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE**

**NÉVROSES**

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

*Nota.* — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

---

*Rapport favorable de l'Académie de Médecine*

**VINAIGRE PENNÈS**

***Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique***

Purifie l'air chargé de miasmes.

Préserve des maladies épidémiques et contagieuses.

**Précieux pour les soins intimes du corps.**

*Exiger Marque de Fabrique.* — TOUTES PHARMACIES

---

**TERPINE-COCA MARIANI**

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

---

**IODOL-KALLE**

**le MEILLEUR SUCCÉDANÉ de L'IODOFORME INODORE et NON TOXIQUE**

S'emploie avec succès pour le traitement de toutes les maladies syphilitiques, l'ophtalmologie et toutes les opérations chirurgicales, etc.

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Dépôt général : M. REINICKE, 39, r. Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.

---

**GRANULES de FOWLER**

**GRANULES de BAUME**

**PERICOLS** à la Glycérine bellado-iodurée

du DOCTEUR LEGROS

1, Place de la République. ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS.

---

**ALIMENTATION des MALADES**

**POUDRE DE BIFTECK ADRIAN**

**POUDRE DE VIANDE ADRIAN**

**POUDRE DE LENTILLES ADRIAN**

**ALIMENT COMPLET ADRIAN**

*Toutes les fois que l'inanition devient menaçante l'emploi des POUDRES de VIANDE ADRIAN est indiqué.*

N° 136. — MARDI 29 NOVEMBRE 1898. 71e ANNÉE MARDI 29 NOVEMBRE 1898. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



Paris, le 28 novembre 1898.

### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

J'avais annoncé, dans mon précédent compte rendu, que différents membres de la Société avaient exprimé le désir de donner leur opinion sur le travail de M. Lesage, **Contribution à l'étude de la gastro-entérite aiguë du nourrisson.** Je pensais qu'il y avait peut-être quelque intérêt à présenter d'ensemble le mémoire original et les différentes objections qu'il peut soulever. Je m'apprêtais à ne laisser échapper aucun détail de cette intéressante discussion, mais le procès-verbal mis aux voix a été adopté à l'unanimité, et personne n'a parlé. Ce ne peut être que le recueillement momentané qui précède les grandes découvertes. En attendant, il faut revenir sur le travail très considérable de M. Lesage, travail qui de la sorte est resté un peu en souffrance.

En dix ans, M. Lesage a étudié fort minutieusement 770 cas de gastro-entérites aiguës des nourrissons; il insiste surtout sur l'épidémie de 1898, qui a sévi avec une remarquable intensité pendant les mois d'août et de septembre. A ce moment, la mortalité a été considérable, sur les enfants soumis à une alimentation suivie et rationnelle, et aussi sur les enfants nourris au sein, on est donc amené à penser que la chaleur a une action évidente sur certains intestins, et que chaque été, malgré les laits stérilisés, qui mettent à l'abri de l'entérite pendant dix mois de l'année, on verra se produire des recrudescences de la maladie. S'agit-il d'une action de la chaleur sur la propriété des microbes de produire la toxine dans l'intestin? Quiconque étudie les toxines sait combien il faut peu de choses pour diminuer ou augmenter leur pouvoir toxique. Quoi qu'il en soit, il y a identité absolue entre les deux variétés de gastro-entérite aiguë (enfants nourris à un allaitement aseptique et enfants nourris à un allaitement septique). De même, on rencontre dans les deux variétés la même flore microbienne. Donc, que les agents microbiens viennent du dehors ou ne soient que les habitants normaux de l'intestin, devenus nocifs pour telle ou telle raison, le résultat est le même. Il y a production d'une toxine intestinale.

Au point de vue bactériologique, sur 770 cas, M. Lesage a rencontré 297 fois, dans le milieu intestinal et en culture pure, des microbes coliformes. Les 473 autres cas se répartissent ainsi qu'il suit : 316 contenaient, outre les microbes coliformes, une association, en proportion variable, de ces microbes avec un petit staphylocoque; 53 fois on a trouvé avec les bacilles coliformes, des levures, les unes colorées, les autres décolorées par le Gram. Dans 21 cas, il y avait, outre les bacilles coliformes, association des micrococques et des levures sus-indiquées, et dans 16 cas, association des micrococques et de bacilles colorés au Gram. Dans 18 cas, le proteus était uni aux microbes coliformes. Dans 20 cas, on rencontra l'association des microbes coliformes et du streptocoque ordinaire; 6 fois enfin, il y eut association des microbes coliformes avec le tyrothrix.

La diète aqueuse est le meilleur mode de traitement des gastro-entérites aiguës, mais on ne peut la continuer pendant plus de quarante-huit heures. Que faire? Czerny recommande le sein. C'est juste mais fort souvent impossible. Le lait stérilisé est tout indiqué, mais à ce moment il convient de ne lui adjoindre ni les farines ni les laits condensés. Souvent, il faut reprendre la diète hydrique, trois, quatre, cinq jours après, et l'on peut ainsi souvent mener à bonne fin une gastro-entérite tenace.

Dans la séance du 25 novembre, MM. Duflocq et Lejeune rapportent une observation d'**infection pneumococcique généralisée au cours de la pneumonie.** Les auteurs insistent fort justement sur la multiplicité des déterminations pneumococciques; en dehors du poumon il y eut, en effet, cinq déterminations plus ou moins éloignées, à savoir : une arthrite suppurée de l'épaule gauche, un abcès péri-laryngien, un engorgement des ganglions inguinaux et cruraux, un psoïtis suppuré et enfin une méningite terminale. Dans ces divers foyers, sauf pour le psoïtis et l'engorgement ganglionnaire qui ne purent être examinés à ce point de vue, les auteurs ont constaté la présence de nombreux pneumocoques sous le triple contrôle de l'examen direct, des cultures et de l'inoculation à la souris.

M. Danlos rapporte deux observations d'**accidents rares déterminés par l'iodure de potassium.** Chez un premier malade, après l'ingestion de 50 centigrammes d'iodure, apparut une tuméfaction considérable des glandes sous-

maxillaires. Chez un second malade, une dermatite herpétiforme persista pendant six semaines, malgré la suppression immédiate des médicaments.

M. Milian présente deux malades atteints d'ankylose vertébrale.

---

**HOPITAL TENON. — M. G. Félizet.**

**Traitement des corps étrangers des fosses nasales chez les enfants.**

La rétention d'un corps étranger dans le nez constitue un accident fréquent chez les enfants.

C'est généralement après plusieurs jours que le petit malade nous est amené.

Tantôt c'est à l'occasion de l'aveu tardif de l'enfant; tantôt c'est par le fait d'une complication qui inquiète la famille, l'enfant persistant à nier l'introduction d'un objet quelconque dans son nez.

Les notes de notre consultation de l'hôpital Tenon portent la mention de plus de soixante cas de corps étrangers du nez depuis dix ans.

Dans les premiers temps nous avions recours aux manœuvres classiques : les pinces, les crochets, les curettes, et si, dans bien des cas, nous avons pu réussir sans grande peine, nous conservons le souvenir de longues et laborieuses séances, au cours desquelles nous épuisions toutes les ressources avant de procurer la sortie du corps étranger.

Nous avons réussi plusieurs fois, par un petit artifice emprunté à la manœuvre du tamponnement des fosses nasales.

Une bougie fine, introduite d'*avant en arrière*, était accrochée par le doigt derrière le voile du palais. Un fil de soie était solidement amarré à l'olive, et ce fil, attiré d'*arrière en avant*, entraînait un petit tampon d'ouate de dimension convenable. Ce tampon, *écouvillonnant* le nez, refoulait en avant le corps étranger, et tantôt l'amenait au dehors, tantôt l'approchait assez pour qu'une pince pût, à coup sûr, le saisir et l'extraire.

La manœuvre était incertaine et toujours douloureuse.

Nous avons recours, depuis cinq ans, à un *procédé de douceur* qui nous a toujours réussi, tant pour les faits d'introduction de date récente, que pour les rétentions anciennes, et, parfois, au milieu des complications inflammatoires les plus contrariantes.

Il s'agit là d'un très petit détail de chirurgie; nous pensons toutefois qu'il intéressera la Société.

Les corps étrangers auxquels nous avons eu affaire sont consignés dans la liste ci-dessous :

| | |
|---|---|
| Bouton de bottine | 1 |
| Grosses perles | 8 |
| Pois secs | 65 |
| Noyaux de cerises | 78 |
| Haricots secs | 2 |
| Grains de chapelet | 2 |
| Fragments de marron d'Inde | 1 |
| Crayon d'ardoise | 1 |
| Boule d'ouate et papier | 1 |
| Bout de porte-plume de bois | 1 |
| Morceau de chaîne de montre | 1 |
| Tête de poupée en porcelaine | 1 |
| Total | 31 cas. |

L'âge des enfants variait entre quatre semaines et douze ans.

Les malades furent amenés à la consultation dans les conditions suivantes :

| | |
|---|---|
| Du lendemain au surlendemain de l'accident | 1 cas |
| Du 8e au 15e jour | 19 — |
| Du 15e au 25e jour | 8 — |
| Après six semaines | 1 — |
| Après trois mois | 1 — |

Ce dernier fait se rapporte à une fillette de dix ans, dans le nez de laquelle ses frères avaient, à son insu, paraît-il, introduit une tête de petite poupée de porcelaine provenant d'un gâteau des Rois.

Le premier fait était celui d'un enfant de quatre semaines, dans le nez duquel, en l'absence de la mère, ses frères avaient introduit de l'ouate, en s'aidant d'une aiguille à tricot, et avaient assuré la perfection de leur ouvrage en bourrant le tout avec du papier soigneusement mâché.

Ce n'est que trois jours après que l'enfant, pris de convulsions, fut amené à Tenon, avec un gonflement unilatéral à la face, le nez n'étant gonflé qu'à sa racine.

Permettez-moi de vous dire tout de suite que, si le gonflement déformant de la racine du nez propagé aux orbites, éveille d'emblée, pour les enfants, l'idée d'une affection scrofuleuse ou syphilitique du squelette nasal, le fait de l'*unilatéralité* du gonflement nous permet d'exclure, du premier coup, la pensée d'un accident de nature diathésique, et doit appeler immédiatement l'attention sur une affection de cause locale : soit un traumatisme, soit la présence d'un corps étranger.

Quoi qu'il en soit, nos trente et un cas n'étaient pas tous simples : un bon nombre d'entre eux étaient entourés de quelque obscurité, et plusieurs étaient assez anciens pour que l'on pût supposer que la réaction inflammatoire périphérique dût apporter de sérieuses difficultés à la sortie des corps étrangers.

Dois-je ajouter que la plupart de ces cas avaient été *travaillés* avec des modérations diverses soit par les voisines, soit — comme de juste — par les pharmaciens, avant qu'on se présentât à l'hôpital? Nous verrons que ces manœuvres de *bourrage* sont très loin d'avoir contribué à augmenter la difficulté de l'évincement, en raison de la disposition anatomique de l'ouverture postérieure chez les enfants.

Il est toujours nécessaire de faire le diagnostic; mais la chose n'est pas toujours possible : l'enfant ment, ne sait pas, ou a oublié.

La région est tuméfiée et douloureuse.

Il n'y a pas à parler ici de l'examen rhinoscopique. Quant à rendre manifeste l'obstruction d'une fosse nasale en faisant souffler l'enfant, c'est une constatation qui n'est praticable que quand le petit malade a sa raison et consent à se prêter à l'épreuve.

L'examen par le stylet nous conduit à la vérité, pourvu que le corps soit dur (perle ou noyau). Si le corps étranger est mou (ouate, papier ou haricot), le seul renseignement que l'on obtienne est celui-ci : le conduit nasal est bouché par quelque chose, nous savons, par la mère, que l'occlusion est plus ou moins récente; et c'est tout.

Voici ce que nous avons fait trente et une fois, pour libérer la narine dans laquelle un corps étranger séjournait.

Sur les trente et une fois, *vingt-six* fois le corps étranger est sorti d'emblée; *cinq* fois nous avons été dans l'obligation de le saisir au plus près de la narine avec une pince ou une curette.

Quand on fait le lavage du nez au moyen du *bock* et du tube de caoutchouc, la pression de 2 mètres de haut répond à environ un cinquième d'atmosphère; elle occasionne une projection de 20 centimètres environ à la sortie par la narine opposée, une élévation du bock à 5 mètres fait une projection de plus de 60 centimètres à la sortie de la narine opposée.

C'est une force de près d'une demi-atmosphère, que l'on peut augmenter considérablement en faisant usage d'un appareil plus fort, d'une seringue par exemple.

Or, c'est cette force qui nous a rendu les plus grands services pour faire sortir les corps étrangers du nez.

Je suppose un noyau, une perle ou un haricot, logé *dans la narine gauche*. On ne le voit pas; le stylet le heurte; la fosse nasale est absolument bouchée.

Il suffit d'engager horizontalement, *dans la narine droite*, l'embout d'une seringue de 300 à 500 grammes, épousant nettement le pourtour de la narine.

La poussée d'eau tiède, faite horizontalement, est lente et douce pour commencer, afin que le voile du palais ne soit pas surpris et se tende bien et surtout afin que la trompe d'Eustache ait le temps de se fermer. La foulée s'accentue ensuite, on a le sentiment d'une résistance, et cette résistance vaincue se traduit soit par la projection du corps étranger au dehors, soit par la saillie d'un jet de liquide, sous lequel on voit, à proximité de la narine, le corps étranger mobilisé, prêt à sortir et facile à prendre.

Comme la pression ne semble pas dépasser, avec le plus grand effort du piston, les deux tiers d'une atmosphère, on peut admettre que les trompes d'Eustache ne courent pas le risque d'être incommodées, en même temps que la caisse, comme on en a fait l'objection théoriquement.

Je n'ai d'ailleurs jamais remarqué, pour ma part, un accident quelconque du côté de l'oreille moyenne.

La manœuvre est, on le voit, facile et certainement inoffensive.

Dans le cas où le diagnostic ne serait pas ferme, dans le doute sur la présence d'un corps étranger, l'*injection nasale forcée* nous permettra d'être fixés, sans avoir acquis la certitude au prix des grandes douleurs et parfois même des réels dangers que les explorations instrumentales répétées peuvent occasionner chez les petits malades.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Vulvo-vaginite des petites filles.

Tous les jours, et une seule fois par jour, jusqu'à guérison complète, en les prolongeant quelques jours après la guérison, on pratique des lavages vulvaires et des injections vaginales avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000.

L'enfant est placée dans la position obstétricale, couchée en travers de son lit sur un carré de caoutchouc dont les deux coins, pendant sur les côtés, sont épinglés pour former une gouttière qui conduit le liquide dans un seau. Le lavage est fait avec un bock laveur contenant un demi-litre de la solution tiédie. On commence par promener le jet sur la région clitoridienne, les lèvres, l'hymen, l'anus. Puis on adapte à la canule une petite sonde en caoutchouc que l'on fait pénétrer dans le vagin par l'orifice de l'hymen. Cette introduction est ordinairement facile. On fait passer ainsi dans le vagin les deux tiers du liquide sous une pression modérée. Puis on lave encore la vulve. Dans la journée, l'enfant est nettoyée et garnie avec de l'ouate hydrophile stérilisée, après chaque miction.

Dans la plupart des cas, ce traitement aboutit à la guérison en trois semaines environ.

Mais il y a des formes rebelles. Alors, il s'agit le plus souvent de vulvites très anciennes dans lesquelles le gonocoque fait parfois défaut. Quand on a constaté l'inefficacité du permanganate de potasse, on essaie des lavages avec une solution de sublimé à 1 p. 10000 ou de résorcine à 1 p. 100; ou de nitrate d'argent à 1 p. 3000; si on ne réussit pas, on mettra dans le vagin des bougies à l'iodoforme, et on appliquera sur la vulve une pommade antiseptique, soit à l'iodoforme à 1 p. 30, soit à l'ichtyol à 1 p. 30, soit au précipité rouge à 1 p. 100.

En luttant avec persévérance, on finira par triompher de l'affection, et ainsi on mettra l'enfant à l'abri des complications, quelquefois très sérieuses, qui peuvent en découler.

Il est bon d'ajouter que ce traitement local, facile à mettre en œuvre à l'hôpital, est difficilement accepté en ville par les familles, surtout lorsqu'il s'agit de fillettes un peu grandes. Le médecin aurait mauvaise grâce à insister outre mesure; mais il devra dire, avec la discrétion nécessaire en pareil cas, que, sans traitement, l'affection sera très longue et pourra se compliquer d'accidents divers. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

---

## VARIÉTÉS

### Un laboratoire d'Apothicaire au XVII[e] siècle (à Paris).

Par M. Eug. Toulouze, archéologue.

I

Il est impossible de récuser les progrès accomplis dans la thérapeutique depuis les XVII[e] et XVIII[e] siècles, le lecteur pourra s'en convaincre s'il veut bien se rendre compte que la médecine et la pharmacie étaient encore, sous Louis XIV, souillées d'erreurs et de pratiques magiques. La thérapeutique n'avait aucune base scientifique, tout était livré au hasard; les formules les plus absurdes avaient le plus grand succès auprès des masses, par la seule raison que l'absurde ne le cédait pas à l'ignorance, et que plus les formules étaient incompréhensibles, plus elles frappaient l'imagination d'esprits qui ne croyaient qu'au merveilleux (1).

Les quelques lignes qui vont suivre prouveront facilement aux incrédules ce que nous venons d'avancer.

Les électuaires et les onguents plus ou moins fluides sont presque complètement abandonnés aujourd'hui; il en résulte que les manipulations des laboratoires sont grandement simplifiées, si nous en jugeons par le matériel d'un apothicaire du XVII[e] siècle que nous avons eu la bonne fortune d'explorer il y a quelques jours, grâce à l'extrême obligeance de M. Argentin, chef des travaux de terrassements.

(1) Ajoutons qu'au milieu du chaos de cette médecine et de cette pharmacie vulgaires, des dissections anatomiques furent faites, à partir du XVI[e] siècle, par des hommes illustres, comme André Vésale, Ambroise Paré, Mondini (de Bologne). Plus tard, Michel Servet (qui fut brûlé en 1553) émit les premières idées sur la circulation du sang. De ce moment, les découvertes en médecine, devinrent de plus en plus nombreuses; mais, malgré les travaux de ces savants, la médecine populaire ne devait faire de réels progrès que longtemps après la mort de ces bienfaiteurs de l'humanité.

A cette époque où l'on consommait une quantité considérable d'onguents, l'apothicaire employait de grands récipients pour composer ses mélanges; mélanges dangereux (quelquefois) pour le préparateur — nous devons le croire — puisque notre chimiste de la rue du Plâtre protégeait et



Fig. 1.

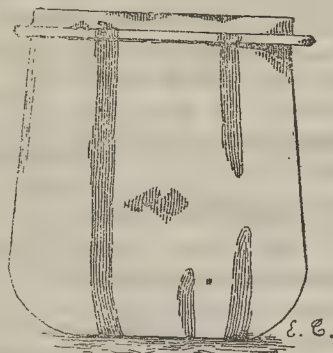


Fig. 2.

enveloppait ses grandes marmites de terre (fig. 1 et 2) d'une contenance de huit à dix litres en les emboîtant dans un massif de maçonnerie en plâtre et en pierres calcaires. Ainsi protégées, elles défiaient tous chocs violents, qui pouvaient compromettre le contenant et le contenu; ce système de protection était inconnu de nous avant l'exploration de cette officine, où nous rencontrâmes aussi de petites bouteilles communes, à goulot étroit en forme de *guttus*, dans lesquelles l'apothicaire servait à ses clients les électuaires composés de poudre, de pulpes, d'extraits et de miel, en un mot des préparations fluides (fig. 3). La présence de cette poterie dans l'officine de la rue du Plâtre vient affirmer à nouveau que ce type si commun dans nos fouilles parisiennes servait aux usages pharmaceutiques.



Fig. 3.

Les potiers parisiens de la montagne Sainte-Geneviève et autres localités fabriquaient ce genre de petit *guttus* avec une argile grasse et plastique qui offre les couleurs les plus variées. Très commune à Paris et dans ses environs, elle se rencontre surtout à Montmartre, aux Buttes-Chaumont, à Belleville, Ménilmontant, le cimetière du Père-Lachaise, Charonne, Bagnolet, Montreuil, où elle précède le banc de gypse, Gentilly et Bagneux où elle précède le banc de gypse ou de calcaire; on la rencontre encore sur de certains points sur la butte Sainte-Geneviève. Cette terre mêlée à une petite partie de silice, bien lavée de ses impuretés, bien cuite, devenait d'une solidité remarquable, au point de produire des étincelles au choc de l'acier. Inattaquable par les acides, elle convenait donc parfaitement aux apothicaires pour servir les divers produits pharmaceutiques dans la préparation desquels entraient des acides.

Nous avons déjà écrit dans un travail antérieur, que ces petites fioles sortent des mains des maîtres potiers du *bon vieux temps*. Elles datent de cette époque de rivalités et de haines qui bien souvent ensanglantèrent les rues de Paris, où l'on vit des corporations se disputer entre elles, avec le plus grand acharnement, la fabrication d'un objet; l'une parce qu'il y entrait du plomb ou de l'étain, l'autre parce que le corps de l'objet était en terre cuite; de cette époque où l'apprentissage du potier était de dix années et le compagnonnage de trois, où le brevet coûtait 36 livres et la maîtrise 500 avec chef-d'œuvre, on comprend que cette qualité si productive de maître devenait inaccessible à l'ouvrier.

D'autre part on limitait le nombre des apprentis, et l'entrée dans la communauté était une faveur qu'il fallait acheter et qu'on réservait le plus souvent aux fils de compagnons. Les maîtrises, accordées d'abord aux capacités, dégénérèrent en privilèges usuraires et envahisseurs; les fils de maîtres héritaient du titre de leur père, sans passer le plus souvent par les épreuves que subissaient les candidats. Les règlements fixaient scrupuleusement les dimensions des objets et jusqu'aux procédés de fabrication. Comme on le voit tout n'était que gêne et entrave pour l'artisan et par conséquent pour le progrès industriel.

Cette coutume routinière explique pourquoi, pendant plus de deux siècles, cette petite poterie est restée la même, c'est-à-dire d'un type lourd, unique dans la forme et dans la préparation de la terre.

Mais revenons aux grands vaisseaux employés par notre apothicaire pour malaxer ses produits médicamenteux. Le premier type offre la forme d'une immense fleur de campanule, ou bien encore de la cloche en verre employée par le jardinier maraîcher. Il est en terre rougeâtre, bien cuite, émaillée intérieurement d'un beau vernis plombifère d'un ton vert tendre, celui qui était usité le plus souvent sous le règne de Henri IV, pour couvrir toutes les poteries employées aux besoins de la vie domestique.

L'extérieur de ce premier type ne porte que des traces partielles d'émail, son diamètre à l'ouverture est de 28 centimètres, l'épaisseur est de 8 à 9 millimètres et sa hauteur totale devait être de 32 centimètres.

Le second récipient, émaillé comme le précédent, a 25 centimètres de diamètre à l'ouverture, aux deux tiers de sa base il offre un renflement de la panse qui lui donne 27 centimètres de diamètre, sa hauteur est de 32 centimètres et l'épaisseur de la terre de 7 millimètres et demi, l'ensemble de ce grand vaisseau présente assez exactement la forme de la violette marine ou campanule à grandes fleurs bleues des jardins. Enfin comme le premier vaisseau il appartient au commencement du XVIIe siècle.

Nous avons eu déjà le plaisir d'apporter, à l'art de la médecine, la composition de quelques onguents employés par les médecins gallo-romains pendant les trois premiers siècles de notre ère. Aujourd'hui nous découvrons au fond d'un de nos grands vases une partie de la dernière composition de l'apothicaire de la rue du Plâtre; nous croyons reconnaître, au milieu d'une pâte très dure, des feuilles et des racines d'Althée ou Althea, nous sommes très heureux de la découverte de cette pâte ou onguent que nous comptons analyser et qui apportera une recette de plus à celles que nous allons publier.

C'est dans le sous-sol de la maison de la rue du Plâtre, n° 3, et appuyé contre le mur, que se trouvait le massif de moellons taillés à la demande des grands vaisseaux. Ces divers récipients étaient donc rangés de façon à prendre le moins de place possible dans l'officine; des travaux postérieurs à ceux du laboratoire avaient enseveli nos poteries sous une sorte de maçonnerie nécessitée par la construction qui vient de disparaître.

Le 8 septembre 1898, un terrassier brise d'un coup de pioche une très grande poterie flammulée d'une contenance de 8 à 10 litres, nous ne pouvons recueillir que l'anse de ce vase, elle mesure 10 centimètres de largeur et présente le décor ordinaire, c'est-à-dire quelques traits groupés par six, disposés dans la verticale, peints en rouge ferrugineux sur la terre sans émail.

Cette poterie paraît affirmer que notre boutique d'apothicaire existait là depuis fort longtemps, car ce grand récipient et plusieurs autres appartiennent aux XIIIe et XIVe siècles, les grandes dimensions de ce vaisseau semblent nous indiquer aussi qu'il avait son emploi dans l'officine des prédécesseurs de notre apothicaire du XVIIe siècle.

Les manipulations pharmaceutiques à cette époque étaient variées, et le praticien devait avoir fort à faire pour

retenir cette multitude de préparations fantaisistes, dont nous allons donner au lecteur un faible échantillon.

A ce moment chacun faisait de la thérapeutique à sa façon, cela s'explique dans ces temps d'ignorance, où on ordonnait de la *teinture de cailloux*, pour traiter le scorbut et les maladies hypocondriaques. Ce médicament était administré à la dose de dix à trente gouttes véhiculées dans une boisson appropriée. (Nous ignorons si le caillou était le silex ou le calcaire.)

Venait ensuite l'*huile de briques*, ne riez pas, cela est très sérieux; cette huile était employée pour l'usage externe, dans les suffocations de la matrice, pour dissoudre les tumeurs de la rate, contre la paralysie et l'asthme; quelques gouttes (disent les anciens) dans l'oseille peuvent dissiper les *flatuosités* qui s'y renferment.

L'esprit de papier était un excellent apéritif (peut-être était-il préférable à la meilleure des absinthes); on pouvait en donner dans toutes les maladies à la dose de six à trente gouttes dans une liqueur appropriée; ce médicament calmait encore la surdité, ainsi que les bourdonnements, il était bon pour les dartres, il excellait pour le mal de dents, ainsi que pour les vapeurs hystériques.

On peut tirer (dit un auteur du temps) des sels volatils du crapaud, de la corne de cerf, de l'ivoire, du sang, du crâne, des ongles, des cheveux, etc.

Ce principe posé, on retire de la vipère *une huile puante*; on la peut faire sentir aux femmes hystériques pour abattre leurs vapeurs et en oindre les parties attaquées de paralysie.

Tout est bon, tout a son emploi dans cette thérapeutique abracadabrante.

Pour adoucir la goutte, pour lever les obstructions, pour dissiper les vapeurs hystériques, pour purger le ventre, prendre deux ou trois verres *d'urine* par jour, celle d'un homme jeune et bien sain. Ces pratiques stupides ne sont point encore complètement disparues et nous avons connu un individu, qui, pour se guérir d'une inflammation des conjonctives, se les lavait chaque jour avec de la troisième urine du matin. Pourquoi la troisième?

Le choix de l'urine de vache n'est pas indifférent, surtout celle qui vient d'une vache mangeant l'herbe de la prairie. Le bon usage de cette urine est d'en boire deux ou trois verres chaque matin à jeun à un quart d'heure l'un de l'autre, se promener ensuite et avaler un bouillon deux heures après le dernier verre.

(Ce dernier médicament ne compte pas comme apéritif.)

Continuons. Ce remède purge beaucoup les sérosités par le ventre et par les urines. Cela s'appelait très gracieusement *l'eau des mille fleurs*.

On voit que les apothicaires ne chômaient pas et que les connaissances populaires étaient utiles dans cette profession; ils devaient souvent aussi fabriquer à la demande du client, qui avait à sa disposition un nombre considérable de remèdes, réclamant les soins de l'officine de l'apothicaire.

Nous devons ajouter que fort souvent on se passait du pharmacien et du médecin ; la voisine, la portière, une commère du voisinage se chargeaient de donner de bons conseils gratuits, tel celui-ci, que nous garantissons.

Pour la fièvre, manger quelques tartines minces couvertes de bon beurre saupoudré de poux de tête, de tête vous entendez bien! et non de corps; ne riez pas, cela est sérieux, cela se faisait.

Nous voyons que les fleurs d'ancolie (de la famille des renonculacées) sont en estime pour *dénouer l'aiguillette* des nouveaux mariés et pour les en préserver. Pour cela *Hartmannus* lave le membre viril, dans une décoction de ces fleurs et, après l'avoir lavé, il lui fait recevoir la fumée de la dent *d'un homme mort*, après quoi l'impuissance cesse. Ne croit-on pas à une recette de sorcier, ou bien encore assister à une séance de sortilège?

Voilà une recette qui fut goûtée des coquettes de la première moitié du XVII<sup>e</sup> siècle.

*Alkermes* nous apprend que la fiente d'un veau qui a été nourri quelques jours de romarin sert à faire une excellente poudre à *poudrer les cheveux*.

Il y avait un nombre considérable d'onguents, pour les brûlures, blessures, éruptions, dartres, clous ou furoncles, engelures, crevasses, ulcères, etc. Ces temps ne sont pas éloignés puisque nous sommes au grand siècle, ou quelques années avant le roi soleil. On employait aussi en médecine la tête humaine : voici la manière de s'en servir : « La tête qu'on veut employer en médecine doit être séparée du corps d'un jeune homme vigoureux, sain, nouvellement mort, de mort violente, et qui n'ait point été inhumée, afin qu'elle soit demeurée empreinte de tous les principes actifs, dont une partie la plus volatile se serait dissipée dans la terre. »

Apothicaires, préparez vos feux, vos fourneaux, vos grands vaisseaux émaillés de ce beau vernis plombifère qui couvre le *pichet* chargé de contenir le vin frais de Paris ou de ses environs. Vous allez préparer des remèdes souverains pour l'humanité avec des têtes humaines; dont quelques-unes viennent à grands frais « d'Irlande où elles sont communes; parce qu'en ce pays-là, on laisse les hommes qu'on a pendus attachés à des poteaux dans la campagne jusqu'à ce qu'ils tombent par pièces; on trouve sur les crânes qui ont été exposés à l'air pendant plusieurs années, une espèce de mousse verte appelée *usnée* qui est employée en médecine ».

Cette mousse convenait pour arrêter le sang. Crollius la fait entrer dans son onguent sympathétique ou magnétique. On l'employait contre l'épilepsie, car elle contenait beaucoup du sel le plus volatil du crâne.

La cervelle de l'homme pour l'usage *interne* guérissait de l'épilepsie naissante, la dose était de deux drachmes. Voilà de la thérapeutique poussée jusqu'à l'anthropophagie. Tout était bon, les remèdes les plus repoussants, les plus atroces étaient ordonnés, employés, et il y a encore de bonnes gens qui prétendent que la médecine n'est pas en progrès.

(*A suivre.*)

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 DÉCEMBRE 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 5 DÉCEMBRE 1898**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet et Broca (André).

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Delbet et Varnier.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Hayem, Sébileau et Desgrez; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Legueu; — (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Lancereaux, Widal et Dupré; — M. Gaucher, suppléant.

**MARDI 6 DÉCEMBRE**, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Wallich; — (2e série) : MM. Budin, Rémy et Poirier.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Troisier, Quénu et Gley; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Thiéry et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Ménétrier et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Achard ; — M. Marfan, suppléant.

**MERCREDI 7 DÉCEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Delbet et Legueu.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Landouzy, Hanriot et Sébileau ; — M. Broca (André), suppléant.

**JEUDI 8 DÉCEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, Poirier et Hartmann.

3e (oral, 1re partie) : MM. Panas, Richelot et Bonnaire ; — (2e partie) : MM. Troisier, Ménétrier et Wurtz.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Pouchet et Vaquez.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Roger et André ; — M. Chassevant, suppléant.

**VENDREDI 9 DÉCEMBRE**, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Hanriot et Launois.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Sébileau, Desgrez et Wurtz ; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Blum, Humbert et Walther ; — (2e partie) : MM. Potain, Lancereaux et Teissier ; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Joffroy, suppléant.

**SAMEDI 10 DÉCEMBRE**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard et André.

3e (2e partie) : MM. Hutinel, Hallopeau et Thiroloix.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Cornil, Quénu et Hanriot ; — M. Gley, suppléant.

5e (2e partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Joffroy, Achard et Vaquez ; — (2e série) : MM. Raymond, Chantemesse et Roger ; — M. Hartmann, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Anatomie* (séance du 25 novembre) : MM. Gross et Meuriot, 8. — G. Netter, 6. — Ch. Fouquet, 5. — Le Gambier, Lemaître et Sudaka, 4. — Froment, 2. — Gernez et Israël, 1.

*Pathologie* (séance du 26 novembre) : MM. Grivot, 14. — C. Legros, 13. — Audard, Follet, de Gorsse et Roy, 12. — Sabaréanu, 11. — Mauban et Viteman, 10. — Merlet, 8.

— Par suite de l'ouverture d'un service spécial pour M. Lermoyez à l'hôpital Saint-Antoine et la démission de M. Rigal, les mutations suivantes auront lieu le 25 décembre prochain dans les services de médecine des hôpitaux de Paris :

M. Béclère passe de Tenon à Saint-Antoine ; M. Ménétrier passe de la Maison Dubois à Tenon ; M. Vaquez passe de l'Hôtel-Dieu (annexe) à la Maison Dubois ; M. Lacombe passe de Bichat à Beaujon ; M. Talamon passe de Tenon à Bichat ; M. Duflocq passe de l'hôpital Hérold à Tenon ; et M. Launois passe de Beaujon (consultation) à Hérold.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours pour une place de chirurgien s'est terminé par la nomination de M. le docteur Villard.

— Par décision ministérielle, en date du 25 novembre 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine, les élèves de l'École du service de santé de la marine reçus docteurs en médecine à Bordeaux, le 18 novembre 1898 :

A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe : M. Briaud, affecté au port de Lorient ; MM. Bouillet et Doreau, affectés au corps de santé des colonies.

— M. le docteur Pélissier, promu au grade de médecin de première classe, est affecté au port de Lorient.

— *École de médecine d'Amiens.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Malpart, chef des travaux de chimie.

Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Trépant, professeur de pathologie médicale.

M. Décamps, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours de pathologie médicale.

— *École de médecine d'Angers.* — M. le docteur Papin (Paul) est institué chef des travaux d'histologie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Colléatte, professeur agrégé au lycée de Besançon, est chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine de Caen.* — M. Chrétien, docteur ès sciences, est chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie, en remplacement de M. Perrier, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Clermont.* — Sont chargés, pour l'année scolaire 1898-1899, des fonctions de chefs de travaux :

MM. Bide, suppléant (médecine opératoire) ; — Bruyant, suppléant (histoire naturelle) ; — Billard, chargé de cours (physiologie), en remplacement de M. Bardier, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Rouen.* — Le concours pour le prosectorat s'est terminé par la nomination de Mlle Robineau, interne des hôpitaux.

— *Collège de France.* — M. Berthelot, professeur de chimie organique au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1898-1899, par M. Matignon.

M. d'Arsonval, professeur au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer par M. Charrin.

M. Ribot, professeur au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer par M. le docteur Pierre Janet.

M. Marey, professeur au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer par M. le docteur Franck.

— M. le docteur Bouchet est nommé inspecteur des Écoles du canton de Saint-Denis (1re circonscription), en remplacement de M. le docteur Dupuy, décédé.

— M. le docteur Halmagrand, médecin-adjoint au lycée d'Orléans, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Chipault, décédé.

M. le docteur Dufour est nommé médecin-adjoint au lycée d'Orléans, en remplacement de M. le docteur Halmagrand.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chomérac et Keller (de Paris) ; Émile Peigné, décédé à Mende.

— M. Maygrier, accoucheur de la Charité, commencera ses leçons le jeudi 1er décembre à dix heures et demie du matin, à l'amphithéâtre Velpeau, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Raymond commencera le cours pratique et élémentaire de pathologie nerveuse à la Salpêtrière, le lundi 5 décembre 1898. — Ce cours durera six semaines. — Comprenant 40 leçons, il aura lieu tous les jours, de deux heures et demie à trois heures et demie. — Le nombre des élèves est limité à quinze.

Le droit à payer est de 60 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté de médecine, ainsi que les étudiants immatriculés.

MM. Gasne, chef de clinique, et Philippe, chef de laboratoire, recevront les inscriptions tous les matins, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits (60 francs).



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 137. — JEUDI 1er DÉCEMBRE 1898. 71e ANNÉE JEUDI 1er DÉCEMBRE 1898. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le traitement des anévrismes par les injections coagulantes suit son cours, M. Lancereaux maintenant les faits qu'il a avancés et l'explication physiologique qu'il en a donnée, et M. Laborde insistant plus que jamais sur ses objections d'ordre expérimental et sur sa conclusion pratique, à savoir que c'est dans la poche anévrismale elle-même et non sous la peau qu'il faudrait injecter le sérum gélatineux de M. Lancereaux. Quoi qu'il en soit de l'explication physiologique et à supposer que, sur le terrain expérimental, M. Laborde ait raison, il n'en reste pas moins acquis, d'après les faits observés par M. Lancereaux, qu'il y a une action coagulatrice s'exerçant sur le sang contenu dans la poche anévrismale et qu'il y a, dans cette méthode, une ressource précieuse pour la thérapeutique. C'est là, croyons-nous, l'avis de M. Hayem, qui a rappelé quelques particularités fort intéressantes des expériences qu'il a faites sur la coagulation du sang, et qui, tout en partageant l'avis de M. Laborde au point de vue physiologique et expérimental, semble accepter les faits cliniques avancés par M. Lancereaux et conseille d'en poursuivre l'étude.

L'ablation du sympathique cervical est une opération qui est un peu à la mode en ce moment, et qui est appliquée à des cas pathologiques bien différents. On a vu qu'à la Société de chirurgie plusieurs membres l'ont appliquée, non sans succès, au traitement du goitre exophtalmique. On l'a également proposée pour le traitement de l'épilepsie, où elle semble avoir donné des résultats moins positifs, pour ne pas dire tout à fait négatifs. M. Laborde a pratiqué devant l'Académie une expérience intéressante, qui est bien faite pour enlever toute illusion à l'égard de l'efficacité de cette opération chez les épileptiques. Il rend un cobaye épileptique par l'hémisection de la moelle; après un mois, pendant lequel on détermine, à volonté, chez cet animal, des attaques d'épilepsie par l'excitation de la zone épileptique cervicale, il enlève tout le cordon sympathique cervical avec ses trois ganglions du même côté où se trouve la zone d'excitation, et on constate que cette opération n'exerce aucune influence appréciable sur l'épilepsie expérimentale confirmée.

Le reste de la séance a été occupé par des rapports officiels.

---

### DEUX OBSERVATIONS DE TÉTANOS
#### TRAITÉ PAR L'AMPUTATION; GUÉRISON,

Par M. le docteur MATURIÉ (de Menton).

I. X... (Honorine), âgée de vingt-cinq ans, est affectée d'une tumeur de la paume de la main gauche datant de huit ans environ ; elle a été opérée, à Toulon, au mois de mai 1888 ; on a enlevé toute la partie malade apparente, mais la récidive a eu lieu un an après et le mal a gagné la paume de la main.

En janvier 1891, la tumeur, de la grosseur d'une orange, s'est ulcérée.

En mars 1892, la malade vient à ma consultation au sujet de son affection ; le néoplasme avait envahi toute la paume de la main, la phalange du pouce et la partie supérieure du poignet.

Sur la partie interne, on aperçoit une plaie assez superficielle, du diamètre d'une pièce de 5 francs, et saignant avec une grande facilité. Comme pansement, le mari faisait des lavages à l'eau phéniquée, et appliquait en outre « un hachis » de plantes cueillies dans la campagne.

Malgré cette infirmité, la malade se servait de sa main, ou tout au moins du pouce, de l'index et du médius. Le diagnostic porté est celui d'enchondrome, nécessitant l'amputation, de façon à éviter la généralisation du mal.

Le 27 mai 1892, je suis appelé auprès de la malade ; et je la trouve raidie par des crises tétaniques ; l'interrogatoire du mari m'apprend qu'il y a une huitaine de jours qu'elle a de la raideur des mâchoires. Il est difficile d'introduire une cuillère dans la bouche, même avec grand effort ; il existe une forte tension dans les muscles de la nuque et du dos, tension tellement violente que la patiente est repliée en arc de cercle. Les bras sont eux-mêmes contracturés, la fièvre assez forte, mais la connaissance complète. L'alimentation est excessivement difficile, difficulté qui a entraîné un affaiblissement des plus marqués. La plaie est sanieuse, légèrement purulente et exhale une odeur fétide.

Ce jour-là, je propose au mari le transport de la jeune femme à l'hôpital, avec l'intention de faire l'amputation du bras, mais devant la résistance de la malade et de son entourage, je prescris un traitement au chloral à haute dose.

Le lendemain, ainsi que le surlendemain, aggravation dans l'état général, la malade se trouve dans un état déses-

péré, les crises tétaniques sont continues, l'alimentation est impossible. T. 39°-39°3.

Le trismus est tellement accentué qu'on ne peut rien introduire entre les arcades dentaires. Chaque essai provoque des contractures plus violentes des muscles de la nuque et du dos, une issue fatale est plus que probable, à bref délai.

Le 30 mai, Honorine et son mari acceptent l'intervention proposée; aussitôt transportée à l'hôpital, elle est préparée et opérée à neuf heures du matin.

L'amputation de l'avant-bras est faite à deux travers de doigt au-dessus de la limite de la tumeur. Le chloroforme n'a pu être donné à cause de la gêne respiratoire, qui est survenue quatre à cinq heures avant l'intervention.

Le soir même, une légère détente a l'air de se produire, on peut introduire quelques liquides dans la bouche; la déglutition peut se faire, les arcades dentaires ne sont pas aussi serrées, une cuillère à café peut pénétrer dans la bouche, dans l'intervalle des crises.

Le 31 mai, la détente est encore plus marquée, la bouche peut être ouverte avec moins de difficulté; 2 centimètres entre les incisives supérieures et inférieures, et les aliments liquides sont absorbés avec beaucoup plus de facilité et en assez grande quantité.

La malade ressent elle-même une amélioration des plus sensibles. Les douleurs de contractures sont plus faibles, plus courtes et plus espacées. Suppression du chloral.

Les jours suivants détente complète; le septième jour, il ne survient que quelques accès de trismus légers et les contractures ne siègent que sur les masseters.

Les muscles de la nuque, du dos, des bras, etc., sont souples et ont repris leur élasticité première, le pansement est fait ce même jour.

La réunion a lieu par première intention, les fils sont enlevés. La deuxième semaine après l'amputation, la patiente peut se lever, marcher, se nourrir avec des aliments solides sans réveiller des crises tétaniques.

Elle sort de l'hôpital le 14 juin, après que le second et dernier pansement a été fait, la cicatrisation est complète et la guérison absolue.

II. Le 17 mai 1897, V... (Jean), âgé de dix-sept ans, en voulant enlever la poudre d'un coup de mine qui avait raté, a eu la région interne de la main, par suite d'une soudaine explosion, criblée de pierres, de terre, de grains de poudre; quelques graviers ont pénétré jusqu'au milieu de la paume de la main. Le nettoyage de la plaie à la solution de sublimé à 1 p. 1000 est fait le lendemain de l'accident. Bains au sublimé tous les jours. Durant quatre jours on enlève des débris de terre, de pierre et de poudre.

Les 19, 20, 21, du pus mélangé de terre sort encore de la plaie, qui a été cependant débridée et largement irriguée.

Le malade continue à se soigner chez lui (pansement au sublimé) jusqu'au 6 juin.

Ce jour-là, il vient à la consultation de l'hôpital parce que, depuis trois jours, il trouve qu'il avale difficilement, qu'il se mord la langue et qu'il a de la raideur dans les mâchoires, par suite des contractions brusques et involontaires des mâchoires.

Il peut à peine ouvrir la bouche; une cuillère à café pénètre difficilement entre les arcades dentaires.

De temps en temps, on est obligé d'interposer un morceau de liège entre les dents pour éviter les morsures de la langue.

Il ressent et on remarque, par la palpation, la raideur de la nuque et des muscles de la région dorsale. Il n'a pas cependant d'opisthotonos très marqué.

Nous le décidons à entrer à l'hôpital, et le soumettons au traitement au chloral (10 grammes par vingt-quatre heures) et piqûres de morphine (2 centigrammes le premier jour).

La température du soir est de 37°2.

Le 7, la raideur des mâchoires, de la nuque et du dos est augmentée.

On maintient en permanence le bouchon dans la bouche, à cause du trismus.

Le malade absorbe cependant le chloral (10 grammes); l'agitation est assez grande; aussi fait-on trois injections de morphine de 1 centigramme. Nourriture : bouillon et œufs. Température : 37°-37°4.

Le 8, les crises qui étaient très fréquentes, toutes les heures, augmentent encore, l'agitation devient plus forte; le malade se tourne brusquement d'un côté et de l'autre, comme un ressort qui se détend; il tombe de son lit malgré les sœurs et l'infirmier qui le veillent.

Le chloral est tout de même bien supporté, mais la température s'élève : 38°-38°9.

Une consultation a lieu avec les docteurs Bazin, Chiais, et nous décidons de faire des injections hypodermiques de solution phéniquée suivant la méthode Bacelli. Six injections sont faites en vingt-quatre heures. Alimentation : bouillon et œufs. Chloral (10 grammes).

Le 10, la température baisse un peu, mais les symptômes tétaniques s'aggravent au lieu de diminuer; le ventre est dur, contracté.

Le malade n'étant pas allé à la selle depuis quelques jours, on lui administre un lavement purgatif.

Mêmes injections phéniquées, mêmes doses de chloral.

Le 11. La nuit du 10 au 11 a été très mauvaise, les crises sont continuelles de neuf heures à deux heures du matin. A partir de cette heure, elles ont diminué, mais cependant sont encore très fréquentes.

Les sœurs et l'infirmier qui soignent le malade croient que la mort va survenir à bref délai. Le chloral n'a aucun effet, le malade sommeille, mais l'agitation est extrême.

La température est de 40°4 le matin, à huit heures. Même médication. Huit injections phéniquées, 10 grammes de chloral.

Le 12, nouvelle consultation devant la gravité des symptômes. L'amputation, que j'avais jugée nécessaire dès la première heure, est décidée et faite à huit heures du matin, au tiers inférieur de l'avant-bras.

La chloroformisation est légère. Chaque section musculaire par le couteau amène des contractures très violentes qui rendent l'intervention plus pénible.

Le 13 juin, l'agitation est toujours très forte. Cependant la déglutition est plus facile et les crises moins violentes, la température est élevée : 39°4. Morphine, chloral.

Le 14 juin, mêmes symptômes que la veille, même médication.

Le 15 juin, détente assez brusque; le trismus est bien moins marqué, l'opisthotonos a disparu, quelques soubresauts agitent tout le corps de temps en temps.

Le soir du 15 juin, il persiste encore un peu de raideur des mâchoires. Le subdélirium n'a pas encore disparu, mais la connaissance des personnes qui l'entourent est revenue, il ne se rend pas compte du lieu où il se trouve. Son bras amputé le préoccupe.

16 juin. Le matin, l'état général est bon, pas de raideur plus marquée des mâchoires.

Le soir, au contraire, le malade éprouve plus de difficulté pour ouvrir la bouche; en dormant, il s'est mordu la langue quatre fois. Alimentation plus substantielle.

Température : matin 38°4, soir 37 degrés.

Le 17, le pansement a été fait, aucune trace de suppuration; les sutures profondes sont enlevées et le drain supprimé.

Même état que la veille au soir. Température matin, 37 degrés. Le trismus a bien diminué, encore un peu de

dysphagie. Température soir : 37°5. A partir du 17, les symptômes tétaniques ont disparu, peu à peu la température retombe à la normale; le délire en partie provoqué par le chloral absorbé à haute dose ne reparaît plus.

Le 21 juin, le dernier pansement est fait; le 24, la cicatrisation est complète et la guérison définitive.

---

## L'ABLATION DU SYMPATHIQUE CERVICAL

### DANS L'ÉPILEPSIE EXPÉRIMENTALE

Par M. J.-V. LABORDE, membre de l'Académie de médecine.

Poursuivant mon programme de recherches expérimentales relatives au traitement chirurgical de l'épilepsie par la section ou l'abrasion du sympathique, j'ai réalisé la deuxième partie de ce programme qui a consisté à enlever tout le cordon cervical du sympathique avec la chaîne des trois ganglions : supérieur, moyen et inférieur ; et j'apporte à l'Académie un sujet type de cette expérience dans l'animal (cobaye) que je lui présente :

Cet animal a été mis d'abord en état d'*épilepsie confirmée*, à la suite d'hémisection pathogène de la moelle dorso-lombaire.

Après un mois de cet état dans lequel l'accès complet d'épilepsie était constamment et à volonté provoqué par l'excitation de la zone épileptique cervicale, à gauche, et se produisait aussi, parfois, spontanément (accès que l'on va pouvoir constater à l'instant), nous avons, avec mon collaborateur du laboratoire, M. le docteur Camus, enlevé tout le cordon sympathique cervical avec ses trois ganglions, du côté de la zone épileptogène, c'est-à-dire du côté gauche.

Or, le résultat de cette opération, celui qui nous intéresse particulièrement, et que nous avons en vue : l'influence exercée sur les accès d'épilepsie, ce résultat est des plus nets, et facile à constater : si, comme je le fais en ce moment, je pince les téguments de la région cervicale gauche, l'animal est pris immédiatement d'un accès épileptique violent, dans lequel rien ne manque de ce qui le caractérise, pas même le cri initial, avec les trois périodes cycliques : tonique, clonique, comateuse.

Ces accès n'ont pas varié, depuis plus de trois semaines que l'opération a été exécutée, si ce n'est qu'ils s'accusent de plus en plus, à tel point que le moindre attouchement les provoque, et qu'ils se réalisent spontanément à la suite de certains mouvements du petit animal dans sa cage, notamment les mouvements de la tête en haut ou de côté, pour la préhension des aliments.

Tel est le fait brut : je le présente sans commentaire, sans appréciation, comme jalon d'attente, pour une discussion prochaine ; et il consiste dans sa matérialité évidente en ceci :

*L'enlèvement complet du cordon sympathique cervical avec les trois ganglions supérieur, moyen, inférieur, n'exerce aucune influence appréciable sur l'épilepsie expérimentale confirmée.*

Je me contenterai d'ajouter deux mots, relativement à l'opération elle-même, et à l'un des symptômes immédiats et persistants qu'elle détermine : ce symptôme constant et prédominant, facilement constatable sur le sujet que je présente, consiste en un *ptosis* très accusé avec rétraction du globe oculaire, et *myosis* plus ou moins prononcé du côté de l'enlèvement du sympathique. La protension relative et contrastante de l'œil du côté opposé fait très bien ressortir cet état du côté opéré; état persistant, et qui semble augmenter avec le temps.

Je signalerai, enfin, en passant, cet autre fait que lorsque, chez les animaux dont il s'agit, on comprend dans l'enlèvement des ganglions cervicaux le ganglion premier thoracique, la mort devient, à courte échéance, la conséquence de l'opération.

J'aurai, d'ailleurs, l'occasion de revenir, ultérieurement et en temps opportun, sur les suites prochaines ou éloignées de ces divers traumatismes réalisés sur le sympathique, ayant mis, à cet égard, avec M. Camus, un certain nombre de sujets en observation.

---

## THÉRAPEUTIQUE

**Lavement alimentaire** (TOURNIER).

| | |
|---|---|
| Bouillon. | 140 grammes. |
| Jaune d'œufs. | n° 6 |
| Vin. . . . . | 20 grammes. |
| Chlorure sodique. | 2 cuillerées à café. |

Il faut battre longtemps les œufs, au moins cinq minutes, pour que le mélange soit bien lié. Le lavement est injecté tiède, son volume ne doit pas dépasser 250$^{cc}$. Le lavement doit être tiède et donné très lentement, le malade étant couché. (*Rev. internat. de méd. et de chir.*)

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 novembre 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### COMMUNICATION

**De l'ablation du sympathique cervical dans l'épilepsie expérimentale.** — M. LABORDE fait une communication sur ce sujet. (Voir ci-contre.)

### RAPPORTS

**Prix Tremblay.** — M. GUYON analyse les mémoires adressés pour le prix Tremblay.

**Eaux minérales.** — M. HANRIOT lit le rapport sur les demandes en autorisation d'exploiter des sources d'eaux minérales.

### SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR LES INJECTIONS COAGULANTES

M. LANCEREAUX répond à M. Laborde. Il affirme que bien des substances non dialysables peuvent être résorbées par l'organisme et tel est le cas pour nombre d'épanchements. En conséquence l'objection de la non-absorption de la gélatine parce qu'elle n'est pas dialysable est une objection sans valeur. Ses expériences ont démontré nettement que l'injection gélatineuse augmente la coagulabilité du sang de lapin.

M. LABORDE a apporté, dans cette discussion, des faits qui ne souffrent pas d'objections. Il insiste sur les difficultés d'examiner la coagulabilité du sang au cours d'une expérience. Récemment encore, il a injecté 10 grammes de sérum gélatineux dans le péritoine d'un lapin. Six heures après cette injection, il a encore retrouvé dans la cavité péritonéale les 10 grammes de sérum gélatineux injectés. Il ajoute qu'en physiologie il est un principe indiscutable, c'est qu'une substance qui n'est pas dialysable n'est pas, par cela même, absorbable. Au résumé, M. Lancereaux a raison d'invoquer l'action coagulatrice de la gélatine, mais cette action ne peut s'exercer qu'*in situ*. C'est donc, ainsi que M. Laborde l'a déjà dit, dans la poche anévrismale elle-même qu'il

faudrait injecter le sérum gélatineux et non sous la peau. M. Laborde se croit donc en droit de dire, qu'au point de vue physiologique, les conclusions de M. Lancereaux ne sont pas acceptables.

**M. HAYEM** appuie les objections de M. Laborde sur plusieurs points. Il est parfaitement exact, par exemple, qu'il est extrêmement difficile de juger la coagulabilité du sang par les prises successives du sang dans le même vaisseau. Le sang, en effet, se modifie au contact du moindre corps étranger, d'une canule de seringue à injection. Les résultats fournis par cette manière de procéder sont donc extrêmement variables.

Il est une autre observation que M. Hayem a souvent relevée dans ses expériences : si l'on injecte le sang d'un animal à un autre animal différent au point de vue de la composition du liquide sanguin, on retrouve dans le second animal le sang du premier.

Une substance n'a pas besoin d'être solubilisée pour passer à travers les parois vasculaires; les corps non dissous peuvent passer à travers une séreuse.

**M. LANCEREAUX** maintient que la gélatine est absorbable.

**M. HAYEM** fait observer qu'il y a dans la communication de M. Lancereaux deux choses, le fait clinique et l'explication physiologique. Le fait clinique est très intéressant et mérite d'être étudié. Quant à l'explication physiologique qu'en donne M. Lancereaux, elle n'est pas acceptable.

L'Académie se forme en comité secret.

---

## VARIÉTÉS

### Un laboratoire d'Apothicaire au XVII[e] siècle, à Paris (1).

Par M. Eug. Toulouze, archéologue.

II

Aux XV[e] et XVI[e] siècles la momie d'Egypte était un objet commercial destiné à composer certaines formules fabriquées par nos apothicaires; un morceau de momie préservait des maléfices si on le portait dans ses vêtements; le roi François I[er] portait dans un médaillon un morceau de momie égyptienne contre les mauvais sorts, nous ignorons si le grand protecteur des lettres portait son amulette ordinaire le jour de la bataille de Pavie, et s'il ne connaissait pas cette puissante protectrice le jour où il contracta la maladie dont il devait mourir.

La pierre de tonnerre provoque le sommeil (disait-on au XVII[e] siècle); elle guérit et préserve des hernies. La même pierre réduite en poudre et mêlée à de la poudre de dépouille de serpent, est très efficace dans l'hydropisie, or, cette pierre de tonnerre est la pierre taillée par les hommes encore à l'état sauvage, elle appartient à l'époque paléolithique, celle polie (néolithique) était préférée, et se distinguait mieux lorsqu'il s'agissait de la rencontrer dans les champs. Cette pierre était encore très efficace pour guérir certaines maladies des moutons, il y a quelques années on y croyait encore dans certaines fermes de l'Auvergne. On la connaissait encore sous le nom de pierre de foudre, on la portait attachée au cou si elle était d'un faible volume, dans sa poche; ces pierres dont on ignorait l'origine aux siècles derniers venaient du ciel, suivant la croyance populaire (2).

« On dit que la côte d'un pendu pulvérisée est singulière à prendre dans la dysenterie (voyez Staricius, p. 122). Les os humains dans la distillation donnent un esprit et un sel volatile, très utile dans les affections des articles, on les prend intérieurement pour suer. On peut, avec le ministère d'un os humain entier, faire une purgation artificielle aussi longue qu'on voudra. On prendra pour cet effet l'os du pied, de la cuisse ou du bras d'un homme mort violemment. On en tirera la moelle, puis on le remplira de la fiente de celui qu'on voudra purger, et ayant bouché les deux extrémités avec de la cire, on jettera l'os dans l'eau chaude et tant qu'il y restera, celui de qui on a renfermé la m...e sera purgé, si l'on veut jusqu'à la mort même. On peut par ce moïen faire ch... un homme au lit toute la nuit pour rire. »

Le crâne humain d'un homme mort sur la roue et qui a été exposé à l'air durant quelques années, était excellent contre l'épilepsie.

Boire dans un crâne humain guérissait des écrouelles. Un soldat qui buvait dans un crâne humain était exempt de blessures à la guerre.

Les pharmaciens préparaient ainsi l'essence de crâne humain : « Verser du vinaigre sur le crâne, faire infuser pour en tirer une gelée, versez de l'esprit de vin sur cette gelée, et laissez le tout en digestion, il y aura une huile couleur d'or que vous séparerez par inclination ; c'est la véritable essence de crâne humain, la seule bonne efficace contre l'épilepsie. »

Ces apothicaires chargés de préparer de semblables médicaments possédaient pourtant des connaissances assez étendues, car on exigeait qu'ils connussent la chimie et qu'ils eussent une grande connaissance des plantes médicinales, puis encore de toutes les drogues propres à la médecine.

Ainsi que tous les métiers parisiens, les apothicaires appartenaient à une corporation ; cela s'explique ; les citoyens mis en rapports constants par des intérêts communs avaient leurs statuts afin de défendre la profession contre les concurrents.

Chaque société ou communauté d'artisans formait dans la ville une sorte de petite commune avec ses franchises et ses statuts obtenus des rois avec de grandes difficultés.

Ces nombreuses corporations parisiennes, toujours en contact, apprenaient à ne pas se désintéresser des affaires des voisins et, plus d'une fois, elles prirent les armes pour défendre leurs prérogatives menacées.

La corporation des apothicaires était placée sous le patronage de saint Nicolas, évêque de Myre, tout simplement parce que le saint était évêque de Myre, et que la myrrhe était employée souvent par les apothicaires. On voit que ce patronage reposait sur un vulgaire jeu de mots.

C'est sous le règne de Louis XI que les corporations furent le mieux organisées, et que leurs rapports avec l'Etat se réglèrent au mieux. Ce roi accorda de nombreux privilèges aux institutions libérales; il accorda aussi sa protection aux artisans par des statuts qu'il fit en leur faveur. L'ordonnance de 1467 sur les corporations est surtout remarquable; elle régularisa leurs rapports avec le gouvernement et établit parmi elles une discipline civile et militaire.

Chaque communauté fut réunie sous une bannière ou

---

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 1259.

(2) Il n'y a pas une nation chez laquelle on ne retrouve ce besoin de croire au fétichisme. La pierre de foudre était un fétiche. A l'époque gallo-romaine, le silex taillé, percé d'un trou, était porté sur la poitrine. Nous voyons cette même pierre devenir la protectrice des bestiaux et un excellent médicament au moyen âge. Les pièces de monnaie percées d'un trou formant bellière étaient un fétiche chez les gallo-romains de Paris; aujourd'hui, nous entendons encore des gens de la ville qui affirment qu'elles portent bonheur.

Dans nos recherches aux champs de sépultures païennes et chrétiennes, à Paris, il nous a été possible de constater (et cela plusieurs fois) la présence de monnaies romaines percées, déposées sur le mort, faisant partie du mobilier funéraire déposé religieusement près des restes humains confiés à la terre.

compagnie, dont chacune obéissait à un chef de métier que les membres de la corporation avaient droit d'élire tous les ans. Ces chefs de métiers prêtaient le serment d'être fidèles au roi, de révéler les complots, et de combattre toutes les séditions. Enfin, ils avaient une juridiction sur les membres de la communauté contre lesquels ils pouvaient prononcer une amende de 60 sous (1). Les apothicaires ne faisaient qu'un seul corps de communauté avec les marchands épiciers droguistes : c'était le second des six corps de marchands.

III

La grève des terrassiers suspend les travaux sur ce point.

Enfin, le 2 novembre, les travaux de terrassements traversaient d'anciennes murailles appartenant au périmètre de notre officine d'apothicaire. Au-dessous d'un gros mur parallèle à la rue du Plâtre, à 8 mètres environ du trottoir,

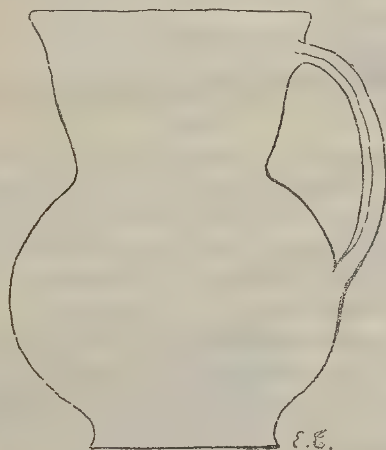


Fig. 4.

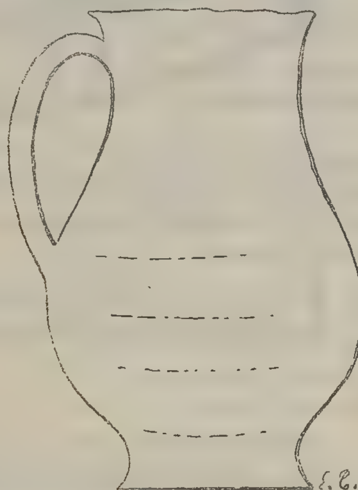


Fig. 5.

se trouvait une cavité maçonnée de 2 mètres de diamètre et de 5 à 6 mètres de profondeur, véritable réceptacle des déchets du laboratoire. Dans ce trou, sorte de puisard en pierres sèches, sans plâtre ni mortier (genre de construction qui facilitait l'écoulement des eaux), nous avions la satisfaction très grande de recueillir une brouette d'objets divers : petites poteries fort jolies et dont l'emploi devait être celui de nos cafetières ou théières de la contenance de 25 centilitres (fig. 4, 5 et 6). Peut-être sommes-nous en face de récipients devant contenir une quantité ordonnée de telle ou telle infusion à prendre par le malade. Enfin, de petits récipients de formes hémisphériques, d'un diamètre de 3 à 12 centimètres de diamètre ; nous en recueillons dix-sept. Ces mignonnes terres cuites devaient être des éprouvettes avec lesquelles notre apothicaire faisait ses expériences ou ses préparations pharmaceutiques (fig. 7). Puis des lampes en terre cuite avec soucoupes chargées de recueillir le trop-plein de la lampe (fig. 8 et 9). Nous trouvons encore des petites coupes en terre cuite, dans lesquelles l'apothicaire servait ses produits pâteux (fig. 10 et 11) ; des bouteilles en terre dans lesquelles il débitait ses produits liquides, ses électuaires, nous possédons pour ainsi dire le matériel complet nécessaire à la profession. Tous ces objets étaient déposés dans une cavité placée au-dessous de la muraille où étaient les grands récipients. Enfin, comble de satisfaction pour l'explorateur, nous recueillons un mortier en pierre, d'une décoration rare, dans lequel on broyait les ingrédients, les plantes, les crânes humains avant de les faire bouillir pour le plus grand bien des épileptiques — on le sait. Ce mortier est orné de deux anses très décoratives sculptées dans la masse de calcaire,

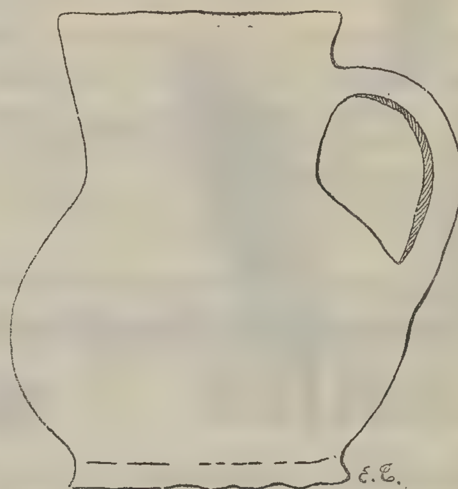


Fig. 6.



Fig. 7.

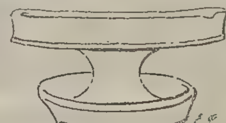


Fig. 9.

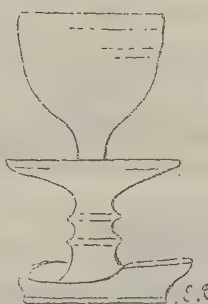


Fig. 8.

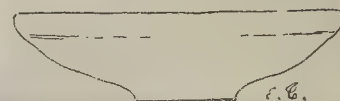


Fig. 10.

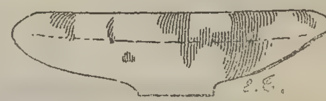
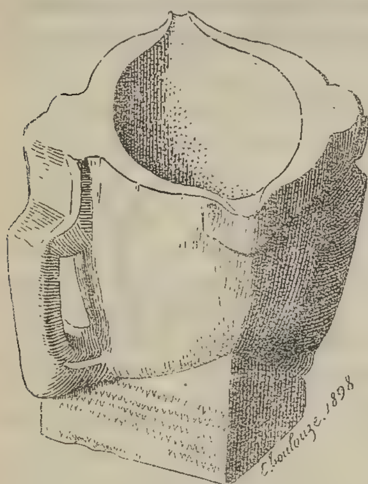
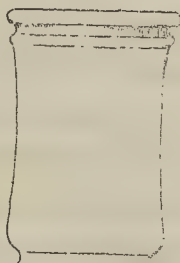


Fig. 11.

(1) Je ne veux pas plaider, on le pense bien, pour les maîtrises et les jurandes *du bon vieux temps*, pour ces maîtres qui étaient chargés de maintenir scrupuleusement la matière et jusqu'aux procédés de fabrication, de ces maîtres qui n'apportaient que gênes et entraves aux progrès d'une industrie encore à son enfance. Cette situation des maîtrises dura jusqu'en 1776, où le mal était si grand que Turgot proposa au roi l'abolition complète des *maîtrises et des jurandes*, qui ne furent réellement supprimées qu'à l'époque de la grande Révolution.

qui servaient à le transporter d'un point à un autre dans le laboratoire (fig. 12). L'ensemble complet de ces ustensiles nous initie au matériel de l'apothicaire, et nous indique la coutume du jour, les travaux pharmaceutiques aux temps passés, en un mot, nous sommes heureux d'aligner toutes


Fig. 12.


Fig. 13.

ces curiosités sur un seul point de notre collection de céramique parisienne — collection ouverte à tous les amis du vieux Paris historique et archéologique. Nous remontons les grands vases à mêler les onguents dans leur massif de maçonnerie, auprès se trouvent les pots à pommades ou canons (fig. 13), les flacons pour servir tel ou tel électuaire aux clients; les petites coupes en terre grise des xv^e^ et xvi^e^ siècles sans couvercles ou émaillées d'un bel émail plombifère vert, elles sont là, elles semblent attendre le moment où elles recevront l'onguent compact qui passera des mains de l'apothicaire dans celles de la cliente ayant à traiter quelques maladies externes. De grands vases appartenant aux xiii^e^ et xiv^e^ siècles, quelques-uns flammulés (fig. 14), se chargent de nous apprendre que cette pharma-


Fig. 14.


Fig. 15.

copée était célèbre depuis longtemps, puisque nous avons la certitude qu'elle était sur ce point depuis trois siècles, le jour où l'apothicaire faisait sceller dans la pierre ses grands récipients à malaxer les différents ingrédients devant se convertir en électuaire ou en onguent. Bien des générations, comme on le voit, eurent à réclamer le secours des pharmaciens qui se succédèrent dans cette maison, du xiii^e^ au xvii^e^ siècle ; le quartier, du reste, devait être bon pour le commerce, cette partie du vieux Paris ayant une population très compacte.

Enfin, rien ne manque dans le matériel de l'officine de la rue du Plâtre, plus anciennement rue Jehan-Saint-Pol. Le mortier, l'indispensable de cette profession (comme le canon au canonnier), vient rejoindre au modeste musée de Lutèce les objets recueillis déjà (fig. 12). Ce mortier, véritable *chef-d'œuvre dans le genre*, apparaît au milieu de tout ce dépôt d'objets divers comme la pièce principale. Il a été taillé dans un morceau de calcaire, les anses ont été sculptées dans la masse, deux rigoles se trouvent à la partie supérieure du mortier, un simple mouvement de bascule et le liquide contenu dans notre récipient était transvasé suivant les besoins du manipulateur. Nous rencontrons une dernière épave, c'est une coupe en terre dure et très mince, sorte de hanap, qui remplissait l'office de nos verres à boire. *Le hanap plein de vin vermeil* (Rabelais) [fig. 15], cette terre cuite est d'une exécution fort bonne et fait le plus grand honneur au potier parisien du xv^e^ siècle.

Nos recherches dans la rue Jehan-Saint-Pol, ainsi nommée en 1220, et rue du Plâtre depuis la fin du xiii^e^ siècle, durèrent pendant plusieurs semaines, et, grâce à l'obligeance d'hommes dévoués, nous pûmes, malgré la grève, poursuivre nos investigations sur ce point de notre vieux Paris (1).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat. — Anatomie* (séance du 28 novembre) : MM. Bellin, 9. — Laffitte et Tridon, 6. — Hulleu et Surrel, 5. — Aron et Housselot, 4. — Duclaux, 3. — Gibert et Leh, 2.

(Séance du 29 novembre) : MM. Jouon et Mirande, 10. — Touchard, 8. — Gasne et Monier, 7. — Beneteau, Demaldent et Mesley, 6. — Rodocanachi, 4. — Gauckler, 3.

*Pathologie* (séance du 28 novembre) : MM. Sabatié, 14. — G. Lelong et Paris, 11. — Delamarre et Fromageot, 9. — Barcat, 7. — Cholet, 6. — Petresco et Ravoux, 5. — Bailey et Dupouy, 4.

(Séance du 29 novembre) : MM. Le Roux, 15. — Aguinet, 12. — Dauzats, Laignel-Lavastine, Lecornu et Vivier, 11. — Lutier et Mesnil, 10. — Ferry, 9. — Chardin, 7.

— La séance annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le 13 décembre, à l'heure habituelle.

— Le conseil de l'Université de Paris vient de décider que les internes titulaires des hôpitaux seraient dispensés des droits d'immatriculation et de bibliothèque.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Gross, professeur de clinique chirurgicale, est nommé doyen de ladite Faculté pour trois ans.

— MM. les médecins de deuxième classe Aynès, du port de Cherbourg, embarqué sur le *Cassini* (escadre du Nord), et Chabal, aide-major au 6^e^ régiment d'infanterie de marine à Brest, sont autorisés à permuter.

— M. Sevestre, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique (annexe), commencera le jeudi 1^er^ décembre 1898, à neuf heures du matin (pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).



(1) Au moment de mettre sous presse, nous recevons de notre cher collègue, M. le docteur Dureau, le très érudit bibliothécaire de l'Académie de médecine, la lettre suivante : « Mon cher collègue, ... La rue du Plâtre existait déjà en 1220; en 1240, elle s'appelait rue Jehan-Saint-Pol et, depuis 1280, elle a toujours porté le nom de rue du Plâtre. » L'officine existait bien dans cette rue, ainsi que nous l'affirment les poteries flammulées du xiii^e^ siècle.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE ROYA
Principe ACTIF aromatique del HAMAMELIS VIRGINICA
Ph$^{ie}$ LACHARTRE 19 R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

N° 138. — SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1898. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### Des indications de l'hystérectomie abdominale totale.

Par le docteur J. VANVERTS (de Lille),
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

**Historique.** — C'est Kimball (1), le premier, qui, en 1853, fit de propos délibéré l'hystérectomie abdominale pour fibrome. En 1863, Kœberlé (2) fixa le manuel opératoire de l'hystérectomie supra-vaginale à pédicule externe. Kleeberg (3), Hegar (4), Pozzi (5) modifièrent heureusement le procédé de Kœberlé, dont les résultats, d'abord mauvais, s'améliorèrent notablement après la découverte de l'antisepsie.

Cependant, la méthode du pédicule externe gardait des inconvénients notables. On s'efforça d'y parer en réduisant le pédicule dans l'abdomen. Ce n'est guère qu'à partir de 1877 que le traitement intra-péritonéal du pédicule fut couramment employé, grâce à la technique qu'en donna Schrœder (6) et qui fut perfectionnée par Czerny (7), Olshausen (8) et bien d'autres.

La conservation du pédicule présentant parfois des inconvénients, on s'efforça de le supprimer et de faire l'ablation totale de l'utérus. Dès 1854, Burnham (9) fait quinze hystérectomies abdominales totales; en 1868, Kœberlé (1) pratique deux fois cette opération. C'est cependant Péan (2) qui est considéré comme l'ayant faite pour la première fois en 1869.

Jusqu'en 1881, on ne parle plus de l'hystérectomie abdominale totale. A cette époque, Bardenheuer (3) fait paraître un travail sur les avantages de cette opération (sept cas avec six guérisons), et son exemple est suivi par Martin (de Berlin), Fristch (de Breslau), Chrobak (de Vienne), Dixon Jones (de Brooklyn), Stimson (de New-York), etc. (4).

Tandis que l'hystérectomie abdominale totale fait de rapides progrès en Allemagne, en Belgique, en Angleterre et en Amérique, elle reste inconnue en France, où, depuis la tentative heureuse de Péan, en 1882, l'hystérectomie vaginale par morcellement gagne du terrain. La communication de Guermonprez (5) à l'Académie de médecine, en 1891, appelle de nouveau l'attention sur l'hystérectomie abdominale totale. Depuis cette époque, cette opération, qui a été faite un très grand nombre de fois, a subi de nombreuses modifications et a été l'origine de nombreuses discussions (Congrès français de chirurgie, 1893; Congrès de Genève, 1896; Société de chirurgie, 1895 et 1897). A son histoire se rattachent en France les noms de Delagénière, Doyen, Hartmann, Pozzi, Ricard, Richelot, Segond, Terrier, etc.

L'hystérectomie abdominale totale pour néoplasme malin de l'utérus est d'origine allemande et est restée longtemps inconnue en France. Bien que proposée par Delpech (6) en

(1) KIMBALL. Successfull case of extirpation of the uterus, *Boston Med. and Surg. Journ.*, mai 1855, p. 249.

(2) KŒBERLÉ. Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1864, nos 2 et suivants.

(3) KLEEBERG. *St-Petersb. Med. Wochens.*, 1877, n° 13; 1879, n° 41.

(4) HEGAR et KALTENBACH. *Traité de gynécologie opératoire*, 1885.

(5) S. POZZI. Technique de la ligature élastique du pédicule, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 28 nov. 1883; — Congr. français de chir., Paris 1885.

(6) SCHRŒDER. *Arch. f. Gyn.*, 1880, p. 271; 1881, p. 478.

(7) CZERNY. *Centralbl. f. Gyn.*, 1879, p. 519.

(8) OLSHAUSEN. Eine behandlung des Stumpfer bei der Amputatio supravaginalis, *Centralbl. f. Gyn.*, 1881, p. 291; et *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1881, p. 171.

(9) W. BURNHAM. *Nelson's Amer. Lancet*, 1854; et *Liman's Report*, Boston 1856, — John IRISH. Hysterectomy for the treatment of fibroid tumours, *Trans. Amer. med. Assoc.*, 1878, p. 447. — H. P. PERKINS. Three hundred and thirty eight cases of abdominal section in the practice of Dr Burnham, *An. Gynec. and Pædiat.*, 1888, p. 339.

(1) F. GROSS. Hystérectomie abdomino-vaginale et hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes utérins, *Semaine méd.*, 1893, n° 112.

(2) PÉAN et URDY. De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie, *Union méd.*, 1869, p. 874.

(3) BARDENHEUER. Anhang die totalextirpation des uterus wegen fibroid, *Centralbl. f. Gyn.*, 1881, p. 519.

(4) A. MARTIN. Ueber myomoperationen, *Zeits. f. Geb. und gyn.*, 1890, p. 1. — FRISTCH. *Verhandl. des internat. med. Congr.*, Berlin 1891; p. 264. — CHROBAK. Ueber abdominale myomoperationen, *Centralbl. f. Gyn.*, 1891, p. 169, et 1893, n° 20. — Mary Dixon JONES. Two cases of uterine myoma, *New-York med. Journ.*, 1888, p. 198 et 227. — STIMSON. On some modifications in the technique of abdominal surgery..., *Med.-News*, 1889, p. 93.

(5) GUERMONPREZ. L'hystérectomie abdominale totale, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 15 et 22 sept. 1891, p. 344 et 359. — DUVAL. *De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes de l'utérus*, Th. de Paris, 1892.

(6) DELPECH. Mémoire sur l'ablation de l'utérus, *Arch. gén. de méd.*, 1830, 1re série, t. XXIV, p. 299.

1880, elle ne fut faite qu'en 1878 par Freund (1), qui lui donna son nom. Les résultats déplorables qu'elle donna la firent abandonner, et elle tomba dans l'oubli pendant plusieurs années. De nos jours les Allemands et les Américains ont repris cette opération. Rydygier (2), Martin (3), Jacobs (4) l'ont modifiée et en ont fait une hystérectomie vagino-abdominale ou abdomino-vaginale.

En France, nous ne trouvons à citer que la tentative heureuse de Quénu (5).

Bien intéressante enfin est l'évolution de la thérapeutique chirurgicale des métro-salpingo-ovarites.

L'ablation seule des annexes (opération de Lawson Tait) présentait l'inconvénient de laisser un utérus souvent malade. L'hystérectomie vaginale (opération de Péan) constitua donc un grand progrès dans la cure des inflammations génitales. Mais ce dernier procédé, nécessitant de parti pris l'ablation de l'utérus, ne pouvait s'adresser qu'au cas où la bilatéralité des lésions annexielles était certaine et se trouvait contre-indiqué dans ceux où cette bilatéralité était douteuse.

Vérifier, par la laparotomie, l'état exact des lésions annexielles, extirper les trompes malades et faire enfin par la même voie l'ablation de l'utérus dans les cas où son ablation se trouverait permise ou indiquée, tels furent les avantages qu'on se proposa d'obtenir en pratiquant l'hystérectomie abdominale totale. C'est en Amérique qu'elle fut faite pour la première fois par Polk, dont l'exemple fut suivi par Baldy, Krug, Brown, Pryor (6). En France, nous trouvons parmi les partisans de la première heure Chaput (7) et Delagénière (8), auxquels sont bientôt venus se joindre Monprofit, Richelot, Segond, Hartmann et bien d'autres (9).

Quelle est la valeur de cette opération nouvelle (10), qui en si peu de temps a fait de si rapides progrès? Mérite-t-elle l'enthousiasme qu'elle a suscité? Doit-elle supplanter tous les procédés d'hystérectomie connus et pratiqués jusqu'ici ou a-t-elle des indications spéciales? Telles sont les différentes questions que nous nous proposons d'examiner.

Nous diviserons cette étude en quatre chapitres :

Fibromyomes de l'utérus,
Tumeurs malignes de l'utérus,
Salpingo-ovarites,
Obstétrique.

(1) W. A. Freund. Nouvelle méthode de l'extirpation de l'utérus cancéreux, *Centralbl. f. Gyn.*, 1878, n° 12, p. 265.

(2) Rydygier. Ein fall von extirpation des ganzen uterus und beiter ovarian nach Freund, rebst einigen Bemerhungen zur Operations methods, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1880, n° 45, p. 642.

(3) A. Martin. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, p. 320.

(4) C. Jacobs (de Bruxelles). Ablation génitale abdominale et évidement du bassin dans le cancer utérin, *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, janv.-fév. 1898, p. 3.

(5) Quénu. Cancer de l'utérus traité par l'hystérectomie abdominale totale, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 2 mars 1898, t. XXIV, p. 230.

(6) Polk. *New-York Journ. of gyn. and obst.*, 1893, t. III, n° 5. — Fl. Krug. Extirpation of the uterus in disease of the adnexa, *Amer. Journ. of obst.*, 1894, p. 113. — Baldy. *Amer. Journ. of obst.*, 1894, p. 28. — Brown. *Chicago med. Times*, 1893, t. XXV, p. 326. — W. Pryor. *Amer. gyn. and obst. Journ.*, nov. 1894.

(7) Chaput. *Bull. de la Soc. obst. de Paris*, 1894, p. 18.

(8) H. Delagénière. De l'hystérectomie abdominale totale dans certains cas d'annexite suppurée, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 157.

(9) Voir les récentes discussions du Congr. franç. de chir. (1897) et de la Soc. de chir. (1897).

(10) Nous comprendrons, sous la dénomination d'*hystérectomie abdominale totale*, l'ablation de l'utérus faite à l'aide de manœuvres abdominales, à l'exclusion de toute manœuvre vaginale (hystérectomie abdomino-vaginale et vagino-abdominale).

## I

**L'hystérectomie abdominale totale dans les fibromyomes de l'utérus.** — Une première question doit être examinée au début de l'étude des indications de l'hystérectomie abdominale totale dans les fibromes de l'utérus : c'est celle des indications générales de l'intervention dans cette affection.

Certains chirurgiens, tels que Péan (qui estime que les fibromes sont incompatibles avec la vie), Doyen, Jacobs, Otto Engstroem (1), ont soutenu qu'il fallait opérer tous les fibromes. Ils s'appuient sur l'apparition probable d'accidents divers : affaiblissement de la malade, phénomènes de compression, dégénérescences diverses de la tumeur, affections surajoutées des annexes, développement intraligamenteux des fibromes, grossesse et accouchement compliqués, et, d'autre part, ils se basent sur la bénignité de l'intervention quand le fibrome est petit.

Une telle opinion est trop absolue, et la plupart des chirurgiens ont protesté contre cette systématisation de l'intervention. Nombreux sont les cas où les fibromes restent toujours petits, ne déterminent aucun trouble et avec lesquels les femmes font très bon ménage; et on sait que la fréquence de ces tumeurs est si grande qu'on en trouve chez un cinquième des femmes ayant dépassé trente-cinq ans.

Il ne suffit donc pas de constater l'existence d'un fibrome pour décider qu'il doit être opéré. Il faut que d'autres conditions se trouvent réalisées. Quelle que soit la faible gravité actuelle de l'ablation de ces fibromes, en particulier par l'hystérectomie abdominale totale, cette gravité existe, si petite soit-elle. Or, on n'a pas le droit de donner à une femme la moindre chance de mort quand elle ne souffre pas de son fibrome, quand elle n'en souffrira probablement pas et quand, par conséquent, elle n'a aucun ou presque aucun avantage à retirer de l'intervention.

Les conditions générales requises pour justifier l'intervention resteront donc les mêmes pour l'hystérectomie abdominale totale que pour les autres procédés d'ablation des fibromes. Elles ont été trop souvent indiquées pour que nous croyions devoir insister sur elles. Ce sont :

1° La moindre tendance à l'accroissement de la tumeur. Dans ces cas l'intervention est indiquée et est d'autant plus urgente que le développement du néoplasme est plus rapide. Aussi les femmes porteurs de fibromes, même paraissant arrêtés dans leur développement, doivent-elles se soumettre pendant une grande partie de leur vie à des examens réguliers et rapprochés.

2° Les hémorragies, métrorragies ou ménorragies, à moins qu'elles soient insignifiantes.

3° Les phénomènes de compression sur les plexus nerveux, les vaisseaux, la vessie, les uretères, le rectum.

4° Le grand volume des fibromes, déterminant une gêne ou une infirmité.

5° La dégénérescence des fibromes (kystique, sarcomateuse, cancéreuse).

6° La coexistence de lésions annexielles.

(1) Péan. Les fibromes utérins, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, nov. 1895. — Otto Engstroem. *Mittheilungen aus der Gyn. Klinik des prof. Otto Engstroem*, 1897, p. 1.

Les contre-indications de l'intervention se tirent de l'état général de la malade.

Un état de faiblesse accentué, dû généralement aux hémorragies, contre-indique une opération aussi importante que l'hystérectomie abdominale totale. C'est dans ces conditions qu'il faut s'efforcer par divers moyens de remonter l'état général de la malade, de façon à lui permettre de supporter l'acte opératoire, ou qu'on doit se contenter d'une intervention moins radicale telle que la castration ou la ligature des artères utérines.

La constatation d'albumine dans les urines doit faire rejeter l'intervention, au moins immédiate.

A plus forte raison, l'hystérectomie sera-t-elle presque toujours contre-indiquée dans les affections générales graves, comme la tuberculose, le diabète, le cancer.

L'approche de la ménopause a longtemps été considérée comme une raison d'abstention en présence d'un fibrome utérin. On sait aujourd'hui que, si la ménopause semble dans quelques cas avoir une action favorable sur la marche des fibromes, il est loin d'en être toujours ainsi. Il est fréquent de voir des fibromes ne donner lieu à des phénomènes importants que vers l'âge de trente-cinq ou de quarante ans; et c'est entre quarante et quarante-cinq ans qu'on opère le plus grand nombre de ces néoplasmes. La ménopause ne doit donc plus être rangée au nombre des contre-indications de l'intervention dans les fibromes utérins.

Des opérations pratiquées contre les fibromes nous ne voulons retenir et examiner, pour ne pas compliquer une étude déjà complexe, que celles qui sont comparables et qui consistent à enlever la totalité ou une partie de l'utérus. L'ablation de cet organe peut se faire soit par des manœuvres vaginales (hystérectomie vaginale), soit par des manœuvres abdominales (hystérectomie abdominale). L'hystérectomie abdominale est totale ou partielle. Dans l'hystérectomie abdominale partielle, on laisse un moignon formé par le col utérin, qu'on fixe entre les lèvres de l'incision abdominale (hystérectomie à pédicule externe ou extra-péritonéal) ou qu'on réintègre dans l'abdomen (hystérectomie à pédicule interne ou intra-péritonéal). Dans l'hystérectomie abdominale totale on enlève complètement l'utérus, soit par des manœuvres abdominales et vaginales combinées et successives (hystérectomie abdomino-vaginale et vagino-abdominale), soit par des manœuvres exclusivement abdominales (hystérectomie abdominale vraie). Pour essayer de poser les indications de cette dernière opération nous devons la comparer aux autres méthodes d'ablation de l'utérus.

Nous devons rechercher si un ou plusieurs des procédés d'hystérectomie se présentent avec des caractères de bénignité qui leur assurent d'emblée une supériorité notable. L'examen du tableau suivant, qui comprend un certain nombre de statistiques de mortalité, nous permettra de répondre à cette question.

Hystérectomie vaginale. — Quénu, 0 p. 100; V. Ott, 1,6; Péan, 1,6; Richelot, 3,9; Potherat, 7; Segond, 10; Léopold, 14,3; Routier, 15,7; Martin, 22.

Hystérectomie abdominale avec pédicule externe. — Albert, 3,4; Dubar, 5,9; Braun, 10,5; Price, 16; Léopold, 20,5; Zweifel, 22,3; Tauffer, 23,5; Wehmer, 24; Terrier, 39,4; Segond, 45.

Hystérectomie abdominale avec pédicule interne. — O. Ott, 3,4; Lauwers, 4; Kelly, Baldy, Penrose, Boldt, Noble, 5; Treub, 8,7; Terrier, 10; Bouilly, 16; Richelot, 18; Price, 28; Wehmer, 28,2; Zweifel, 32,7.

Hystérectomie vagino-abdominale. — Thèse de Le Moniet, 15,78 p. 100; Routier, 17,4.

Hystérectomie abdomino-vaginale. — Thèse de Le Moniet, 14,81 p. 100.

Hystérectomie abdominale totale. — Hartmann, 0 p. 100; thèse d'Angelesco : 6,9; Polk, Boldt, 10; thèse de Le Moniet, 14,32; Terrier, 21 (1).

L'examen de ces nombreuses statistiques ne permet pas de conclure à la supériorité d'un des procédés d'hystérectomie. Tous ont une mortalité analogue, et on voit que pour chacun d'eux il y a des différences considérables qui tiennent à l'époque où les opérations ont été faites, au chirurgien, etc.

Pour essayer d'obtenir la solution du problème que l'examen de la mortalité ne nous a pas donnée, nous étu-

---

(1) Quénu. De l'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins. Indications et manuel opératoire; 33 observations, 33 guérisons, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris 5 avril 1898, t. XXIV, p. 346. — V. Ott. Congr. de Rome et Congr. intern. des sc. méd., Moscou, 1897 (187 cas personnels). — Péan, Richelot, Segond. *IXe Cong. franç. de chir.*, 1895, p. 900 et suiv. — Potherat, Routier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1er juin 1898, t. XXXIV, p. 604 et 610. — Leopold. *Centralbl. f. Gyn.*, 1888, p. 472 (21 cas personnels). — A. Martin. Ueber myomoperationen, *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, p. 797 (9 cas personnels).

Albert. Laparatomien wegen Uterus-myomen, *Wien. med. Presse*, 1888, nº 13, p. 429; et 1890, nº 2, p. 49 (30 cas personnels). — L. Dubar. *Statistique opératoire et recueil de faits cliniques*, Lille 1897, p. 6. — Braun von Fernwald. *Beitrage zur Lehre der Laparotomien...*, Vienne 1890, p. 8 (38 cas personnels). — J. Price. Abdominal hysterotomy, *Amer. Journ. of obstet.*, 1892, t. XXVI, p. 743 (statistique de 690 cas, détaillée in Pozzi, *Traité de gynécologie*, 3e édit., p. 369). — G. Leopold. Die operative Behandlung der Uterusmyome..., *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVIII, H. 1, p. 34 (34 cas personnels). — Zweifel. *Die Stielbehandlung bei Myomektomie*, 1888. — Tauffer. Ueber die indikationsstellung und prognose der operation behandlung von Bauchtumoren...; *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, nº 20, p. 349 (51 cas personnels). — P. Wehmer. Beitrag zur Myomotomie und Castration bei Fibromen, *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, 1887, Bd. XIV, p. 106. — F. Terrier. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 678. — P. Segond. *Ibid.*, p. 689.

D. O. Ott. De l'amputation sus-vaginale de l'utérus fibromyomateux par un procédé simplifié, Ve Congr. des méd. russes, déc. 1893; *Vratch*, 1894, nº 3. — E. Lauwers. Résultats immédiats et définitifs de l'hystérectomie abdominale à pédicule rentré, *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1897, t. I, p. 115; *Semaine gyn.*, 11 juin 1897. — Charles-P. Noble. L'hystérectomie pour fibro-myomes et pour inflammation des annexes en Amérique, *Brit. gyn. Journ.*, 1897, p. 48; traduit in *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1897, p. 42. — Treub, in Kikkert. Die Stielbehandlung bei Myomohysterektomie, *Dissert. inaug.*, Leyde 1891 (57 cas personnels). — F. Terrier. De l'hystérectomie abdominale totale et partielle, *Congr. franç. de chir.*, Paris 1897, p. 786. — Bouilly, in G. Demantké. *De l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes utérins par le procédé de la ligature élastique perdue*, Th. de Paris, 1897 (50 cas personnels). — Richelot. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 651 (16 cas personnels). — Price. Loc. cit. (statistique de 516 cas).

Le Moniet. *L'hystérectomie abdominale totale et l'hystérectomie abdomino-vaginale pour fibromes de l'utérus*, Th. de Paris, 1894. — Routier, in R. Diriart. *Traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale*, Th. de Paris, 1897, p. 109 (23 cas personnels).

H. Hartmann. L'hystérectomie abdominale totale, *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1897, p. 1. — Angelesco. *Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus*, Th. de Paris, 1897 (statistique de 561 cas). — Polk, Boldt; in Noble. Loc. cit.

dierons avec quelque détail les résultats, les avantages et les inconvénients de chacune des méthodes d'hystérectomie.

1° HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — La voie vaginale, employée si fréquemment dans le traitement des fibromes utérins, doit-elle être abandonnée pour la voie abdominale ? N'a-t-elle pas, au contraire, ses indications ?

Dans la grande classe des fibromes utérins, nous devons distinguer un groupe, celui des fibromes sous-muqueux et des polypes, qui, de l'avis de tous, relève uniquement de la voie vaginale. Il ne s'agit pas là, il est est vrai, d'une hystérectomie, mais d'une simple myomectomie.

Le second groupe, plus important, celui des fibromes interstitiels et sous-séreux, doit seul nous occuper.

Nous avons signalé la faible mortalité que donne l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibrome. Cette mortalité serait à peu près nulle si l'on n'attaquait par le vagin que les néoplasmes qui relèvent de cette voie.

Les résultats éloignés de cette opération sont excellents. L'absence de tout pédicule constitue à ce point de vue une supériorité certaine.

L'hystérectomie vaginale pour fibrome est-elle aussi difficile que l'ont soutenu les partisans de la voie abdominale ? On s'accorde généralement à dire que l'acte opératoire est très simple dans les cas de petit et de moyen fibrome. Lorsque la tumeur est plus volumineuse, lorsqu'elle remonte jusqu'au voisinage de l'ombilic, l'intervention est plus longue, plus pénible, fatigante même ; mais le chirurgien, qui l'a pratiquée un certain nombre de fois, sait qu'il doit s'armer de patience et qu'il parviendra à terminer l'opération dans de bonnes conditions.

La nécessité de laisser des pinces à demeure pendant deux ou trois jours est un inconvénient, sur lequel il ne faut pas trop s'appesantir, et qui disparaîtra peut-être, si, comme nous le font espérer les récentes recherches de Doyen (1) et de Tuffier (2), on peut se contenter, pour assurer l'hémostase des ligaments larges, d'écraser les vaisseaux à l'aide d'un angiotribe.

L'hystérectomie vaginale se présente donc sous un aspect très favorable. Mais pour qu'elle garde ce caractère, on ne doit pas l'employer d'une façon systématique. Elle a des contre-indications qu'il faut respecter et qui sont représentées par l'étroitesse de la vulve et du vagin, par le volume, le siège, la disposition, l'enclavement du fibrome.

L'étroitesse de la vulve et du vagin constitue une source de difficultés notables dans l'extirpation d'un utérus augmenté de volume par le vagin. Cette étroitesse existe chez les vierges, mais elle ne constitue pas toujours une contre-indication absolue, car le vagin et l'orifice vulvaire peuvent être assez extensibles pour permettre l'ablation d'un utérus peu volumineux. Il n'en est pas de même de l'étroitesse vulvo-vaginale des vieilles femmes. Cette sténose est due à un processus de sclérose, qui envahit le canal vaginal et les divers organes du plancher pelvien ; elle est accompagnée d'une inextensibilité qui rend les manœuvres vaginales extrêmement pénibles. La dilatation étant dans ces conditions rendue insuffisante ou impossible, on admet que la vieillesse ou plutôt l'état sénile de la vulve, qui apparaît en général vers l'âge de quarante ans, constitue une contre-indication absolue de l'hystérectomie vaginale et réclame l'emploi de la voie abdominale.

Les fibromes volumineux ne doivent pas être attaqués par la voie vaginale, en raison de la difficulté extrême et parfois de l'impossibilité de cette ablation. Mais quelle est la limite entre les tumeurs opérables par cette voie et celles qui relèvent des méthodes sus-pubiennes ? En Allemagne, en Amérique et en Angleterre — où l'hystérectomie vaginale, peu connue et mal faite en général, a peu de partisans — beaucoup de chirurgiens déclarent que tout fibrome, si petit soit-il, doit être enlevé par la voie abdominale. Cette opinion a ses adeptes en France. Delagénière n'extirpe par le vagin que les fibromes dont le pôle supérieur ne dépasse pas le pubis. Monprofit (1), Poucel (2) n'enlèvent par cette voie que ceux qu'ils supposent pouvoir extraire sans morcellement. Hartmann (loc. cit.) fait l'hystérectomie abdominale dans tous les cas.

La plupart des chirurgiens français ont protesté contre cette tendance à faire de l'hystérectomie abdominale l'unique mode d'intervention dans les fibromes et ont insisté sur les avantages et la bénignité de la voie vaginale. La limite d'une ligne passant par l'ombilic, qu'a fixée Segond (3), est généralement admise.

La forme du fibrome doit être considérée au même titre que son volume. Doyen, Quénu, Potherat (loc. cit.) ont fait remarquer que certains fibromes allongés, dont l'extrémité supérieure dépasse l'ombilic, peuvent être extraits par le vagin sans de grandes difficultés, parce qu'on parvient à les amener dans le bassin sous les tractions des pinces. D'autres, au contraire, étalés et n'atteignant pas l'ombilic, résistent à tous les efforts de traction, et nécessitent parfois l'emploi successif ou simultané des voies vaginale et abdominale. Il est donc indispensable, avant de décider la méthode d'hystérectomie qu'il faut employer, de rechercher si son abaissement dans le pelvis est possible. S'il ne l'est pas, il faut renoncer à la voie vaginale.

C'est en empêchant la descente de l'utérus et en attirant le col en haut que les fibromes développés dans le fond de cet organe sont la source de difficultés considérables au cours de l'hystérectomie vaginale.

L'enclavement de la tumeur dans le petit bassin doit souvent faire rejeter la voie vaginale, en raison de l'impossibilité où l'on se trouve, dans ce cas, de mobiliser le fibrome et de la possibilité de léser des organes adhérents.

Un fibrome très dur, calcifié, ne sera extrait par le vagin qu'avec peine quand il aura acquis un certain volume, en raison de la difficulté du morcellement.

De l'étude rapide de la valeur de l'hystérectomie vaginale que nous venons de faire, il résulte que l'accord est loin d'être fait sur ce sujet. Nous fondant sur l'avis de la plupart des chirurgiens français et sur l'expérience que nous ont donnée les nombreuses interventions faites par nos maîtres, nous conclurons que l'hystérectomie vaginale pour fibrome est une excellente opération, qu'il faut bien se

(1) DOYEN. Cong. intern. de méd., Moscou 1897. — DU MÊME. Sur l'angiotripsie, *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1898, p. 755.

(2) TUFFIER. De l'angiotripsie, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1897, t. XXIII, p. 811. — TUFFIER. L'hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligatures (angiotripsie), *Idem*, 18 mai 1898, p. 552. — TEISSIER. Même titre, Th. de Paris, 18 juillet 1898.

(1) MONPROFIT. L'hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus, *Cong. franç. de chir.*, Paris 1897, p. 882.

(2) E. POUCEL. Quatre-vingts hystérectomies vaginales, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 1207.

(3) SEGOND. Cong. intern. de gyn. et d'obst., Bruxelles 1894, p. 39.

garder de rejeter. Ses indications constituent, à notre avis, les contre-indications de la voie abdominale.

C'est par la voie vaginale que nous conseillerons d'enlever les fibromes ne dépassant pas l'ombilic, allongés et abaissables dans le pelvis, non enclavés, n'ayant pas subi la dégénérescence calcaire.

C'est encore par ce procédé qu'il faudra attaquer les fibromes mous, car cette consistance spéciale des fibromes indique souvent, comme l'a montré notre maître Bouilly, que la tumeur est sous-muqueuse ou qu'elle a tendance à le devenir. La muqueuse utérine est enflammée dans ces cas et l'intervention par la voie abdominale est certainement plus grave que par la voie vaginale. C'est pour la même raison qu'on doit préférer ce dernier procédé dans les fibromes sphacelés ou gangrenés et ceux qui sont compliqués de cancer du col.

2° Hystérectomies abdominales. — Les indications de la voie abdominale sont constituées par les contre-indications de la voie vaginale. C'est elle qui devra donc être suivie dans les cas de fibromes de la plupart des vierges et des femmes à vagin et vulve inextensibles, dans ceux de fibromes dont le fond dépassera l'ombilic, qui seront étalés au-dessus de l'excavation pelvienne, développés dans le fond de l'utérus, de fibromes enclavés dans le bassin, de fibromes calcifiés. Les fibromes mous, sphacelés ou gangrenés, ceux qui coexistent avec un cancer du col ne doivent pas être attaqués par cette voie.

Telles sont les règles qui nous semblent devoir actuellement présider au choix de la voie abdominale ou de la voie vaginale dans le traitement des fibromes utérins.

L'hystérectomie abdominale étant décidée, à quel procédé faut-il donner la préférence?

a. *Hystérectomie à pédicule externe.* — L'hystérectomie à pédicule externe ou extra-péritonéal fut longtemps la seule pratiquée. Sa mortalité, considérable autrefois, a beaucoup diminué, grâce aux perfectionnements qu'on lui a fait subir et à la pratique de l'antisepsie. Elle semble encore supérieure à celle des autres procédés d'hystérectomie. L'accord n'est cependant pas fait sur cette question, et nous connaissons des chirurgiens qui emploient cette méthode à l'exclusion de toute autre et en retirent d'excellents résultats (1).

Malgré les modifications qu'on lui a fait subir, l'hystérectomie à pédicule externe présente de nombreux inconvénients. Le principal est constitué par la lenteur de la guérison. Il faut que, sous l'influence du lien constricteur, le moignon fixé à la paroi abdominale se sphacèle et s'élimine. On a vu dans ces conditions des accidents d'hémorragie primitive ou secondaire, des suppurations interminables avec leurs conséquences parfois graves. Citons encore la possibilité d'une éventration consécutive, de douleurs et de tiraillements dus à la fixation du pédicule à la paroi, de troubles vésicaux par compression de la vessie par le pédicule, d'occlusion intestinale par la bride que constitue ce pédicule tendu comme une corde de la paroi abdominale au fond du pelvis.

L'hystérectomie à pédicule externe n'est enfin pas toujours praticable. Quand le fibrome est développé au niveau du col lui-même, il n'y a pas à songer à faire un pédicule qu'on puisse amener et fixer au niveau de la paroi abdominale.

Il en résulte que ce procédé d'hystérectomie constitue un pis-aller et qu'il est inférieur aux autres méthodes.

b. *Hystérectomie abdomino-vaginale et vagino-abdominale.* — Bien qu'ayant eu de nombreux partisans, dont le premier et le plus connu fut Péan, l'hystérectomie par les deux voies combinées a perdu de plus en plus de terrain. Elle ne présente pas d'avantages notables sur l'hystérectomie abdominale totale ou à pédicule interne et elle nécessite des manœuvres vagino-abdominales, qui sont des causes certaines d'infection. Ce danger est du reste moins marqué dans l'hystérectomie abdomino-vaginale, parce que les manœuvres abdominales précèdent les manœuvres vaginales. Les statistiques que nous trouvons dans la thèse de Le Moniet (loc. cit.) ne sont pas de nature à changer notre opinion sur ce sujet.

L'hystérectomie par voies combinées est une méthode de nécessité, qui n'est indiquée que dans de rares cas, tels que celui de l'ablation d'un fibrome, commencée par la voie vaginale, et qu'on ne peut terminer de ce côté en raison de difficultés opératoires qu'on n'avait pas prévues. Certains chirurgiens conseillent, dans les cas de fibromes volumineux compliqués de cancer du col, d'enlever la masse principale par l'abdomen et d'extraire le col par le vagin.

c. *Hystérectomie abdominale totale et supra-vaginale.* — Deux méthodes restent au chirurgien qui se propose d'enlever un fibrome par l'abdomen : l'hystérectomie totale et l'hystérectomie supra-vaginale ou à pédicule rentré. Auquel de ces deux procédés faut-il donner la préférence? Ont-ils des indications spéciales?

La gravité de chacune de ces opérations est, en somme, identique. Si l'on se reporte aux statistiques, on voit que leur examen comparatif ne permet pas de tirer aucune conclusion en faveur de l'une ou de l'autre.

L'hémorragie et l'infection sont les principaux accidents qu'on voit survenir après ces deux interventions. Moins importantes ou moins fréquentes sont les difficultés opératoires, les lésions de l'uretère ou d'autres organes.

On a dit que l'*hémorragie* était moins fréquente après l'hystérectomie totale qu'après l'hystérectomie supra-vaginale. Dans la plupart des procédés d'ablation abdominale totale de l'utérus on lie directement les vaisseaux, on n'enserre dans le lien constricteur que le vaisseau lui-même et non de gros pédicules, comme celui que l'on forme avec le col utérin dans l'hystérectomie à pédicule interne. L'hémostase est évidemment plus sûre dans le premier cas que dans le second.

Il est toutefois exagéré de considérer l'hémorragie comme étant un accident fréquent de l'hystérectomie supra-vaginale. Notre maître, Bouilly, qui employait autrefois le procédé de la ligature élastique, n'a noté aucun cas d'hémorragie sur les 50 opérations qu'il a faites par cette méthode (loc. cit.).

L'objection tombe, du reste, devant ce fait qu'on tend de plus en plus à assurer l'hémostase de la même façon dans

(1) Duret (L'hystérectomie abdominale totale doit-elle être constamment l'opération de choix dans la cure des fibromes utérins? *Semaine gyn.*, 1897, nos 16, 17, 18) estime que l'hystérectomie à pédicule externe constitue le seul procédé à employer dans les cas de gros fibromes de 10 à 20 kilos, et qu'il faut y recourir, à l'exclusion de l'hystérectomie abdominale totale, quand l'hystérectomie à pédicule interne est inapplicable.

les deux procédés d'hystérectomie que nous étudions. Au lieu d'enserrer le moignon utérin à l'aide d'une ou de plusieurs ligatures, dans l'hystérectomie supra-vaginale, on lie préalablement les artères utérines. Il en résulte une ischémie si complète au niveau du col utérin, comme l'a montré Baer (1), que toute ligature devient inutile à son niveau.

L'*infection* est la grande cause de la mort à la suite de l'hystérectomie abdominale totale ou partielle. Elle est parfois due à des fautes d'asepsie opératoire; mais ce sont là des éventualités qui deviennent rares, qu'on doit éviter et qui ne présentent rien de spécial dans le cas qui nous occupe.

Si l'infection est fréquente à la suite de l'hystérectomie abdominale, c'est qu'on est obligé d'ouvrir la cavité utérine ou la cavité vaginale dans le péritoine.

Dans l'hystérectomie totale, ce n'est pas le fait de l'ouverture du vagin qui a surtout de l'importance, mais ce sont les manœuvres vagino-abdominales qui sont la véritable cause de l'infection. C'est sur le doigt, introduit dans le vagin à travers une boutonnière péritonéo-vaginale, qu'on sectionne les insertions du vagin sur l'utérus. Ce doigt, infecté au contact du vagin, deviendra un agent puissant de souillure pour le péritoine. Sans doute, on a préalablement nettoyé le vagin, mais est-on jamais sûr d'avoir obtenu une asepsie parfaite de ce canal? On ne peut, à ce point de vue, être trop réservé, comme le font remarquer Noble (loc. cit.) et Quénu (2). « Il est tellement difficile, impossible même, dit Quénu, d'être sûr de l'asepsie vaginale, qu'il faut avant tout se garder de mettre le doigt dans le vagin. Quelle que soit la préparation, quelques brossages et lavages qu'on ait pratiqués, le fond du vagin n'est pas aseptisé d'une façon certaine. »

Dans l'hystérectomie à pédicule rentré, le danger est dans l'infection du péritoine par les micro-organismes de la cavité utérine. Il n'y a pas à songer à désinfecter préalablement et d'une façon complète la cavité d'un utérus fibromateux, mais on peut l'aseptiser dès la section de l'organe en l'attouchant avec le thermo-cautère. Pour isoler complètement le moignon de la cavité péritonéale, la plupart des chirurgiens le recouvrent d'un lambeau de séreuse préalablement disséqué.

Si l'on en croit Noble (loc. cit.), Baer (loc. cit.), Demantké (loc. cit.), qui s'appuie sur les recherches de Walthard (3) et de Du Bouchet (4), l'infection du canal cervical ne serait pas prouvée, et ce serait bien à tort que Schrœder et ses élèves auraient insisté sur le danger d'infection d'origine cervicale.

Dans ces conditions, la conservation d'un moignon utérin, dont on a tant médit, qu'on a même accusé de favoriser le développement du cancer au niveau du col, n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée et ne semble pas constituer, pour l'hystérectomie à pédicule interne, une infériorité réelle, sauf dans le cas où ce col est le siège d'une lésion (cancer).

Ce moignon n'est pas voué à la mortification, quoi qu'on en ait dit; il ne se sphacèle que rarement. Le lien qui l'entoure est généralement bien supporté et s'enkyste sans déterminer aucun trouble. Il est rare qu'il s'infecte et doive s'éliminer (6 fois sur 50, dans la statistique de Bouilly, le fil de caoutchouc s'élimina par le vagin). Cet inconvénient disparaîtra complètement quand, en liant préventivement les utérines, on aura rendu inutile l'emploi de toute ligature au niveau du col.

En résumé, qu'il s'agisse d'hystérectomie totale ou d'hystérectomie supra-vaginale, l'infection constitue la véritable source de dangers. Est-elle plus fréquente dans un cas que dans l'autre? Nous ne le pensons pas. Mais, puisqu'elle existe, il faut s'efforcer de la faire disparaître. A ce point de vue, les récentes modifications introduites dans chacun des deux procédés ont, à notre avis, une importance considérable.

Voulant éviter l'infection du péritoine par les manœuvres vaginales, dans l'hystérectomie abdominale totale, Ricard (1) n'introduit pas le doigt dans le vagin et sectionne les insertions du vagin sur l'utérus, en se guidant sur les mors d'une pince introduite par un aide dans le vagin. Goullioud (2), après avoir dénudé le vagin et décollé la vessie, sectionne le vagin au thermo-cautère entre deux pinces en L placées l'une au-dessus de l'autre (3). Ce dernier procédé, modification heureuse de celui de Carle [de Turin (4)], semble donner une sécurité presque absolue en diminuant, d'une façon certaine, les chances d'infection d'origine vaginale.

Les modifications qui ont été faites dans la technique de l'hystérectomie à pédicule interne ont aussi leur importance. La ligature préventive des utérines permet, comme nous l'avons vu, de supprimer toute ligature au niveau du col et de diminuer notablement les dimensions du moignon utérin.

Nous n'insisterons pas sur les autres accidents ou inconvénients de l'hystérectomie abdominale, totale ou supravaginale, parce qu'ils ont beaucoup moins d'importance. La lésion de l'uretère, exceptionnelle dans chacune d'elles, sera facilement évitée si l'on a soin de lier directement les vaisseaux et non de larges pédicules.

Quant à la durée et à la facilité respectives des deux interventions, elles dépendent plus de l'opérateur que de l'opération elle-même. Angelesco (loc. cit., p. 78) vante à ce point de vue la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale; Noble (loc. cit.), Terrier (loc. cit.), Brennecke (5) sont d'un avis opposé.

Comme conclusion, il nous semble que l'hystérectomie abdominale totale et l'hystérectomie supra-vaginale ont une valeur égale, et qu'elles peuvent être employées indifféremment, suivant les préférences personnelles du chirurgien. Aussi voyons-nous Doyen, Nélaton, Reclus, Hartmann se déclarer partisans de la totale, tandis que Noble, Bouilly, Lauwers, Terrier préfèrent la partielle.

Il y a cependant des cas où c'est l'hystérectomie totale

(1) B. F. Baer. De l'hystérectomie supra-vaginale sans ligature du col dans l'ablation des fibromes utérins; nouvelle méthode, *Trans. Amer. Gyn. Soc.*, 1892, t. XVIII, p. 235; et *Id.*, 1893, p. 62.

(2) Quénu. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, t. XXIII, 28 juillet 1897, p. 563.

(3) Walthard. *Corresp. f. Schw. Ærtze*, 1895, p. 306.

(4) Du Bouchet. *Recherches bactériologiques sur quelques cas d'infection utérine*, Th. de Paris, 1897, p. 54.

(1) Ricard. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 5 juin 1895, p. 427, et *Cong. de chir.*, Paris 1896, p. 882.

(2) Goullioud. Procédé d'hystérectomie abdominale, *Cong. franç. de chir.*, Paris 1896, p. 871.

(3) Notre ami et collègue Cottet, interne des hôpitaux de Paris, a modifié très heureusement ces pinces en leur donnant la forme d'un U très ouvert.

(4) Carle. Cong. internat. de Rome, 1894.

(5) Brennecke. Ein Wort über die Schrœder'sche Method der myomotomie, *Zeits. f. Geb. und. Gyn.*, 1891, p. 67.

qui se trouve nettement indiquée : c'est quand, pour une raison quelconque, telle que l'existence d'une suppuration pelvienne diffuse, on désire pratiquer un large drainage vaginal. C'est encore quand le col utérin est atteint d'une lésion importante [cancer, fibrome (1)]. (*A suivre.*)

## THÉRAPEUTIQUE

### Contre les vomissements d'origine utérine. (Lutaud.)

| | |
|---|---|
| Menthol | 30 centigrammes. |
| Élixir de pepsine | 30 grammes. |
| Teinture d'opium | 10 — |

Mêlez. — A prendre : x à xx gouttes avant les repas. (*Journ. de med. de Paris.*)

### Tympanisme abdominal chez les enfants.

Un enfant de vingt et un mois est entré dans le service de M. Comby avec le diagnostic de carreau.

Cet enfant présente des antécédents héréditaires manifestement tuberculeux.

Né à terme, il est élevé au sein jusqu'à six mois et, à dater de ce moment, est nourri comme ses parents. La marche est très retardée (dix-neuf mois). A cette époque, la mère remarque que le ventre grossit ; l'appétit, jusque-là conservé, disparaît, une constipation opiniâtre s'établit, l'enfant devient triste et refuse de marcher. Tous ces signes se sont aggravés depuis quelques jours.

A l'examen, bon état général, pas d'amaigrissement, pas de rachitisme. Le ventre est gros, dur, tendu, pas de circulation collatérale.

La palpation est indolore. La percussion dénote du tympanisme dans la région péri-ombilicale aussi bien que dans les flancs.

Enfin, il y a changement de volume du ventre d'un jour à l'autre. En effet, le lendemain de l'entrée à l'hôpital, le ventre avait déjà bien diminué.

Cette affection, due à un vice de l'alimentation, peut donner lieu à différentes erreurs de diagnostic qu'il importe d'éviter avec soin.

Il s'agit ici de tympanite. Cette maladie ne présente aucun caractère de gravité et guérit très bien en quelques jours, grâce à une hygiène alimentaire et à un traitement appropriés.

Traitement : régime lacté intégral et un lavement composé de :

| | |
|---|---|
| Miel de mercuriale | 15 grammes. |
| Eau tiède | 250 — |

Pour favoriser l'absorption des gaz intestinaux, l'enfant prendra trois fois par jour un des paquets suivants :

| | |
|---|---|
| Calomel à la vapeur | 1 centigramme. |
| Poudre de semences d'anis | 5 centigrammes. |
| Poudre de noix vomique | 5 milligrammes. |
| Lactose | 5 centigrammes. |

Pour un paquet.

Enfin une friction journalière sur le ventre avec le liniment suivant :

| | |
|---|---|
| Huile d'amandes douces | 20 grammes. |
| Teinture de noix vomique | 2 — |

Après chaque friction, une bande de flanelle sera appliquée autour du ventre de l'enfant.

Au bout de quelques jours, ces onctions ont été remplacées par des compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à 50 grammes par 1000 (1 litre). (W. Morain. *Gaz. hebd.*)

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 novembre 1898. — Présidence de M. Berger.

### COMMUNICATIONS

**Emploi de la thyroïdine dans les pseudarthroses.** — M. Quénu fait une communication sur ce sujet, et il présente une malade qui avait une fracture de cuisse compliquée de plaie ; la consolidation n'avait pu être obtenue et il restait une pseudarthrose avec fistulisation. On donna à cette malade des capsules d'extrait thyroïdien et en cinq jours il se fit une poussée osseuse extraordinaire qui amena une consolidation définitive.

M. Reclus a donné ses soins à une malade qui depuis trois mois avait une pseudarthrose du fémur. Cette malade fut soumise à la médication thyroïdienne et, après quelques jours, elle put marcher avec un cal osseux parfaitement solide. M. Reclus a essayé cette médication, sans succès, dans des retards de consolidation.

### DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU TÉTANOS

M. Routier communique l'observation d'un homme de quarante-deux ans qui, dix-neuf jours après une plaie de la main, fut pris des premiers symptômes de tétanos. Le vingt-et-unième jour, il subit une injection intra-cérébrale et une injection sous-cutanée de sérum antitétanique. Il y eut une certaine détente des phénomènes, la température baissa mais cependant le malade succombait vingt-quatre heures après l'injection.

### DISCUSSION SUR L'OCCLUSION INTESTINALE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

M. Potherat distingue tout d'abord la forme aiguë de la forme chronique de la tuberculose péritonéale. Il communique plusieurs observations : dans un premier cas, il s'agissait d'une malade très amaigrie, décharnée, sans appétit, avec un ventre présentant un développement énorme, une température de 39 degrés le soir et qui fut prise de phénomènes d'occlusion. Voulant rechercher la cause de l'occlusion, M. Potherat fit la laparotomie et trouva le péritoine pariétal parsemé de granulations tuberculeuses. Il enleva les annexes autant pour éviter la propagation tuberculeuse que pour supprimer les règles. Cette malade a bien guéri et sa guérison se maintient.

Dans un second fait, il s'agissait d'un garçon de dix ans, se trouvant dans un état d'émaciation extrême, avec le ventre ballonné, et ressentant de très vives douleurs abdominales, avec une température de 40 degrés. M. Potherat fit la laparotomie, trouva le péritoine farci de granulations confluentes tuberculeuses, de l'ascite. Ce malade est mort trois mois après de généralisation tuberculeuse.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'une domestique de vingt-quatre ans, dont le ventre s'était développé au point de faire croire à une grossesse. Cette malade fut prise de phénomènes d'occlusion intestinale. La laparotomie permit de constater l'existence d'une péritonite tuberculeuse. Cette malade est restée guérie.

M. Potherat fait suivre ces observations de réflexions générales sur la péritonite tuberculeuse et les phénomènes d'occlusion intestinale qui, parfois, forcent la main du chirurgien. Souvent l'intervention a une heureuse in-

(1) La coexistence de fibrome et de cancer du col serait, d'après plusieurs auteurs, une indication de l'hystérectomie abdomino-vaginale.

fluence, non seulement sur les phénomènes d'occlusion, mais aussi sur la péritonite tuberculeuse elle-même.

M. BROCA. Dans le débat actuel, les premiers cas envisagés sont ceux où, sans symptômes préalables de péritonite tuberculeuse, le chirurgien voit éclater des accidents d'occlusion intestinale dont la laparotomie lui révèle la cause.

Parmi ces cas, il faut distinguer d'abord ceux où, très nettement, il n'y a eu aucun symptôme abdominal préalable. Il en était ainsi chez un enfant dont il a déjà entretenu la Société : opérant au cinquième jour une occlusion aiguë, il a trouvé l'intestin étranglé par une bride épiploïque adhérente par sa pointe ; le péritoine était parsemé de nombreuses granulations tuberculeuses (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1897, p. 684, Obs. IV). Peut-être la tuberculose était-elle aussi en cause chez une jeune femme (*Ibid.*, Obs VII) dont l'intestin était coudé par des adhérences multiples et couvert de granulations au moins suspectes. Il ajoute qu'hier cette femme continuait à se porter à merveille.

Il se souvient d'avoir commis une fois sans réserves l'erreur entre une péritonite tuberculeuse et une appendicite. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, chez laquelle avaient débuté des accidents péritonéaux brusques, avec masse empâtée et douloureuse un peu à droite de l'ombilic. Il y avait bien un passé de coliques, de troubles intestinaux mal caractérisés ; il y avait bien des antécédents héréditaires de tuberculose. Mais en présence de l'état local, il conclut à l'appendicite et, quelques jours après, la fièvre persistant, il fit la laparotomie : il tomba sur un foyer d'adhérences plus que suspectes et il s'en tint là. L'enfant ne fut pas améliorée et, après quelques semaines, elle succomba, après avoir eu tardivement une fistule stercorale. Un cobaye inoculé devint tuberculeux.

Chez un autre enfant, que lui a fait opérer à Trousseau M. Netter, ils discutèrent longuement entre les deux diagnostics et restèrent dans le doute. L'incision démontra une péritonite bacillaire avec adhérences et l'enfant mourut en trois mois environ.

L'erreur, sans doute, peut être évitée assez souvent quand on a bien l'habitude de l'appendicite. Ainsi, le 24 mars 1893, M. Broca fut appelé d'urgence à l'hôpital Trousseau pour un enfant de huit ans chez lequel existaient, depuis quinze jours, des accidents péritonéaux à début brusque, avec météorisme, alternatives de diarrhée et de constipation. L'interne de garde avait cru à de l'appendicite. Mais il ne trouva rien de gros dans la fosse iliaque, le météorisme rendant d'ailleurs l'exploration peu nette ; la douleur à la pression était diffuse et, en raison d'accidents abdominaux assez accusés (deux ans de date) avec augmentation de volume du ventre, il conclut à une péritonite tuberculeuse. Un doute étant permis, il incisa sur la fosse iliaque : l'appendice était sain et il trouva, vers l'ombilic et à gauche, des nodosités et des adhérences. Réunion sans lavage ni drainage. Le ballonnement a vite cessé, la fièvre est tombée et, au bout d'un mois, l'enfant sortait opératoirement guéri. Il a continué à s'améliorer, les nodosités, faciles à percevoir après cessation du météorisme, se sont résorbées : depuis 1895, le ventre est souple ; il a revu l'enfant guéri il y a cinq à six mois.

Dans le doute, même dans ce dernier cas où son diagnostic était presque ferme, M. Broca a opéré, pour être bien sûr de ne pas méconnaître une appendicite, car l'erreur inverse de celle qu'il vient d'étudier existe, et il n'a pas besoin de dire combien elle est préjudiciable. Il y a douze ans, il a vu mourir, sous l'étiquette péritonite tuberculeuse, un garçonnet dont maintenant, quand il se remémore son histoire, il attribue la mort à une appendicite. Là encore, il n'est en rien responsable de l'erreur de diagnostic. Mais en 1889, il l'a commise pour son propre compte et, trop tardivement, il a incisé. Il faut donc retenir qu'il y a des appendicites à très gros foyer qui marchent très lentement et qui simulent la péritonite tuberculeuse. Et quelquefois on reste dans le doute jusqu'au bout. Il y a quelques mois il a ouvert, dans la fosse iliaque gauche, un énorme abcès à pus appendiculaire chez un enfant qu'on avait, pendant quatre mois, soigné pour une péritonite tuberculeuse, d'ailleurs bizarre. En trois mois, l'enfant est mort cachectique et, l'autopsie n'ayant pas été pratiquée, il se déclare incapable de trancher le diagnostic.

M. TUFFIER appelle l'attention sur des cas de péri-appendicite tuberculeuse. Il a observé deux cas de ce genre. Il ne s'agissait ni de tuberculose du cæcum, ni d'appendicite proprement dite, ce sont de véritables péri-appendicites tuberculeuses, c'est-à-dire des poussées tuberculeuses localisées autour de l'appendice et présentant tous les symptômes de l'appendicite aiguë. Dans un de ces cas, M. Tuffier est intervenu à froid, six semaines après une de ces poussées. Il a trouvé des noyaux tuberculeux autour de l'appendice, a reséqué cet appendice qui ne présentait d'ailleurs aucune altération. Dans un second cas, il suivit la même conduite, trouva les mêmes lésions tuberculeuses péri-appendiculaires et aucune trace de lésions tuberculeuses dans l'appendice. Il faut donc admettre l'existence de péri-appendicites tuberculeuses sans lésion de l'appendice.

M. WALTHER demande à M. Tuffier si, dans ces cas, l'examen histologique a été fait.

M. QUÉNU demande quel était l'état des organes génitaux, des trompes et des ovaires ?

M. TUFFIER répond à M. Walther que l'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien de lésions tuberculeuses et à M. Quénu qu'il n'a pas vu les annexes.

### RAPPORT

**Abcès du cervelet.** — M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation d'abcès du cervelet consécutif à une otite moyenne suppurée qui a été communiquée par M. Gandier (de Lille). Il s'agissait d'une petite fille de quatre ans qui, au moment où elle fut amenée à M. Gandier, présentait de la titubation dans la marche, du strabisme interne du côté gruche, une légère paralysie faciale du même côté. Du côté de l'oreille, il y avait de la suppuration et un bourgeon charnu. L'apophyse mastoïde était indolore. Cette affection était consécutive à la grippe. Les accidents récents dataient d'une semaine. Il n'y avait aucun trouble de la parole, pas de dysphagie, pas de fièvre, mais le pouls était rapide. Après avoir porté le diganostic d'abcès cérébelleux, M. Gandier intervient en faisant la désinsertion du pavillon de l'oreille ; il trouva de nombreuses fongosités dans la caisse du tympan, le sinus latéral fut mis à nu dans une étendue de 1 centimètre. Il trouva du pus, agrandit l'incision, incisa la dure-mère, trouva une collection purulente qu'il évacua. L'opération avait duré trois quarts d'heure. L'enfant a parfaitement guéri.

M. Picqué fait suivre cette observation d'un historique complet de la question, insiste plus particulièrement sur le siège exact de ces abcès et leur fréquence plus grande qu'on le croit généralement.

### PRÉSENTATIONS

**Lithiase biliaire.** — M. SCHWARTZ présente une malade qui avait des coliques hépatiques depuis dix-huit ans et chez laquelle il a fait une cholécystotomie idéale ; il a ouvert la vésicule, extrait un gros calcul et refermé la vésicule puis le ventre.

**Ablation du cuir chevelu.** — M. MICHAUX présente une malade qui a eu son cuir chevelu complètement enlevé par un arbre de transmission. M. Malherbe, appelé auprès de cette femme quelques instants après l'accident, a envoyé chercher le cuir chevelu où il était resté et l'a réimplanté.

Cette femme a aujourd'hui le crâne recouvert par une véritable carapace protectrice.

M. RECLUS communique une observation analogue. Il s'agissait d'un malade dont le scrotum avait été complètement enlevé. Il a été fait une simple suture et un véritable scrotum s'est reconstitué.

M. QUÉNU rapporte l'observation d'un enfant qui a eu son cuir chevelu enlevé par un chien. Il a recouvert le crâne de cet enfant avec le cuir chevelu d'un enfant mort-né. Il s'est formé une sorte de carapace très suffisamment protectrice.

**Extirpation totale d'anévrismes.** — M. RICARD présente deux sacs anévrismaux opérés par l'extirpation totale. L'un d'eux était un anévrisme poplité, développé chez un vieillard de soixante-dix ans. Malgré l'extirpation totale de ce sac et des vaisseaux qui s'y rendaient, ces malades n'ont présenté aucune altération consécutive du membre opéré.

**Kystes hydatiques.** — M. RICARD présente des pièces provenant d'une malade qui avait été opérée par Péan de kystes hydatiques de l'utérus par l'hystérectomie vaginale. Cette malade a eu ensuite des kystes hydatiques qui s'étaient greffés dans la cavité abdominale, dans le foie. M. Ricard a fait la laparotomie et a extirpé une vingtaine de kystes implantés dans l'épiploon et dans le mésentère. Il a dû marsupialiser un énorme kyste de la face convexe du foie.

La séance est levée.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Atlas de microbiologie** (1), par E. MACÉ, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, directeur de l'Institut sérothérapique de l'Est.

Le « Traité de bactériologie » du professeur Macé, dont la première édition avait été présentée avec éloges par Pasteur à l'Académie des sciences, est devenu, grâce à un succès de trois éditions, l'ouvrage classique sur la matière. Une si haute consécration dispense de tout éloge. Mais dans le temps écoulé depuis l'époque de la première édition, les progrès faits dans cette science ont été considérables. Aussi, sans modifier la disposition générale de l'ouvrage approuvé par l'illustre maître, a-t-il fallu faire de nombreuses additions nécessitées par les découvertes nouvelles. De là, l'extension de la nouvelle édition qui vient de paraître et qui se présente avec le double de pages et de figures. C'est, à proprement parler, un ouvrage nouveau au courant des plus récentes découvertes. Comme complément de ce traité, M. Macé publie un «Atlas de microbiologie», qui est la reproduction de plus de 500 superbes aquarelles.

L'importance d'une représentation exacte des caractères de cultures sur les milieux habituellement employés, des formes que présentent les principaux microbes aux grossissements nécessaires pour bien les étudier est très grande. C'est la majeure partie des caractères qui priment pour les déterminations spécifiques, souvent bien délicates.

Tous ceux qui étudient les microbes reconnaîtront la grande utilité de ce bel atlas où la préoccupation dominante a été de reproduire, aussi exactement que possible et sous la forme la plus profitable pour l'enseignement, les caractères naturels des organismes étudiés.

Cet atlas de 60 planches comprend près de 500 figures, toutes dessinées d'après nature sous les yeux de l'auteur, et reproduites en nombreuses couleurs par les procédés typographiques les plus perfectionnés.

Voici le sommaire des espèces microbiennes représentées : Bacille de la tuberculose. — B. du charbon. — B. de la diphtérie. — Staphylocoque pyogène doré. — Streptocoque pyogène. — B. typhique. — Coli-bacille. — Pneumocoque. — B. de la morve. — B. pyocyanique. — Spirille du choléra. — Sp. de Finckler. — Sp. de Metschnikoff. — Cladothrix. — Pneumo-bacille. — Vibrion septique. — B. du tétanos. — B. de la lèpre. — Gonocoque. — Diplocoque de la méningite. — Tétragène. — B. Lactis aerogenes. — B. du choléra des poules. — B. du rouget de porc. — B. de la pneumo-entérite du porc. — B. de la septicémie de la souris. — B. du lait bleu. — B. violet. — B. polychrome. — Ascobacterium luteum. — Actinomyces. — Pied de madura. — Farcin du bœuf. — B. de la septicémie gangreneuse de la grenouille. — Phagocytose et inclusions cellulaires. — Peste. — Influenza. — Chancre mou. — Mammites. — Micrococcus prodigiosus. — B. polychrome. — B. chlororaphis. — Ascobacterium luteum. — Proteus vulgaris. — Bacillus Zopfii. — B. mycoïdes. — B. megaterium. — B. subtilis. — B. mesentericus ruber. — B. fluorescent non liquéfiant. — B. rosaceus metalloides. — B. bleu de l'eau. — Leptothrix. — Sarcine. — Pourriture d'hôpital. — Fièvre jaune. — Pelade. — Pseudo-tuberculose. — Bactéries de l'eau. — Ferments acétiques. — Muguet. — Levures. — Hématozoaires.

Cet Atlas de microbiologie est appelé à rendre les plus grands services à ceux qui commencent l'étude de la microbiologie, et aux médecins qui, éloignés de tout centre spécial, pourront facilement trancher des diagnostics bactériologiques quelquefois hésitants.

---

**Traité de diagnostic médical et de séméiologie** (1), par le docteur MAYET, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Grâce à des méthodes nouvelles d'investigations, la séméiologie s'est complètement transformée depuis vingt ans : le médecin peut faire appel pour le diagnostic à des renseignements variés fournis par la physique, la chimie, la micrographie et la microbiologie. Il était donc utile qu'un savant autorisé passât la revue des moyens nouveaux dont nous disposons pour l'étude des manifestations morbides et l'établissement du diagnostic. Telle est la tâche que s'est imposée le professeur Mayet. Cet ouvrage, très intéressant, est destiné à combler une lacune de la littérature médicale.

Il est impossible de donner une idée exacte, dans une courte analyse, d'une œuvre de cette importance. Ce qui donne à l'ouvrage de M. le professeur Mayet un très grand intérêt, et ce qui contribuera à lui valoir, de la part du public médical, un accueil très favorable, c'est le luxe de développement avec lequel sont exposées certaines notions diagnostiques, très écourtées même dans les meilleurs traités.

On ne pourrait se faire une idée du travail considérable qu'a dû nécessiter la composition de cet ouvrage et du soin avec lequel ses différentes parties ont été distribuées. Chaque chapitre est méthodiquement divisé et subdivisé ; des tableaux synoptiques nombreux résument les principales causes des plus importants symptômes ; les descriptions cliniques sont concises et frappantes ; mais là n'est pas l'unique qualité du livre : M. Mayet, qui a beaucoup vu dans sa carrière médicale déjà longue, aurait pu se contenter de consigner dans ce traité les résultats de son expérience clinique ; il a voulu faire encore mieux, et a pensé que la science du diagnostic devait bénéficier de la nouvelle orientation de la médecine et devait être la résultante de toutes les données histologiques, cliniques, bactériologiques, ana-

(1) Gr. in-8°. Prix : 32 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Gr. in-8°. Prix : 24 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

tomiques, etc. En les mettant à contribution, il n'a pas fait une compilation stérile, mais une œuvre utile à tous ceux qui voudront faire de la médecine vraiment scientifique.

C'est un ouvrage très classique et très moderne à la fois, où l'on trouve une foule de renseignements précieux, nécessaires pour faire un bon examen clinique à l'heure actuelle.

**L'Hygiène des tuberculeux** (1), par A. Chuquet, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Cannes, avec une introduction par G. Daremberg, correspondant de l'Académie de médecine.

Ce volume sera, pour les praticiens comme pour les malades, l'un des plus utiles de la Bibliothèque d'hygiène thérapeutique ; en l'écrivant, le docteur Chuquet (de Cannes), médecin très instruit et très expérimenté, s'est inspiré des principes d'hygiène thérapeutique que le docteur Daremberg a eu l'occasion de développer si souvent depuis dix ans, et qui sont aujourd'hui adoptés par l'immense majorité des médecins. De plus en plus, on relègue les médicaments au second plan dans le traitement de la phtisie pulmonaire, tandis que les règles de l'hygiène sont chaque jour mieux spécifiées. Le livre de M. Chuquet montre quels progrès ont été effectués dans ce sens pendant ces dernières années. Nul mieux que lui n'était autorisé à les exposer. Dans une introduction de plus de quarante-six pages, le docteur Daremberg montre combien il est urgent de combattre les causes de l'extension de la tuberculose par la voie de la contagion, et essaie de méthodiser avec précision les règles de la vie des tuberculeux.

Il y a tant de tuberculeux qu'il n'est pas difficile de prédire au livre de MM. Chuquet et Daremberg un succès rapide. Au reste, il est bien fait pour les intéresser, car il dit tout ce que l'on sait sur l'origine de la tuberculose, sur ses manifestations diverses et sur les traitements les plus appropriés dans tel ou tel cas. Et tout est écrit simplement et sans termes techniques. C'est bien le traité des tuberculeux pour tous.

**Les paralysies générales progressives** (2), par le docteur M. Klippel, médecin des hôpitaux de Paris. N° 11 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Docteur Critzman, directeur).

La onzième monographie de « l'Œuvre médico-chirurgicale » est consacrée à l'étude complète des paralysies générales. Nous disons *les* paralysies au pluriel parce que les travaux de Klippel ont contribué à mettre en évidence le fait que, sous le nom de paralysie générale, on a décrit un grand nombre d'affections qui rentrent, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, dans le cadre de cette terrible maladie.

Le docteur Klippel, l'inventeur, pour ainsi dire, de cette nouvelle donnée, si importante au point de vue pronostic, est le plus autorisé à traiter cette question. Il débute par une classification raisonnée, et prend pour point de départ cette loi que les symptômes des maladies de l'encéphale sont moins déterminés par la nature des lésions que par leur localisation.

Les lésions encéphaliques des paralysies générales sont minutieusement étudiées, et l'influence de certains poisons, comme l'alcool, les toxines de la tuberculose, de la syphilis, est mise hors de doute.

M. Klippel fait ensuite une étude sévère des symptômes, de leur modalité dans les différentes formes encéphaliques ou spinales, et procède à une analyse détaillée afin de faciliter le diagnostic précoce de cette affection et le diagnostic différentiel de chaque forme. Ce chapitre, qui, pour le praticien, a une importance extrême, est particulièrement creusé par l'auteur.

Le traitement a été envisagé pour chaque forme et les mesures prophylactiques y sont clairement exposées.

En s'adressant à M. Klippel, l'auteur d'un nombre considérable de mémoires sur cette question, absolument renouvelée par lui, pour condenser une monographie de quarante pages tous les travaux et toutes les découvertes, les siennes comme celles des autres, se rapportant aux paralysies générales, le directeur de « l'Œuvre médico-chirurgicale » a fait preuve d'un grand discernement. Car, grâce au travail de Klippel, le chapitre classique des paralysies générales se trouve réalisé, et la lacune des traités de médecine comblée.

(1) In-16. Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Pathologie* (séance du 30 novembre) : MM. Aubourg et Langevin, 13. — Lortat-Jacob et Nollet, 12. — Debret, 11. — Roglet, 10. — Poulard, 9, — Legros et Pedebidou, 8. — Français, 5.

*Anatomie* (séance du 1er décembre) : MM. Simon, 10. — Chapotin, 6. — Bergouignan et Goujon, 5. — Inglessi et Marmassé, 3.

— M. Foucaud, médecin principal du port de Brest, est nommé médecin de division à l'état-major général de M. le contre-amiral Caillard.

— M. le médecin de deuxième classe Dumas, provenant de Guérigny, passera, sur sa demande, du cadre de Toulon à celui de Rochefort.

— Liste de départ pour les colonies de MM. les médecins principaux, médecins de première et de deuxième classe du service des troupes de la marine :

1° Médecins principaux : MM. 1 Rémond, 2 Négadelle, 3 Alix (P.-M.), 4 Prat, 5 Curet, 6 Alix (L.), 7 Hervé, 8 Rit.

2° Médecins de première classe ; MM. 1 Bertrand, 2 Roby, 3 Percheron.

3° Médecins de deuxième classe : MM. 1 Chauvin, 2 Michel, 3 Aynès, 4 Prigent, 5 Préboist, 6 Porre, 7 Mailliu, 8 Chabannes, 9 Cassien, 10 Chalibert.

— Le Xe Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes français s'ouvrira à Marseille, le mardi 4 avril 1899, sous la présidence de M. le docteur Doutrebente, médecin en chef, directeur de l'asile de Blois.

Le programme comprendra : 1° Questions mises à l'ordre du jour : Pathologie mentale : « Délires systématisés secondaires » (Rapporteur, M. le docteur Anglade, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville); Pathologie nerveuse : « Psychoses polynévritiques » (Rapporteur, M. le docteur Dutil, villa Verdier, Nice); Médecine légale : « Aliénés méconnus et condamnés » (Rapporteur, M. le docteur Taty, à la Tour de Salvagny, Rhône); — 2° Lectures, présentations, travaux divers ; — 3° Visite de l'asile d'aliénés de Marseille ; — 4° Assemblée générale de l'Union des aliénistes français ; — 5° Excursions ; — 6° Impression et distribution des travaux du Congrès.

Prix de la cotisation : 20 francs. Adresser, dès maintenant, les adhésions, les cotisations et toutes communications, au secrétaire général du Congrès, M. le docteur Boubila, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille.

— M. Chauffard, médecin à l'hôpital Cochin, reprendra ses leçons de clinique médicale, le samedi 10 décembre 1898, à dix heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

# VALS

| Thermalité 13° | Saint-Jean | Rigolette | Précieuse | Désirée | Magdeleine |
|---|---|---|---|---|---|
| *Acide carbonique libre* | 1.425 | 2 095 | 2.218 | 2.145 | 2.050 |
| *Bicarbonate de soude* | 1.480 | 5.800 | 5.940 | 6.040 | 6 280 |
| — *de potasse* | 0.040 | 0.263 | 0.230 | 0.263 | 0.255 |
| — *de chaux* | 0.310 | 0.259 | 0.630 | 0.571 | 8.520 |
| — *de magnésie* | 0.120 | | 0.750 | 0.900 | 0.672 |
| — *fer et mang.* | 0.006 | 0.024 | 0.040 | 0.010 | 0.029 |
| *Chlorure de sodium* | 0 060 | 1.200 | 1.080 | 0.100 | 0.169 |
| *Sulfate de soude et chaux* | 0.054 | 0.220 | 1.185 | 0.200 | 0.235 |
| *Silicate et silice, alumine* | 0.080 | 0.060 | 0.060 | 0.058 | 0.097 |
| *Iodure alcalin, arsenic, lith.* | indice | traces | indice | indice | traces |
| | 2.151 | 7.826 | 8.885 | 9.142 | 9.247 |

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives. Emplois spéciaux* : **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs; — **PRÉCIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

**DOMINIQUE**

*Acide sulfurique libre* ........ 1.33
*Silicate acide*, *Arséniate »*, *Phosphate »*, *Sulfate »* : *Sesqui-oxyde de fer* ......
— *de chaux* ........
*Chlorure de sodium* ........
*Matières organiques* ........ 0.44

*Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes.* Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

# SIROP de FELLOWS

aux Hypophosphites composés

LE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

UNE SEULE PRÉPARATION

*Contenant* { *POTASSE, CHAUX, FER MANGANÈSE, QUININE, STRYCHNINE & PHOSPHORE,* (à l'Etat d'Hypophosphites)

(*1 milligr. de Strychnine par Cuillerée à Café*)

*SON ACTION CURATIVE EST PROMPTE ET ENERGIQUE* dans les cas de

PHTHISIE, NEURASTHÉNIE, ANÉMIE, AFFECTIONS PULMONAIRES, RACHITISME, AFFAIBLISSEMENT GÉNÉRAL, &c., &c.

DOSE. — Une Cuillerée à CAFÉ, deux ou trois fois par jour.

Flacon 7f. 50 *Chez tous Pharmaciens.* Demi Fl. 4f. 50.

DÉPÔT GÉNÉRAL — 5, Rue de la Paix, PARIS.

# ANTISEPSIE

PANSEMENT des Plaies.

## DIIODOFORME TAINE

**Iodoforme sans odeur**

L'aspect du diiodoforme pulvérisé est en tout semblable à celui de l'iodoforme, il est jusqu'à présent le seul composé organique stable qui renferme la même quantité d'iode que l'iodoforme ordinaire. Le **DIIODOFORME TAINE** peut donc remplacer l'iodoforme dans tous les cas où l'on a coutume de faire intervenir celui-ci; il doit lui être préféré toutes les fois qu'il y a intérêt à réaliser un pansement ou à constituer une préparation inodore.

# DRAGÉES MARIANI

**AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE**

**Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.**

**Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.**

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES.

**Elixir laxatif** contre la **CONSTIPATION**

*agréable à prendre*

LIQUIDE

**CASCARA ALEXANDRE**

0g.50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

*1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.*

19, Rue des Mathurins, PARIS

# TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^ies.

# ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

## NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

*Nota.* — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

# TANNATE D'OREXINE

Le docteur Ferdinand STEINER, assistant de la Division des Enfants du professeur FRÜHWALD, à la Policlinique générale de Vienne, écrit dans le « Wiener medic. Blätter » :

« Dans le **TANNATE D'OREXINE** se trouve un stomachique sur lequel nous pouvons compter d'une façon plus absolue et plus efficace que sur les autres stomachiques appliqués jusqu'ici dans la pratique infantile, que ce soit pour relever l'appétit des malades ou encore pour faire de la suralimentation. »

DOSE : *Deux fois par jour* 0gr50 *ou la même dose en une seule fois.*

## BASE D'OREXINE

LE MEILLEUR STOMACHIQUE

DOSE : 0gr30 *à* 0gr50 *par jour en capsules ou cachets.*

GROS ET RENSEIGNEMENTS : M. REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, PARIS.

**TABLETTES D'OREXINE**, à la Pharmacie Normale, 17, rue Drouot, Paris.

*ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)*

# SOURCE BADOIT

**L'Eau de Table sans Rivale**

**La plus Légère à l'Estomac**

**DÉBIT de la SOURCE : PAR AN 30 MILLIONS** *de Bouteilles*

Déclarée d'Intérêt Public

*Décret du 12 Août 1897*

# L'APIOL DES DOCTEURS JORET & HOMOLLE

EST LE RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

**CHLOROFORME ADRIAN**

SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE

En flacons de 30 et de 60 grammes fermés à la lampe.

*ainsi mis à l'abri du contact de l'air* le CHLOROFORME ADRIAN est d'une conservation indéfinie

VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 5 décembre 1898.

L'inauguration du monument élevé à Charcot par ses élèves et ses amis, a eu lieu hier matin dimanche, sous la présidence de M. Leygues, ministre de l'Instruction publique. La statue, œuvre de M. Falguière, est placée contre le mur de la Salpêtrière, en face du boulevard de l'Hôpital. M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, a pris le premier la parole pour remettre à la Ville de Paris le monument de Charcot. Il a terminé son discours en ces termes :

« Quelques élèves personnels du professeur Charcot vous diront pourquoi son nom est à jamais gravé dans l'histoire de la médecine, pourquoi il vivra à travers les âges. Comme doyen de la Faculté j'apporte aujourd'hui l'expression de sa profonde reconnaissance. Nous avons été ses collègues, ses amis, je devrais dire ses élèves, car pour lequel d'entre nous n'a-t-il pas été un initiateur ?

Que ses élèves couronnent l'œuvre de leur maître, qu'ils s'inspirent de son amour pour la science et pour ceux qui la cultivent, que son fils, en qui il avait placé avec raison tant d'espérances, écrive la page que la mort ne lui a pas permis de remplir. Que ce monument lui rappelle les ambitions de Charcot : élargir le domaine de la science, en livrer la culture à des mains françaises.

Je leur confie l'exécution de ce vœu, je sais qu'ils l'accompliront et qu'en mémoire de leur maître ils soutiendront, au grand profit de la Faculté et de la science française, la glorieuse réputation de l'école de la Salpêtrière. »

Après une réponse de M. Navarre, président du conseil municipal, le professeur Raymond, qui a recueilli, suivant sa propre expression, la lourde tâche de succéder à Charcot dans son enseignement à la Salpêtrière, prononce l'éloge du maître qui guida ses premiers pas dans la carrière médicale.

Le professeur Cornil apporte à son tour, à son illustre prédécesseur dans sa chaire de la Faculté, « l'hommage d'un élève resté fidèle et respectueux. »

M. Leygues prend enfin la parole et, après une allocution très applaudie, remet la croix de la Légion d'honneur au docteur Albert Gombault, médecin de l'hospice d'Ivry.

## CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
(2-9 AOUT 1900)

### Règlement.

ARTICLE PREMIER. — Le XIIIe Congrès international de médecine s'ouvrira à Paris le 2 août 1900 et sera clos le 9 du même mois. Son but est exclusivement scientifique.

ART. 2. — Seront membres du Congrès : 1° les docteurs en médecine qui en feront la demande ; 2° les savants qui seront présentés par le comité exécutif français ou par les comités nationaux étrangers.

ART. 3. — Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission après avoir fait parvenir un versement de 25 francs au trésorier général du Congrès. Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

Les comités étrangers peuvent recevoir les adhésions de leurs nationaux ; ils en transmettront les cotisations au secrétariat général français, qui leur enverra immédiatement un nombre de cartes égal à celui des cotisations transmises au secrétariat général.

ART. 4. — En faisant parvenir leur cotisation au trésorier, les membres du Congrès devront indiquer lisiblement leurs nom, qualités et adresse et joindre leur carte de visite.

ART. 5. — En dehors des autres avantages, chaque membre du Congrès aura droit à un résumé de tous les travaux du Congrès et aux travaux imprimés de la section dont il fait partie.

ART. 6. — Les sections du Congrès sont les suivantes :

1° *Sciences biologiques.* — *a.* Anatomie descriptive et comparée ; — *b.* Histologie ; embryologie et tératologie ; — *c.* Physiologie ; physique et chimie biologiques ; — *d.* Anthropologie.

2° *Médecine.* — *a.* Pathologie générale et pathologie expérimentale ; — *b.* Bactériologie ; parasitologie ; — *c.* Anatomie pathologique ; — *d.* Pathologie interne ; — *e.* Hygiène et pathologie médicale de l'enfance ; — *f.* Thérapeutique et pharmacologie ; — *g.* Neuropathologie ; — *h.* Psychiatrie ; — *i.* Dermatologie et syphiligraphie.

3° *Chirurgie.* — *a.* Chirurgie générale ; — *b.* Chirurgie de l'enfance ; — *c.* Chirurgie urinaire ; — *d.* Ophtalmologie ; — *e.* Laryngologie, rhinologie ; — *f.* Otologie.

4° *Obstétrique et gynécologie.* — *a.* Obstétrique ; — *b.* Gynécologie.

5° *Médecine publique.* — *a.* Hygiène, médecine sanitaire et

épidémiologie; — *b*. Médecine légale; — *c*. Médecine et chirurgie militaires; médecine navale; médecine coloniale.

Art. 7. — Un comité exécutif et une commission générale d'organisation sont chargés de la préparation et du fonctionnement du Congrès.

Art. 8. — Le Congrès tiendra chaque séance soit en assemblées générales, soit en réunions de sections.

Art. 9. — Deux assemblées générales auront lieu : l'une, le jour de l'ouverture du Congrès, l'autre un des jours ultérieurs.

Art. 10. — Il sera procédé, le jour de la première assemblée générale, à la proclamation des présidents d'honneur et des secrétaires de chaque section.

Art. 11. — Les assemblées générales seront consacrées aux discours d'usage et aux votes réglementaires à émettre. Ne pourront prononcer de discours dans les assemblées générales que les membres qui auront été désignés et invités par le comité exécutif d'organisation.

Art. 12. — Toutes les propositions relatives aux travaux du Congrès devront être notifiées au comité exécutif avant le 1er mai 1900. Le comité décidera de la suite à donner à ces propositions.

Art. 13. — Chaque comité de section organisera son programme de travail (audition des rapports et discussions sur les sujets proposés, communications diverses).

Art. 14. — Les discours prononcés en assemblée générale et les rapports faits dans les sections seront publiés dans les comptes rendus des travaux du Congrès; pour les communications diverses et les discussions, le comité exécutif se réserve tous droits d'examen.

Le temps assigné à chaque communication ne pourra pas dépasser quinze minutes et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de cinq minutes chacun.

Art. 15. — Le texte écrit des rapports, communications et discussions devra être remis le jour même aux secrétaires de chaque section.

Art. 16. — La langue française est la langue officielle du Congrès pour toutes les relations internationales. Dans les asemblées générales, ainsi que dans les sections, les langues allemande, anglaise et française pourront être employées.

Art. 17. — Toutes les questions ayant trait aux travaux scientifiques des sections doivent être soumises et adressées au président du comité de la section intéressée. Pour tout ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement du Congrès, on devra s'adresser au secrétaire général du Congrès.

Art. 18. — Dans sa seconde assemblée générale, le Congrès désignera le siège de sa prochaine réunion et en élira le bureau.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A la suite de la mésaventure arrivée à l'un des professeurs de la Faculté, chirurgien d'un de nos grands hôpitaux, nous avons déjà insisté sur la nécessité, pour le médecin qui fait un certificat, de se servir exclusivement de papier timbré, quelle que soit la nature du certificat demandé.

Un de nos collègues de la presse médicale avait, après consultation d'un fonctionnaire de l'enregistrement, donné une liste des certificats soumis au timbre et de ceux que la loi exonérait de cet impôt. Fort de ce renseignement, un confrère du centre avait délivré, sur papier libre, un certificat de maladie dans le but de permettre la célébration du mariage civil au domicile du père de la fiancée.

Le fisc dressa procès-verbal et exigea une amende. Avant de répondre à cette assignation, notre confrère s'informa près du journal dans lequel il avait puisé ses renseignements. Il lui fut répondu qu'il pouvait être sûr de son droit, car la liste des certificats soumis ou non soumis au timbre avait été fournie au journal par le chef même du bureau du timbre à Paris.

Notre confrère, malgré l'avis du doyen de notre Faculté, ne croyant pas une condamnation possible, porta la question devant les tribunaux, et il fut condamné à payer l'amende, augmentée des frais du procès. L'enregistrement déclara que les renseignements donnés n'engageaient que le fonctionnaire qui les avait fournis. Il en résulte, dit la *Gazette médicale du centre* à laquelle nous empruntons ces détails, qu'il est impossible de savoir actuellement s'il y a des certificats non soumis au timbre. Tel certificat, toléré jusqu'ici sur papier libre, peut être exigé demain sur papier timbré, suivant le bon plaisir de l'administration.

Aussi la conclusion qui s'impose est-elle la suivante : Si le médecin veut éviter les désagréments d'une amende, qu'il refuse de donner un certificat, autrement que sur papier timbré.

S'il s'agit d'un pauvre hère, qui n'a pas un centime vaillant, il faudra ou bien supprimer la formule « je certifie », et établir une sorte d'ordonnance qui servira de constatation; mettre la date et libeller comme il suit, par exemple :

« *Fracture au* 1/3 inférieur de la jambe gauche, produite par le passage d'une roue de voiture, plaie contuse à la face interne, épanchement sanguin considérable, » etc., puis immédiatement après, continuer toujours en style d'ordonnance : « Appliquer un appareil plâtré, qu'on maintiendra pendant une durée de 40 à 45 jours. Après la levée de l'appareil, si la consolidation a lieu, le malade ne devra se livrer à la marche que très progressivement et ne reprendre ses travaux que dans 2 ou 3 mois, après un nouvel examen. » Le blessé a ainsi en mains une pièce constatant sa lésion, la cause qui l'a produite, la durée probable de l'incapacité de travail, la possibilité d'un manque de consolidation, la nécessité d'être vu à nouveau, etc.

Si l'attestation doit absolument être libellée sous forme de certificat, il faudra que le médecin sorte de son escarcelle le prix du timbre; ce sera un impôt nouveau, mais qui le garantira contre les amendes du fisc, et ce sera encore pour lui plus économique que de risquer le procès-verbal.

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Mathieu présente à la Société des pièces anatomiques provenant d'un cancer du canal thoracique, consécutif à un cancer en nappe de l'estomac. Ces pièces, les plus démonstratives peut-être qu'on ait jamais vues de cette lésion, ont été préparées par M. Nattan-Larrier, lequel, dit M. Mathieu, s'est fait presque « une spécialité de la dissection fort difficile et fort minutieuse du canal thoracique ». A ces pièces sont joints des dessins fort bien faits, qui les représentent de la façon la plus nette. Il faudrait voir pièces et dessins

pour juger de l'état du canal thoracique, qu'une description peut difficilement rendre. Disons seulement que, dans toute son étendue, le canal est comme injecté de matière cancéreuse, et que partout sa lumière en est obstruée. Ajoutons — ce qui ajoute à l'intérêt de cette observation — que pendant la vie on avait pu pressentir la lésion et son intensité. En effet, successivement, on avait pu voir et sentir, au-dessous de l'ombilic, la masse énorme que formaient les ganglions prélombaires, on avait vu se développer un double varicocèle; puis, le ganglion rétro-sterno-mastoïdien ou ganglion de Troisier était devenu perceptible; enfin, une phlegmatia du membre supérieur gauche était venue s'ajouter aux signes précédents, lesquels constituent une sorte de syndrome qui permet cliniquement, non pas d'affirmer, mais de soupçonner l'existence de l'infiltration néoplasique du canal thoracique. On sait, de par les observations antérieures, que le canal thoracique ne se prend que lorsque les ganglions prélombaires sont eux-mêmes intéressés. M. Mathieu reste surpris, cependant, de l'absence d'ascite, et en particulier d'ascite chyleuse, dans un cas semblable; il se demande aussi comment il se peut faire que des malades supportent pendant un temps relativement long une lésion aussi accentuée, alors que les expériences nous apprennent que, chez les animaux, la mort survient très vite à la suite de la ligature du canal thoracique. Ce à quoi M. Rendu répond que la survie dépend sans doute de la lenteur avec laquelle les lésions se forment, tandis que, expérimentalement, le canal thoracique est annihilé brusquement et supprimé par une ligature rapidement définitive.

Une question très intéressante est soulevée par M. Vincent, à propos de l'**étiologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique**. Cet auteur rapporte cinq cas de cette maladie par lui observés, et étudiés à tous les points de vue de la façon la plus minutieuse, et discute successivement les différentes causes auxquelles on a tour à tour songé à la rattacher. Beaucoup d'auteurs rattachent la fièvre bilieuse hémoglobinurique à l'impaludisme, dont elle ne serait qu'une manifestation d'une gravité exceptionnelle. (En effet, sur cinq malades, M. Vincent en a vu mourir deux.) Ce premier point pourrait être résolu par l'examen du sang. Le sang de ces malades renferme-t-il l'hématozoaire? Beaucoup de recherches faites dans cette direction n'ont donné que des résultats indécis. M. Vincent a examiné à son tour le sang de tous ses malades et n'a jamais rencontré qu'une seule fois l'hématozoaire, et encore le parasite était-il extrêmement rare. On peut donc affirmer, en tout cas, que l'agent du paludisme n'existe dans le sang de ces malades que d'une façon fort inconstante. Un autre moyen d'arriver au même but était de rechercher si, dans les autopsies, on retrouvait les lésions ordinaires du paludisme. Dans un cas, l'auteur a retrouvé, il est vrai, ces lésions de façon non douteuse; dans un autre, elles manquaient totalement. Reste l'épreuve thérapeutique. Or, non seulement le sulfate de quinine demeure d'une inefficacité remarquable, mais on peut affirmer que les malades traités par la quinine, surtout à hautes doses, meurent beaucoup plus facilement que ceux auxquels on administre des doses minimes. Si l'on ajoute, enfin, que la fièvre bilieuse hémoglobinurique peut exister dans des pays où le paludisme est inconnu, on sera fort tenté de conclure, avec l'auteur, que si l'infection palustre peut agir à titre de condition prédisposante, elle ne saurait être considérée comme la cause principale et unique.

La fièvre bilieuse hémoglobinurique n'est-elle qu'une variété ou une forme de l'hémoglobinurie paroxystique? C'est fort peu probable encore, car de l'étude attentive des malades il ressort que le refroidissement n'est pour rien, ou presque, dans la survenue de leurs accès. Peut-on penser, comme Robert Koch l'affirme, que c'est à la quinine qu'est due la maladie? On peut répondre par la négative pour une très grande majorité des cas, car, en particulier, un malade de M. Vincent n'avait pas pris de quinine ou très peu (7 grammes en trois mois), et c'est très tardivement qu'il a eu son premier accès. Reste la théorie parasitaire. Yersin a trouvé dans les urines de petits bacilles colorables par le Gram. M. Vincent a repris cette recherche, et n'a jamais retrouvé ces micro-organismes ni par les cultures, ni par l'examen. Des inoculations de l'urine ont même donné un résultat fort curieux. L'inoculation de très grandes quantités (100 centimètres cubes) d'une urine en apparence très toxique, celle d'un malade mort à la suite d'un accès, dans la veine d'un lapin, n'a pas fait mourir l'animal; on peut donc affirmer que l'urine est plutôt hypo-toxique.

En résumé, la cause de la fièvre bilieuse hémoglobinurique est encore très incertaine. C'est une affection indépendante du paludisme, et d'origine très probablement infectieuse; ce qu'on ne peut cependant affirmer.

M. Netter serait tenté cependant d'accorder une influence assez grande à la quinine en se fondant sur les deux observations de Koch, lequel a pu, par l'administration de ce médicament, faire reparaître les accès chez ses malades.

M. Vincent rappelle, à ce propos, qu'en Algérie, où l'on fait un abus de l'administration du sulfate de quinine, on n'observe que très exceptionnellement la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

M. Variot présente un enfant de vingt-neuf mois atteint d'**amputation congénitale multiple des extrémités**.

M. Ausset (de Lille), dans un long travail très documenté, combat l'opinion de M. Netter sur la **maladie de Barlow**. Cette discussion mérite une étude assez minutieuse. Nous y reviendrons dans le prochain compte rendu.

---

## LA STÉRILISATION DES OBJETS DE PANSEMENT

Par MM. A. Bardy et le docteur H. Martin.

### I

Un principe universellement admis aujourd'hui est que les objets de toute nature destinés aux pansements doivent être employés purs de germes pathogènes. Les micro-organismes de l'air ont été reconnus inoffensifs, sans doute à cause de leur petit nombre, qui permet aux phagocytes d'en avoir parfaitement raison; mais les infections par contact restent redoutables à juste titre, et les accidents qui surviennent trop souvent par suite d'une faute d'asepsie confirment chaque jour la nécessité d'une stérilisation sérieuse.

Nous n'aurons en vue dans cette étude que la stérilisation des différentes pièces de pansements; nous laisserons de côté la désinfection de la peau du malade, des mains de l'opérateur et de ses aides, celle des instruments de chirurgie; et en ce qui concerne les objets de pansements, nous nous placerons à un point de vue essentiellement pratique, envisageant, non seulement la destruction des germes dans les corps solides ou liquides destinés à entrer

en contact avec les surfaces cruentées, mais encore le *maintien de l'état d'asepsie de ces corps*, depuis l'instant où la destruction des germes a été accomplie, jusqu'au moment où le pansement doit être effectué.

Cette seconde considération est généralement passée sous silence dans les ouvrages qui traitent de l'asepsie et de l'antisepsie. Elle a cependant son importance. L'essentiel n'est pas de savoir si un objet a été chauffé dans l'autoclave, ou non, mais bien d'être certain, au moment où on l'emploie, qu'il est rigoureusement stérile, ce qui n'existe que si on l'a soigneusement maintenu à l'abri de toute contamination.

Il suit de là qu'au point de vue pratique, la substance et le mode de fermeture des récipients de toutes sortes destinés à renfermer les matériaux de pansements ne sont pas choses indifférentes. On n'accorde, en général, pas assez d'attention à cette question des contenants; on se laisse séduire par l'aspect agréable que des fabricants habiles savent donner à leurs produits; on ne se demande pas si tel produit « bien présenté » est constitué de sorte que sa stérilisation ait pu demeurer parfaite pendant le temps, souvent fort long, qui sépare sa préparation de son emploi chirurgical. Pour nous, une règle universelle s'impose : *Tout objet de pansement doit être conservé dans le vase même qui le contenait pendant la stérilisation.* Il ne faut point, au sortir de l'autoclave ou de l'étuve, de manipulations nouvelles ou de simples transvasements dans un récipient, même stérilisé à part (1). Nous semblons exagérer ici la crainte des germes de l'air, dont les chirurgiens font aujourd'hui bon marché, mais notre situation n'est pas la leur; le germe de l'air, tombé sur une plaie, est absorbé par un phagocyte, et il n'en est plus question; le même germe, tombé sur un objet de pansement, peut quelquefois pulluler. D'ailleurs, ici comme partout, le danger ne vient pas tant de l'air que du contact; pour manipuler ou transvaser cet objet, il faut le prendre avec quelque chose; on n'emploiera que des pinces flambées ou des mains soigneusement désinfectées, c'est entendu; mais dans la pratique, une négligence peut se produire, et cette négligence aura les conséquences les plus graves.

Nous ne croyons donc pas exagérer la prudence en posant la règle énoncée ci-dessus; nous pensons, de plus, qu'on n'exagère jamais la prudence.

Si l'on veut bien parcourir rapidement les publications sur la matière, et, en particulier, sur la stérilisation des fils à ligature, la plus importante de toutes, on estimera sans doute que notre règle a peu d'adhérents. Il n'est question, dans ces ouvrages, que de promener les fils d'une solution dans une autre, et l'on se fie, en général, au pouvoir bactéricide du phénol ou du sublimé pour assurer l'état d'asepsie définitif.

Et si l'on veut bien considérer ce qui se passe dans le commerce, on sera saisi d'étonnement devant le nombre incroyable de tissus antiseptiques ou « rigoureusement stérilisés » qui sont chaque jour délivrés en paquets entourés de papier ou en boîtes en carton. Le carton et le papier, dira-t-on, peuvent être stérilisés; sans doute, dans le calme du laboratoire, un cornet de papier chauffé à 180 degrés est parfait pour protéger le bouchon d'ouate d'un flacon; qu'importe qu'il soit un peu roussi? mais on ne peut pas roussir un papier d'enveloppage qui tomberait bientôt en miettes, laissant le contenu à découvert. Du reste, qui a jamais vu un paquet de coton stérilisé porter la moindre trace de carbonisation?

Donc, pour nous un premier problème se pose : avoir, pour chaque objet de pansement, un récipient approprié, dans lequel il subira la stérilisation, qui sera hermétiquement clos, et duquel il ne devra plus sortir une fois stérilisé.

Le second problème consiste dans la destruction des germes qui souillent inévitablement tout objet non protégé contre eux. En théorie, il suffirait de supprimer les germes pathogènes, sans se soucier des saprophytes vulgaires; mais dans l'impossibilité où nous sommes de les distinguer pratiquement les uns des autres, nous devons détruire sans exception tous les êtres vivants, nuisibles ou non, qui habitent les pansements. Il n'a point été décrit, jusqu'à présent, de microbe exerçant une action favorable sur la cicatrisation des plaies; une stérilisation absolue n'est donc jamais intempestive; et, si elle est possible, il faut l'exiger.

Deux sortes de moyens s'offrent à nous pour obtenir ce résultat : 1° des moyens chimiques, les substances antiseptiques; 2° des moyens physiques, la chaleur (1) sous différentes formes.

Les antiseptiques, on le sait aujourd'hui, sont des agents infidèles; les uns sont efficaces contre un certain microbe et inactifs contre les autres; beaucoup détruisent la bactérie adulte et restent impuissants contre la spore; leur pouvoir varie avec le milieu dans lequel ils sont plongés, et surtout avec leur dosage; comme ils sont d'ordinaire toxiques ou irritants, on reste dans l'alternative ou de les employer à dose trop faible pour tuer tous les germes, ou d'exposer le malade aux dangers des fortes doses. Les substances antiseptiques, employées dans le but de stériliser les objets de pansements, sont donc tombées en un juste discrédit; on ne les emploie que dans les cas très rares où l'action de la chaleur est inutilisable. Est-ce à dire pour cela que l'addition d'un antiseptique à un objet de pansement soit une mauvaise pratique? Nous sommes loin de le prétendre. Nous voulons dire seulement que les antiseptiques ne suffisent pas à assurer l'asepsie, et ne dispensent pas d'un autre mode de stérilisation, si l'on veut une sécurité parfaite.

Il ne nous reste donc qu'un seul moyen d'écarter des pansements toute cause de contagion : la chaleur. La chaleur, employée à un degré suffisant, détruit tous les êtres vivants, végétaux ou animaux, et leurs germes. Elle détruit également les ferments solubles, diastases, enzymes, toxines, qui, on le sait, résistent aux antiseptiques (2).

Enfin, comme le fait judicieusement observer M. Vinay (3), une autre considération doit nous engager à pré-

(1) La désinfection, dit M. Schimmelbusch, est le premier acte de la préparation du pansement du commerce; elle devrait en être la conclusion. (*Manuel d'asepsie*, traduct. du docteur Debersaques, 1893, p. 86.)

(1) On sait que le froid a la propriété d'entraver le développement des germes, mais qu'il ne les détruit pas sûrement.

(2) Considérons une solution de sucre de canne traitée par la levure de bière : 1° grâce au ferment *inversif* contenu dans la levure, la saccharose est dédoublée en glucose et lévulose; c'est un phénomène de fermentation diastasique; 2° la glucose et la lévulose sont décomposées en alcool et en acide carbonique par la levure elle-même, en tant que ferment figuré; c'est un phénomène de fermentation vitale. Si on ajoute à la solution un antiseptique tel que phénol, thymol, acide cyanhydrique, etc., la fermentation vitale s'arrête, mais non la fermentation diastasique : le dédoublement en glucose et lévulose a lieu, mais non la décomposition en alcool et acide carbonique. Si on fait bouillir la solution additionnée de levure, toute fermentation est abolie.

(3) C. Vinay. *Manuel d'asepsie*, 1890, p. 241.

férer la chaleur aux antiseptiques, « c'est l'incertitude où nous sommes encore de la résistance des agents de quelques maladies très répandues, comme la variole, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche; la nature contagieuse de ces exanthèmes ne fait doute pour personne, mais leur parasite reste inconnu. Dans ces conditions, il est prudent de s'adresser avant tout aux moyens qui triomphent des formes les plus résistantes. »

Il y a bien des manières d'employer la chaleur; nous ne referons pas, après tant d'autres, l'histoire des tâtonnements successifs par lesquels on est arrivé aux notions aujourd'hui courantes sur la chaleur sèche et la chaleur humide. Nous nous bornerons à rappeler les résultats définitivement acquis :

I. Rien n'est plus facile à stériliser que les corps, solides ou liquides, qui supportent, sans décomposition, une température de 180 degrés, tels que les fils d'argent, le talc, la craie, les huiles grasses, la glycérine, la vaseline, etc., ou qui ne perdent que de l'eau, sans que leur action topique s'en trouve modifiée, comme le sous-nitrate de bismuth, l'amidon, etc. Il suffit de les chauffer à cette température dans des récipients choisis de telle sorte qu'ils ne puissent se briser ni par la chaleur, ni par le refroidissement, et de prendre les précautions nécessaires pour empêcher tout retour d'air infecté dans l'intérieur de ces récipients.

II. La chaleur *sèche*, c'est-à-dire la désinfection dans les étuves à air, n'est rapidement efficace que si l'on porte *tous les points* de l'objet de pansement à une température voisine de 180 degrés, c'est-à-dire à une température où tous les tissus organiques sont plus ou moins détériorés. Au-dessous de cette température (1), à 170 ou à 160 degrés, par exemple, on peut encore obtenir la stérilisation, mais à la condition de maintenir longtemps chaque point du pansement à cette température. Or les tissus de pansements sont mauvais conducteurs et l'air chaud n'a aucune puissance de pénétration; un paquet de coton, même modérément tassé, peut être complètement brûlé par l'air chaud à la périphérie, tandis qu'un thermomètre à maxima, placé au centre, n'est pas même monté à 100 degrés. Si l'on voulait donc se contenter d'une chaleur maximum de 160 degrés, il faudrait de longues heures de chauffe avant qu'on pût espérer avoir porté toute la masse au même degré. En outre, les constructeurs ne sont pas parvenus, jusqu'à présent, à établir des étuves sèches dont la température soit égale en tous les points ; les différences atteignent couramment 20, 30 ou 40 degrés, même pour les étuves de petites dimensions. On voit de quelles difficultés est entourée la stérilisation par l'air chaud. Il faut, après avoir observé quel est le point le plus chaud de l'étuve que l'on emploie, régler la température de ce point à 175 degrés, puis faire séjourner successivement en ce point tous les objets à stériliser, pendant une durée variable suivant la nature du tissu, son tassement et surtout sa masse ; ces durées sont déterminées dans des expériences préparatoires au moyen de thermomètres à maxima placés au centre des tissus.

(1) « Il n'y a pas, à proprement parler, de température mortelle; il y a une série de températures mortelles, dont chacune a besoin d'autant moins de temps pour produire l'effet qu'elle est plus élevée; il y a ce que nous appellerons une zone mortelle. Dans l'intérieur de cette zone, on peut toujours suppléer, en prolongeant la durée de chauffage, à l'insuffisance de la température atteinte. (DUCLAUX. *Traité de microbiologie*, 1898, p. 273.)

Pour nous résumer, nous ne dirons pas que la stérilisation à sec est impossible; nous affirmerons qu'elle est rendue fort difficile : 1° par le danger de détériorer les tissus, 2° par la lenteur de pénétration de l'air chaud, 3° par l'inégalité de température des étuves.

III. La vapeur d'eau saturée sous pression, à la température de 120 degrés, est très efficace; elle pénètre bien les tissus, lorsque l'autoclave a été soigneusement purgé d'air, et la chaleur est également répartie en tous les points de l'appareil. C'est donc le procédé idéal, le seul à employer pour les pansements qui doivent être appliqués humides. Les récipients les plus commodes pour stériliser et conserver quelques jours ces pansements humides sont des boîtes cylindriques en nickel pur, munies de trous que l'on ouvre et que l'on ferme par un mouvement de rotation du couvercle; on laisse les trous ouverts pendant la stérilisation, et on les ferme en sortant les boîtes de l'autoclave. Par raison d'économie, on peut se contenter de simples marmites de tôle émaillée; le couvercle est posé sur la marmite pendant la stérilisation de manière à ne la fermer qu'incomplètement; on l'ajuste rapidement ensuite, et on le fixe avec une bande de caoutchouc qui assure l'herméticité.

Malheureusement, c'est de tissus hydrophiles que l'on a le plus souvent besoin. On a proposé, pour obtenir des tissus secs ou moins mouillés, de laisser échapper la vapeur d'eau, à la fin de l'opération, pendant qu'elle est encore surchauffée; ou bien de faire le vide dans l'autoclave au moyen de la trompe; ou encore de placer les objets dans une étuve sèche au sortir de l'autoclave. Aucun de ces procédés ne nous a donné de bons résultats pratiques; même en les combinant ensemble, nous ne sommes pas parvenus à obtenir des tissus doués d'un pouvoir suffisant d'absorption. Et cela s'explique : fidèles à notre règle de stériliser tous les objets dans le vase qui doit les contenir définitivement, sans manipulations ultérieures, nous ne pouvions songer à étaler nos tissus; il fallait les laisser tassés dans leurs récipients, ne communiquant avec l'extérieur que par des ouvertures bouchées d'un tampon d'ouate, et la dessication devenait illusoire. Même après plusieurs heures de vide à la trompe, et plusieurs jours de chauffe à l'étuve, ce qui, par parenthèse, occasionne une dépense d'eau et de combustible qui n'est pas négligeable, nos tissus restaient manifestement humides.

La stérilisation à l'autoclave, excellente pour les pansements humides, est inapplicable aux pansements secs.

N'est-il donc pas possible d'obtenir des pansements hydrophiles, rigoureusement stérilisés par la chaleur, sans risques de les brûler par l'air chaud ou de les avoir mouillés par la vapeur d'eau? (*A suivre.*)

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 12 AU 17 DÉCEMBRE 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 12 DÉCEMBRE 1898**, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Poirier et Retterer.

2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Launois et Broca (André).

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Lejars et Varnier; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delbet et Mauclaire; — (2e série) : MM. Blum, Humbert et Broca

(Aug.); — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Méry; — M. Méry, suppléant.

**MARDI 13 DÉCEMBRE**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Rémy, Gley et Langlois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Panas, Bonnaire et Faure.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Chantemesse et Vaquez; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Guyon, Albarran et Hartmann; — (2e partie, 1re série) : MM. Debove, Hallopeau et Thiroloix; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Hutinel et Widal; — M. Quénu, suppléant.

**MERCREDI 14 DÉCEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Sébileau et Walther.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Humbert et Lepage; — (2e série) : MM. Pinard, Broca (Aug.) et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Landouzy, Gilles de La Tourette et Wurtz; — M. Widal, suppléant.

**JEUDI 15 DÉCEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Hartmann et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Richelot, Poirier et Wallich; — (2e série) : MM. Budin, Albarran et Faure.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Pouchet et Charrin; — M. Chassevant, suppléant.

**VENDREDI 16 DÉCEMBRE**, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

3e (2e partie) : MM. Potain, Widal et Teissier; — M. Launois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Blum, Lejars et Walther; — (2e série) : MM. Reclus, Legueu et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Lancereaux, Gaucher et Dupré; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

**SAMEDI 17 DÉCEMBRE**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Hanriot; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Berger, Richelot et Poirier; — (2e partie) : MM. Chantemesse, Troisier et Ménétrier; — M. Hallopeau, suppléant.

5e (2e partie), *Charité*, (1re série) : MM. Hutinel, Marfan et Vaquez; — (2e série) : MM. Raymond, Achard et Thiroloix; — M. Thiéry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. André, suppléant.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Pathologie* (séance du 2 décembre) : MM. Assicot, 14. — Morichau-Beauchant, 13. — Bergeron et Ribadeau-Dumas, 12. — Mlle Parizelle, 11. — MM. Bricet, 10. — Bentz et Sébilleau, 9. — Beaujard, 8. — Montais, 6.

*Anatomie* (séance du 2 décembre) : MM. Bender et François-Dainville, 10. — Grégoire, 8. — Mantoux, 7. — Chevalier (Paul) et Pophilat, 6. — Moureyre, 4. — Millon, 3. — Moineau, 2.

— Par décision ministérielle, en date du 3 décembre 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

MM. les élèves sortants de l'école du service de santé de la marine, docteurs Honorat, affecté au corps de santé des colonies; Loro, destiné à Toulon; Le Coniac, destiné à Brest.

MM. les médecins de première classe Reboul et Ropert, dont les emplois sont supprimés à compter du 30 décembre, sont affectés, à partir de cette date, le premier à l'artillerie de marine à Toulon; le second au 2e d'infanterie à Brest.

— MM. les médecins de première classe Roby, du port de Brest, et Lefebvre, médecin-major au 6e régiment d'infanterie de marine, sont autorisés à permuter.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Piollet, Brisson, Grange, Pinatelle, Casella, Cognard, Magnet, Agniel, Joly, Carrier et Varay.

Internes provisoires : MM. Desgouttes, Challaye, Robert, Voutier, Bouzod, Eggli, Lacourme, Ovize, Vitaud, Lafond, Micaud, Pellanda, Gonnet, Prat, Genevet, Boigey, Montagnard, Muller et Morand.

— *Hôpitaux de Montpellier.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Soubeyrand, Delord et Orssaud.
Internes provisoires : MM. Sonrel, Crozat et Bousquet.

— *Hôpitaux de Tours.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Lhospitalier, Bretheau, Dinet et Pasquier.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le nombre des étudiants inscrits est de 4495, dont 3261 pour le doctorat (ancien régime), 877 pour le doctorat (nouveau régime), 146 pour l'officiat, 94 pour les sages-femmes et 117 pour les chirurgiens dentistes.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — La Faculté, pendant l'année scolaire 1897-1898, a conféré 242 diplômes se décomposant comme suit :

Docteurs en médecine, 121; officiers de santé, 8; chirurgiens-dentistes, 11; sages-femmes de première classe, 14; sages-femmes de deuxième classe, 17; diplôme supérieur de pharmacie, 1; pharmaciens de première classe, 41; pharmaciens de deuxième classe, 21; herboristes de première classe, 5; herboristes de deuxième classe, 3.

— M. Moniez, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Lille, est nommé inspecteur de l'Académie de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs P. C. Boon (de Santhoven); Cazenave de la Roche, ancien médecin du comte de Chambord; Delassus, médecin-major en retraite; Haan (du Havre); Lapeyronie (de Bordeaux); Peltre (de Bray-et-Lu); Roux, médecin du bureau de bienfaisance de Bordeaux; Trogneux (de Fontaine-le-Dun).

— M. le docteur Despagnet commencera un cours d'ophtalmologie à sa clinique, 60, rue Saint-André-des-Arts, le vendredi 9 décembre à deux heures, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

— MM. Barbarin, Couvelaire, Ferrand, Merklen, Milian, Ribierre et Sikora commenceront leur conférence d'internat à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), le samedi 10 décembre, à deux heures et demie, et la continueront les samedis suivants, à la même heure.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


VÉRITABLES
GRAINS
de Santé
du docteur
FRANCK

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lucas-Championnière a rappelé l'attention de l'Académie sur l'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie. C'est, suivant lui, l'antiseptique le plus puissant dans certains cas de suppuration septique dans la chirurgie normale, en particulier dans les lavages du vagin et de l'utérus après l'avortement. Il y a longtemps déjà que, dans son service à l'hôpital Saint-Louis, Péan a fait d'intéressantes expériences sur l'emploi de l'eau oxygénée comme antiseptique. Les résultats qu'il avait obtenus étaient des plus encourageants ; ils sont consignés dans la thèse du docteur Larrivé. Ce qui l'a empêché de continuer ces essais, c'est la difficulté qu'on avait alors à se procurer de la bonne eau oxygénée. Cette difficulté n'existe plus aujourd'hui, ce produit étant employé couramment dans certaines industries, en particulier celle de la décoloration des cheveux, si fort à la mode en ce moment, et rien n'est plus facile que de s'en procurer à bon marché. M. Championnière a donc bien fait de remettre en honneur ce puissant moyen de désinfection. Les dentistes s'en servent, depuis quelque temps, avec avantages, surtout dans une maladie essentiellement septique, la maladie de Fauchard, dans laquelle aucun autre antiseptique n'est parvenu à arrêter la suppuration. Les solutions courantes du commerce, à 10 ou 12 volumes, sont celles qu'il faut employer. Elles sont inoffensives autant qu'efficaces et possèdent, en outre, une propriété hémostatique qui a bien sa valeur. L'exemple donné par M. Championnière est donc bon à suivre et nous ne doutons pas qu'il ne trouve beaucoup d'imitateurs, malgré la note un peu discordante apportée par MM. Charpentier et Budin, qui se sont servis, dans leurs expériences, d'eau oxygénée qui ne contenait plus d'oxygène, et les observations quelque peu troublantes de MM. Guéniot et Ferrand sur sa causticité possible. Ces expériences doivent donc être reprises, et l'eau oxygénée mérite mieux que d'être reléguée au simple rang d'antiseptique buccal; elle doit avoir droit de cité dans la chirurgie courante, son action étant aussi propre à prévenir qu'à tarir la suppuration.

MM. Monod et Labbé sont intervenus dans la discussion pour vanter, comme antiseptique de choix, dans les cas d'infections variées, les pulvérisations phéniquées qui leur ont toujours donné, paraît-il, les meilleurs résultats, et que M. Championnière, plus que tout autre, a préconisées.

M. Landouzy a lu un rapport très remarquable sur les travaux adressés pour le prix Louis. Le sujet à traiter était un de ceux qui lui sont familiers, la sérothérapie. Il s'agit là de toute une méthode thérapeutique nouvelle qui, si elle n'a pas toujours répondu à toutes les espérances, a déjà donné, dans la pratique, des résultats fort appréciables.

Au cours de la séance, la parole a été donnée à M. Cornil pour la lecture du discours qu'il a prononcé à l'inauguration du monument élevé, devant la Salpêtrière, à la mémoire de Charcot.

M. Chavernac (d'Aix) a présenté un brancard de son invention qui a surtout pour but de supprimer la manœuvre du relèvement, souvent si pénible et si préjudiciable aux blessés.

### NOTE SUR LA CURE RADICALE DU VARICOCÈLE

PAR LA RÉSECTION DU SCROTUM

Par M. le docteur G. CHAVIER, médecin-major.

Les procédés de résection du scrotum, pour la cure radicale du varicocèle, sont nombreux et variés.

Le grand défaut de la plupart est de ne pas mettre complètement à l'abri de l'hémorragie post-opératoire et de la formation d'un hématome. Aussi est-ce pour éviter cet accident que Heurteloup, Wickham, Bazy, Delorme ont inventé différents clamps.

Tout récemment, dans la *Gazette des hôpitaux*, du 29 septembre, n° 111, notre camarade M. le médecin-major Barbière a voulu rappeler et faire connaître davantage le clamp imaginé, en 1896, par M. le docteur Baissas, avec lequel toute complication d'hématome ne serait plus à craindre.

Ce clamp se compose de deux lames métalliques incurvées de champ mesurant 18 centimètres. Le bord convexe de ses lames est dentelé sur une profondeur de 6 millimètres par une trentaine d'incisures, aboutissant à autant de petits trous destinés au passage des fils. Les deux lames sont symétriques et, bien entendu, incisures et trous se correspondent exactement. Pour assurer leur affrontement, l'une des lames porte à chaque extrémité une vis à tête qui s'engage dans une mortaise que l'on rencontre sur l'autre.

On comprend facilement le mode d'emploi de cet instru-

ment. Le lambeau du scrotum à enlever, disposé en éventail, étant inséré entre ces deux lames, on passe les fils à suture par les trous correspondants, on excise le lambeau le long du rebord convexe, on lie ; le clamp est enlevé et le pansement fait.

C'est un instrument ingénieux, certes, et qui fait honneur à son auteur, mais est-il bien utile?

La pince spéciale de Bazy, ou même la pince ordinaire de M. le médecin-inspecteur Dieu me paraissent très suffisantes, sans qu'il soit besoin de se charger d'une instrumentation spéciale.

En effet, que ce soit une pince ou le clamp dont on se serve, il faut toujours passer, sous le bord concave de la pince ou dans les trous correspondants du clamp, une trentaine de fils environ, des crins de Florence ordinairement. Or, pour empêcher que ces fils ne s'enmêlent, on les réunit par groupes de cinq de chaque côté dans les mors d'une pince hémostatique. Ce passage des fils demande déjà un certain temps, puis toutes ces pinces ont besoin d'être soutenues pour ne pas tomber le long des bourses et s'enchevêtrer. D'où, dans le premier cas, nécessité d'aides, dans le second, perte de temps pour séparer les fils. De plus, chacun de ces fils de suture doit être espacé à un demi-centimètre de distance, sinon il se fait un suintement entre eux qu'il faut tarir avant l'application du pansement. Avec la pince, tout au moins, cette distance peut ne pas être rigoureusement observée, retard encore. En outre, il se fait parfois, entre les fils, des hernies de tuniques profondes qu'on est obligé d'y réduire, nouveau retard. Enfin, avec la pince, on aurait parfois des hématomes, bien que nous n'en ayons jamais eu pour notre part. M. Bonnet, dans son mémoire sur la cure radicale du varicocèle (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, t. I, p. 379), en cite deux cas et M. Dardignac trois dans son traitement du varicocèle (*Revue de chirurgie*, septembre 1895).

Ce procédé est presque toujours parfait, certes, mais il est long, exige plusieurs aides et l'hémostase en est minutieuse; c'est pourtant celui que nous employions jusqu'au moment où nous vîmes opérer M. le docteur Latouche (d'Autun) dans son service chirurgical.

Son procédé nous a paru tellement simple, que nous l'avons imité dans les deux cas qu'il nous a été donné de faire depuis.

En voici sommairement la description, je passe sur les premiers temps de l'opération, toujours les mêmes :

Un gros catgut est tout d'abord enfilé à chacune de ses extrémités à une aiguille droite à chas fendu. Cela fait, on dispose en éventail le lambeau de scrotum à retrancher et on le confie à un aide qui en tend solidement la base jusqu'à la fin de l'opération, ou mieux encore on saisit cette base dans les mors d'une pince courbe ordinaire. Prenant alors une aiguille de chaque main, on place le milieu du fil à cheval sur l'extrémité supérieure de la base de ce lambeau. Les deux aiguilles sont alors passées, l'une à droite, l'autre à gauche, de façon à sortir l'une et l'autre par le même trou, celle de droite à gauche, et celle de gauche à droite, autant de fois qu'il est utile. La suture terminée, on coupe le lambeau sur la pince si l'on s'en est servi. En résumé, c'est la couture à double aiguille du cordonnier que l'on fait. Si la plaie bâille un peu, on peut facilement y remédier par un surjet superficiel. En quelques minutes, la suture est faite et l'hémostase complètement assurée.

Sans doute, ce procédé est un peu analogue à celui de Lucas-Championnière qui consiste, comme on le sait, à inciser la peau et le tissu cellulaire dont la rétraction se fait aussitôt, à comprendre dans une suture en chaîne, au catgut, toutes les tuniques sous-jacentes, à exciser en avant tous les tissus et à réunir la peau scrotale par un second plan de suture superficiel. Il se rapproche encore de ce dernier par la sécurité qu'il donne au point de vue de l'hémostase tout en lui étant supérieur, à mon avis, mais il n'en a pas la longueur, il est d'une exécution beaucoup plus facile. Enfin, comme ce dernier, il supprime des aides, ce qui a bien son avantage pour une opération devenue tellement banale qu'elle est pratiquée aujourd'hui un peu partout.

Le seul petit inconvénient, au point de vue esthétique, qu'il présente, c'est de laisser aux extrémités de l'incision deux petites encoches d'un effet un peu disgracieux, mais cette petite difformité disparaît avec le temps et, du reste, on peut facilement la faire disparaître.

---

## LA STÉRILISATION DES OBJETS DE PANSEMENT (1)

Par MM. A. Bardy et le docteur H. Martin.

### II

Voici comment nous pensons avoir tranché la difficulté :

M. le docteur Répin (2) a attiré l'attention sur le pouvoir bactéricide de la vapeur d'alcool. Il a étudié l'action de diverses vapeurs sur les spores pathogènes, et montré que, pour avoir un pouvoir stérilisant supérieur à celui de l'air chaud, la vapeur doit être capable de mouiller la membrane d'enveloppe de la spore. C'est pourquoi les vapeurs de benzine, de xylol, de toluène ne stérilisent qu'à une température peu inférieure à celle de l'étuve sèche. L'eau, au contraire, et les substances nuisibles à l'eau, comme l'alcool, émettent des vapeurs qui désorganisent la spore à une température bien inférieure. Pratiquement, M. Répin s'est assuré qu'après quarante-cinq minutes de séjour dans la vapeur d'alcool anhydre à 120 degrés sous pression, les spores les plus résistantes sont détruites.

Ces expériences n'avaient pour but que l'asepsie du catgut, mais nous estimons que le procédé à l'alcool, avec certaines modifications, convient parfaitement à la stérilisation des tissus hydrophiles. De plus, avantage extrêmement précieux, l'alcool permet la stérilisation des tissus imprégnés de substances médicamenteuses, stérilisation qui, à notre connaissance, n'avait pu être obtenue pratiquement jusqu'ici.

Toutes nos expériences ont été faites dans le laboratoire de M. le docteur Picqué à l'hôpital Dubois en présence de M. le docteur Macé, alors interne, chef de laboratoire, qui a bien voulu nous aider de ses conseils. Puis nous les avons continuées, au point de vue pratique, pour le choix des récipients assurant une asepsie indéfinie à nos différents produits.

Nous adressons nos remerciements à M. le docteur Mencière, qui a bien voulu se servir de nos conseils et de nos résultats pour publier un article sur ce sujet (3).

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 1287.

(2) Répin. Un procédé sûr de la stérilisation du catgut, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894, p. 170.

(3) Mencière. Ligatures non résorbables et ligatures résorbables. Procédé pratique pour conserver le catgut stérilisé à 120 degrés indéfiniment et rigoureusement aseptique, *Bull. méd.*, 1898, n° 15, p. 165.

Nous avons fait construire, pour l'application de ce procédé, des flacons spéciaux, en verre capable de résister à la pression, supportant la chaleur et le refroidissement, dont le fond est muni d'une sorte de rigole où l'on peut verser un liquide sans qu'il baigne les objets placés à l'intérieur; une capsule de cuivre à vis, munie d'une rondelle de serrage en caoutchouc, permet une fermeture hermétique. L'appareil, ainsi établi, constitue un véritable autoclave. On détermine une fois pour toutes la quantité d'alcool nécessaire : 1° pour chasser tout l'air à une température voisine du point d'ébullition de l'alcool (1), la capsule étant simplement posée sur l'orifice du flacon; 2° pour que la vapeur d'alcool reste à l'état de saturation sous pression à + 120 degrés, la capsule étant vissée à fond. On verse cette quantité d'alcool dans la rigole; on place au-dessus le tissu à stériliser; on chauffe lentement jusque vers 75 degrés, la capsule étant posée sur le flacon; on visse alors la capsule à fond et on élève la température à + 120 degrés dans un autoclave ordinaire. On maintient la température de 120 degrés fixe pendant une heure, et on laisse refroidir. Désormais, le pansement ne subira de manipulation d'aucune sorte, et le flacon ne sera ouvert qu'au moment même de servir à un pansement.

Le tissu ne peut être brûlé, cela va sans dire, et ne peut renfermer la moindre proportion d'eau. Il retient seulement une certaine quantité d'alcool, qui ne diminue en rien ses propriétés hydrophiles, comme on peut facilement s'en assurer en observant le poids d'eau qu'il est capable d'absorber avant et après le traitement. Cette quantité d'alcool est trop faible pour rendre le pansement irritant, et d'ailleurs elle s'évapore, en grande partie, dès que le flacon est ouvert (2). La stérilisation, enfin, est absolue : on peut ensemencer, avec des tissus ainsi stérilisés, tous les milieux nutritifs usuels, sans voir se développer aucune colonie microbienne.

Le grand avantage de ce procédé, avons-nous dit, est qu'il permet de stériliser par la chaleur les tissus imprégnés de substances médicamenteuses. Aujourd'hui, ces tissus sont moins employés, à la suite de nombreux déboires occasionnés par leur asepsie imparfaite et les intoxications auxquelles ils exposent. On croyait, au début, pouvoir les employer en toute sécurité; l'antiseptique qui les imprégnait devait supprimer tous les germes; la bactériologie, et malheureusement aussi la clinique, montrèrent qu'on s'était trompé. Aussi, beaucoup de praticiens se contentent-ils, depuis lors, de l'asepsie pure et simple. Pourtant les substances dont on imprègne les tissus, iodoforme, salol, etc., n'agissent pas uniquement par leurs propriétés bactéricides; elles ont, en outre, une action médicamenteuse, topique, dont la nature n'est pas toujours clairement élucidée, mais que l'expérience révèle. Si l'iodoforme, *in vitro*, ne gêne pas beaucoup la culture du staphylocoque, appliqué sur une plaie, il en hâte incontestablement la cicatrisation. Pourquoi donc bannirait-on de la thérapeutique des médicaments sérieux, éprouvés, alors qu'il devient possible de supprimer les inconvénients résultant autrefois de leur emploi? Nous n'hésitons pas à dire que, si la stérilisation des tissus antiseptiques, *après toute manipulation*, peut être effectuée, ces tissus doivent retrouver leur ancienne faveur.

Or, pourquoi la stérilisation de ces tissus a-t-elle été, jusqu'à présent, considérée comme impraticable? Parce que les antiseptiques qui les imprègnent *fondent* ou se *décomposent* à la température de stérilisation. Et comment l'alcool peut-il remédier à ces inconvénients? 1° Parce qu'il *dissout* presque tous les antiseptiques employés pour l'imprégnation; 2° parce qu'il permet la stérilisation à basse température.

1° Considérons la gaze au salol, telle qu'elle est livrée par le commerce, et essayons de la stériliser par les procédés ordinaires, soit à l'étuve sèche, soit à l'autoclave. Dès que la température de 42 degrés est atteinte, le salol entre en fusion, il coule et s'accumule aux parties déclives; l'opération terminée, il se prend en masse par refroidissement. La gaze a perdu sa souplesse, elle est devenue raide par endroits, et, par conséquent, irritante pour les plaies; la partie supérieure du tissu ne renferme plus de salol, la partie inférieure en renferme trop.

En présence de la vapeur d'alcool, au contraire, il n'y a plus de fusion du salol; s'agit-il d'une véritable dissolution, de même que dans l'alcool liquide? nous ne le prétendons point; le salol ne subit, en tout cas, que des changements moléculaires qui, comme la dissolution, ne modifient pas sa répartition dans le tissu, et ne comportent pas de prise en masse par refroidissement; c'est tout ce qui importe au point de vue pratique. La gaze salolée, après ce traitement, reste en tous points semblable à ce qu'elle était auparavant, sauf en ce qui concerne l'asepsie, qu'il est aisé d'obtenir parfaite. Il suffit de chauffer trois quarts d'heure à 120 degrés.

2° Considérons maintenant la gaze iodoformée. Le procédé à l'alcool, tel que nous venons de le décrire, ne lui convient pas, car, au-dessus de 105 degrés, l'iodoforme est décomposé. Heureusement, nous avons à notre disposition une méthode de stérilisation discontinue. Tyndall (1) réussit à rendre stériles, par un chauffage d'une minute à 100 degrés pendant trois jours consécutifs, des liqueurs qui supportaient trois heures d'ébullition continue sans se stériliser. On pensa d'abord que ce résultat était dû à la germination des spores dans l'intervalle des chauffes. « Cette explication, dit M. Duclaux (2), est bien invraisemblable. L'expérience apprend que la chaleur atteint et affaiblit toujours les spores, et on ne voit pas bien celles qui ont subi une minute d'ébullition le premier jour, se hâtant d'évoluer, de se rajeunir en vingt-quatre heures avant le second chauffage. On peut d'ailleurs, sans rien changer au résultat, laisser séjourner dans la glace la liqueur à stériliser par le procédé de Tyndall dans l'intervalle de deux chauffages, ce qui supprime presque toute possibilité de rajeunissement. » Pour M. Duclaux, il s'agit, en réalité, d'un effet purement physique, d'attaques successives de la spore, le protoplasma devient, à chaque chauffage, de plus en plus coagulable par l'eau à 100 degrés.

Nous avons vu que les substances miscibles à l'eau, comme l'alcool, avaient une action destructive analogue à celle de l'eau elle-même. Nous étions donc fondés, en théorie, à

(1) La densité de vapeur de l'alcool étant environ une fois et demie celle de l'air, l'air se trouve facilement chassé et remplacé par la vapeur d'alcool.

(2) On remarquera qu'il ne s'agit point ici du pansement à l'alcool, préconisé par quelques chirurgiens. Si l'on veut avoir recours à l'action topique de l'alcool, il faut tremper dans ce liquide, au moment du pansement, le tissu stérilisé par notre procédé.

(1) Tyndall. *Essays on the matter floating in air*, 1881. — Bibliographie du *Traité de microbiologie* de Duclaux, 1898, p. 98.

(2) Duclaux. *Traité de microbiologie*, 1898, p. 250.

tenter la stérilisation discontinue à 100 degrés par la vapeur d'alcool. La pratique confirma nos prévisions et montra qu'une asepsie assez rigoureuse, à l'épreuve des essais bactériologiques, peut être facilement obtenue dans ces conditions. Par contre, le chauffage discontinu à 100 degrés dans l'air sec nous donna des résultats incertains.

En résumé, la méthode générale qui nous semble aujourd'hui la meilleure pour stériliser les tissus de pansements consiste à les chauffer dans des flacons autoclaves en présence de la vapeur d'alcool à l'état de saturation. Nous chauffons une seule fois à 120 degrés, pendant une heure, les tissus qui ne risquent aucunement d'être altérés à cette température. Nous chauffons à 100 degrés, une demi-heure par jour, pendant trois jours consécutifs, les substances altérables au-dessus de 100 degrés.

Nous pouvons maintenant passer rapidement en revue les principaux objets de pansements, en mentionnant pour chacun d'eux le procédé pratique de stérilisation qui nous semble le meilleur, celui, par conséquent, qui est employé dans notre laboratoire.

Catgut. — Nous avons adopté le principe du procédé Répin, mais repoussé le mode de présentation du même auteur, et cela pour les raisons fort bien mises en lumière par M. Barthe (1). « Malheureusement, dit-il, M. le docteur Répin, qui arrive à aseptiser le catgut, le présente aux chirurgiens sous une forme peu pratique, en même temps que, de l'aveu de beaucoup de praticiens, ce catgut est rendu très cassant. Cet objet de pansement est conservé dans un bouillon de culture dont la limpidité ou l'opacité est l'indice d'une bonne ou d'une mauvaise préparation. Il est renfermé dans des tubes scellés à la lampe formés d'un verre si épais que, pour le briser, le chirurgien doit employer un marteau ; de là, risque de blessures pour l'opérateur et ses aides et multiples éclats de verre capables de se fixer sur les objets de pansements environnants. Enfin, le catgut est rendu très cassant par ce fait qu'il est conservé dans un bouillon de culture, de nombreux essais nous ayant démontré que même l'eau froide, au bout d'un certain temps, enlevait au catgut sa ténacité primitive. »

Nous ne renonçons pas pour cela à l'épreuve du bouillon, que nous faisons subir non seulement au catgut, mais à tous les objets de pansements. Nous prenons au hasard, dans un lot de bobines de catgut ayant subi des manipulations identiques, une de ces bobines que nous plaçons dans un tube de bouillon et que nous laissons plusieurs jours à l'étuve ; cette bobine-témoin nous renseigne sur l'asepsie du lot tout entier, mais elle ne sert pas à l'acte chirurgical.

Voici comment nous opérons : le catgut est d'abord dégraissé par l'éther chaud dans un appareil à lixiviation, puis enroulé sur des bobines et desséché lentement dans une étuve sèche dont la température est portée graduellement à 120 degrés ; il est alors placé dans des flacons autoclaves (2) contenant de l'alcool anhydre ; l'air est chassé, puis les flacons sont hermétiquement clos et chauffés à 120 degrés pendant une heure. Après refroidissement, un seul des flacons est ouvert, celui qui doit servir à l'épreuve de la culture. Les autres restent intacts jusqu'au moment de l'emploi. Le catgut, restant en contact avec l'alcool, garde toute sa ténacité. Au moment de s'en servir, le chirurgien ouvre le flacon et verse le catgut dans une cuvette renfermant de l'eau aseptique ou antiseptique. Ce passage d'une minute dans l'eau, à l'instant même où la ligature va être faite, ne peut contaminer le catgut, et il est utile pour lui rendre toute sa souplesse. Avec ce procédé, les catguts les plus fins ne sont aucunement cassants et résistent à une traction manuelle énergique.

Nous avons insisté sur les procédés de stérilisation des gazes et du catgut, cela nous permettra de passer plus rapidement sur la stérilisation des autres objets dont on peut se servir en chirurgie et en accouchement.

Cotons. — Les cotons hydrophiles ou imprégnés sont stérilisés par le procédé précédent, au moyen de la vapeur d'alcool, soit une seule fois à 120 degrés, soit par la chaleur discontinue à 105 degrés.

Éponges. — La stérilisation des éponges, encore employées par quelques-uns, est assez compliquée. Elles sont, plus facilement encore que les tissus végétaux, altérées par la chaleur sèche, et la chaleur humide les modifie au point qu'on ne peut même les faire bouillir dans l'eau. Nous les stérilisons, suivant notre méthode générale, par l'alcool sous pression, après les avoir battues au maillet, lavées à grande eau, traitées par le permanganate de potasse, blanchies au bisulfite de soude et relavées à l'eau stérilisée. Elles ne sont pas trop altérées par ce procédé, qu'elles ne peuvent cependant pas supporter un grand nombre de fois. Leur emploi reste donc onéreux, et il vaut mieux, chaque fois que cela est possible, les remplacer par des compresses de tarlatane, des boulettes de coton hydrophile ou des tampons soit de gaze, soit de coton entouré de gaze.

Soie. — La soie est stérilisée dans l'alcool comme le catgut.

Crins. — Pour les crins de Florence, l'alcool est inutile. Nous les stérilisons dans des tubes contenant de l'eau distillée, soigneusement bouchés, et portés à l'autoclave à 120 degrés pendant une heure. *(A suivre.)*

---

## KYSTE HYDATIQUE DU MUSCLE PSOAS-ILIAQUE

Par M. le docteur Cailleux (d'Amiens).

J'ai eu l'occasion de rencontrer dans ma pratique médicale deux cas de kyste hydatique du muscle psoas-iliaque : le premier a été observé lorsque j'exerçais ma profession dans l'Oise, et a été publié dans la *Gazette des hôpitaux* du 6 août 1868, page 366 ; le second a été observé vingt ans après et je vais vous en communiquer l'observation.

Mme M..., de P... (Oise), âgée de quarante ans, m'a fait appeler le 2 février 1888 et à ma première visite je constate que la malade est atteinte d'une tumeur de l'hypocondre gauche et que cette tumeur se prolonge en passant sous l'arcade de

---

(1) Barthe. Sur la stérilisation des objets de pansements à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 1897. — Article reproduit dans le *Petit Monit. de la pharm.*, Paris 10 déc. 1897, p. 2726.

(2) Lorsque le catgut doit être conservé pendant longtemps ou passer par des intermédiaires, nous préférons le renfermer dans des tubes de verre scellés à la lampe pour éviter la tentation de l'ouvrir avant l'emploi et de le faire resservir ensuite. L'inconvénient de l'emploi du marteau est supprimé, chaque tube porte un trait de lime fait à l'avance; il suffit, au moment du besoin, d'agrandir ce trait en longueur et en profondeur au moyen d'une petite lime qui accompagne le tube pour obtenir facilement une cassure nette et sans éclats.

Fallope jusqu'à la partie interne de la cuisse. En comparant cette tumeur avec celle que j'avais observée en 1868, je pensai que je pouvais bien avoir encore affaire à un kyste.

L'état général de ma malade était relativement bon, et, à part des douleurs lombaires assez vives, elle ne souffrait pas beaucoup. Bien réglée, ayant peu d'amaigrissement, elle ne présentait pas le teint cachectique de la femme qui avait été le sujet de ma première observation; cependant elle avait comme la première un teint bronzé, qui avait quelque analogie avec le masque des femmes grosses. Elle se tenait assez difficilement dans la rectitude.

Je l'opérai le 10 février et pratiquai mon incision en dedans de l'artère fémorale, laissant en dehors le muscle couturier, en dedans le premier adducteur et le droit interne; je trouvai la poche kystique sur le plan musculaire profond dans la gaine du psoas, identiquement comme pour le premier cas observé, c'est-à-dire entre le triceps fémoral et les adducteurs. Je vidai la poche kystique et je constatai qu'elle contenait, comme dans le premier cas, une grande quantité de liquides mêlés à des acéphalocystes de tous volumes (7 à 8 litres). Je passai mon doigt sous l'arcade crurale en suivant la gaine du psoas-iliaque et je me trouvai dans la cavité kystique abdominale, dont la paroi interne était rugueuse. Après avoir fait plusieurs lavages, je fis une injection avec la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Eau distillée. . . . . . . . . | 200 | grammes. |
| Teinture d'iode. . . . . . . . | 40 | — |
| Iodure de potassium. . . . | 8 | — |

et j'introduisis une mèche volumineuse formant bouchon. La malade n'a présenté aucun symptôme de péritonite et, après une suppuration d'environ un mois, la guérison s'est opérée. (*Gaz. méd. de Picardie.*)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 décembre 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### COMMUNICATION

**De l'emploi de l'eau oxygénée en chirurgie.** — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a, depuis une année, été amené à faire des applications nombreuses de l'eau oxygénée comme antiseptique. Il estime qu'on n'a pas utilisé cette substance comme elle le mérite.

Il a trouvé là le seul antiseptique qui d'une façon régulière arrête les phénomènes de la putréfaction et de la suppuration septique.

Il a pu, dans des cas où les antiseptiques les plus puissants avaient échoué, enrayer les accidents septiques par les lavages avec l'eau oxygénée. Plusieurs sujets ont dû sans aucun doute la vie à ces lavages. Il a pu ainsi rendre pures des plaies profondément infectées.

Les essais qu'il a faits sur des cas simples et avant toute infection ont également été satisfaisants, et la substance qui arrête la suppuration s'est montrée capable de la prévenir.

Le lavage de certaines surfaces infectées, le lavage préalable du vagin pour l'hystérectomie lui a paru infiniment plus parfait avec cette substance.

Enfin, dans le cas d'avortement suivi de phénomènes d'infection manifeste avec fétidité et élévation de température, le lavage de la cavité utérine par l'eau oxygénée lui a paru donner des résultats aussi assurés que le curetage préalable peut les donner.

L'eau oxygénée doit être employée à des doses beaucoup plus élevées que celles sur lesquelles des essais ont été faits autrefois. Les solutions courantes du commerce à 10 ou à 12 volumes sont les plus propres à être employées.

Elles se sont toujours montrées inoffensives.

Elles sont peu irritantes.

Leur valeur antiseptique au point de vue de la pratique est très supérieure à celle même du sublimé.

L'eau oxygénée est douée d'une certaine puissance hémostatique.

M. Championnière estime que l'application rationnelle de l'eau oxygénée à la chirurgie peut imprimer un mouvement tout nouveau à des interventions qui se sont toujours montrées imparfaites malgré les progrès de la chirurgie.

Si les essais que l'on a faits jusqu'ici n'avaient pas donné de résultats très encourageants, c'est que ces essais n'avaient pas été faits assez méthodiquement, c'est que l'on n'avait pas montré en quoi cet antiseptique diffère des antiseptiques connus. L'usage que l'on a voulu en faire comme d'un topique à pansement, est une erreur; ce ne peut être qu'un agent de lavage.

Ses usages se multiplieront certainement et cela sera d'autant plus facile que l'industrie l'a produit et l'emploie de plus en plus.

### DISCUSSION

M. CHARPENTIER a expérimenté l'eau oxygénée en gynécologie. Il n'a pas eu beaucoup à s'en louer. L'eau oxygénée ne se conserve pas. M. Tarnier et M. Budin l'ont également essayée sans grand succès. M. Charpentier reconnaît pourtant son innocuité, son action hémostatique et son efficacité contre les ulcérations du col utérin.

M. FERRAND demande à M. Championnière de bien spécifier ce qu'il entend par eau oxygénée. Il y en a plusieurs sortes et, par cela même, elle se montre infidèle. M. Ferrand l'a employée dans des cas de stomatite, dans la gangrène symétrique des extrémités; mais il importe avant tout de bien faire la distinction entre les différentes préparations d'eau oxygénée c'est-à-dire l'eau oxygénée vraie ou bioxyde d'hydrogène et l'eau chargée d'oxygène sous pression.

M. BUDIN a voulu expérimenter l'eau oxygénée. Il a commencé par faire analyser celle qui lui a été envoyée et il a été reconnu qu'elle ne contenait plus d'oxygène.

M. MONOD rappelle que, dans les cas d'infection et de suppuration dont a parlé M. Championnière, les pulvérisations phéniquées donnent les meilleurs résultats.

M. GUÉNIOT a fait des expériences comparatives sur les différents antiseptiques en conservant des cordons ombilicaux dans diverses préparations, telles que solutions de sublimé, solutions phéniquées, eau oxygénée, etc. Or, il a constaté ce fait que les portions de cordon conservées dans l'eau oxygénée, au bout d'un certain temps, étaient complètement dissoutes.

M. LABBÉ avec M. Monod vante surtout les pulvérisations phéniquées. Il rappelle que Verneuil, le premier, a insisté sur les bons effets des pulvérisations phéniquées pour combattre l'anthrax. M. Labbé n'a pas vu un seul érysipèle, une seule angioleucite grave qui aient résisté à l'emploi de ce moyen.

M. BOUCHARDAT fait observer qu'avant de devenir un produit commercial, l'eau oxygénée était une préparation de laboratoire et, par cela même très variable, neutre ou acide. L'acide chlorhydrique, en particulier, qui entrait dans un certain nombre de préparations, a pu être la cause des phénomènes de dissolution observés par M. Guéniot.

M. LABORDE est heureux de voir la résurrection de l'eau oxygénée. C'est un antifermentescible des plus puissants. Bert et Regnard ont montré que c'était la substance microbicide par excellence. Ils avaient cru hypothétiquement qu'elle était dangereuse; c'était une erreur : injectée dans les veines, elle ne provoque pas d'accidents.

Du reste, pendant deux ans, Péan l'a employée avec

grand succès, et il ne l'a abandonnée que devant la difficulté de s'en procurer.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne veut pas contredire des collègues qui ont rappelé l'action de l'acide phénique dans les inflammations septiques superficielles; mais cette action est lente, tandis que celle de l'eau oxygénée est d'une rapidité remarquable; de plus, elle agit tout aussi bien dans les inflammations profondes.

M. Ferrand a raison de ne pas confondre une sorte d'eau de Seltz faite avec de l'oxygène, avec l'eau oxygénée préparée dans l'industrie; celle-ci est du bioxyde d'hydrogène dissous dans de l'eau à raison de 10 à 12 volumes. Elle contient de l'acide sulfurique en quantité appréciable, mais cela n'a aucun inconvénient dans la pratique.

Quant aux faits que rappelle M. Charpentier, ils datent de bien longtemps, et si l'eau oxygénée employée était dans les mêmes conditions que celle envoyée à M. Budin, ils ne sauraient être bien probants.

La rapidité avec laquelle les phénomènes septiques et la suppuration s'amendent et cessent avec l'emploi de l'eau oxygénée démontre incontestablement l'efficacité de son action. M. Championnière demande donc qu'on expérimente une substance aussi active, aussi inoffensive et que l'on trouve partout à l'heure actuelle.

### PRÉSENTATION

**Nouveau modèle de brancard.** — M. CHAVERNAC (d'Aix) présente un brancard entièrement rigide et divisé en deux parties égales et symétriques. Il simplifie la manière d'aborder un blessé. Il supprime la manœuvre du relèvement et n'exige que deux brancardiers.

Il peut être lavé, désinfecté et flambé avec la plus grande facilité. On peut, avec lui, placer aisément un malade dans une voiture, dans un wagon ou sur une table d'opérations et l'y reprendre ensuite sans le relever.

Il supprime le transport des blessés à bras ou à dos d'homme, fatigant et décourageant pour les porteurs, pénible pour le blessé et surtout dangereux pour certaines lésions.

Dans les hôpitaux et dans la clientèle, les services de ce brancard sont très appréciables. Avec lui on pourra passer un malade d'un lit dans un autre sans secousse et sans fatigue : les rhumatisants, les fièvres typhoïdes, les fractures, les paralytiques, etc., utiliseront avec grand avantage ce moyen de déplacement.

C'est surtout sur le champ de bataille que ce brancard montrera toute son utilité. Il porte avec lui un ou plusieurs appareils à fracture des plus simples : une toile métallique et trois courroies. Le fusil et la baïonnette ne serviront plus d'attelles. De cette façon, les blessés pourront être transportés plus vite à l'ambulance, où ils recevront avec efficacité les soins intelligents du chirurgien.

Un homme est frappé d'apoplexie dans la rue; en le relevant et le transportant par les moyens ordinaires : bras d'homme, chaise, voiture, etc., on augmente la lésion par les secousses réitérées, désordonnées, et le malade meurt quelques jours après. Ce brancard évitera cet ébranlement, toujours dangereux, et donnera un gain de survie à l'intéressé.

Un ouvrier tombe d'un échafaudage : il a une luxation incomplète de la colonne vertébrale; un relèvement intempestif peut le paralyser pour toute sa vie. Cette complication n'est pas à craindre si on le ramasse avec ce brancard.

Les brancards munis d'une toile tissée aggravent toujours, à cause de leur incurvation, les entorses, les fractures sus-malléolaires et toutes les fractures en général.

Le brancard du docteur Chavernac évite ces accidents, et son inventeur a bien mérité de la chirurgie et de l'humanité.

La séance est levée.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — *Anatomie* (séance du 5 décembre) : MM. Civatte et Gennet, 10. — Gougis, 8. — Le Roy des Barres, 7. — Gottschalk, Semeril et Zacchiri, 5. — Tabary, 4. — Simonesco, 3. — Alphonse Petit, 2.

*Pathologie* (séance du 5 décembre) : MM. Leri et Percheron, 13. — Bony et Courtellemont, 12. — Maury, 11. — Bonneau et Mircouche, 9. — Brocard, 8. — De Lacombe et Tassin, 7.

(Séance du 6 décembre) : MM. Mouchotte, 14. — Courcoux, Lance, Pécharmant et Silhol, 13. — Chevrey, 12. — Cathala, Herrenschmidt et Kahn, 11. — Housquains, 8.

— M. le docteur Vendrand, médecin depuis trente ans de la Maison de Villers-Cotterets, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décision présidentielle, en date du 18 novembre 1898, la démission de son grade offerte par M. le médecin de première classe de la marine Fruitet a été acceptée.

Par décret de même date, M. le docteur Fruitet a été nommé au grade de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé, pour l'année scolaire 1898-1899, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Laboulbène, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie.

M. Ménétrier, agrégé, est chargé d'un cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.

M. le docteur Boix est nommé chef du laboratoire d'anatomie pathologique (laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité), en remplacement de M. Pilliet, décédé.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Les prix suivants ont été décernés :

Première année : Médaille d'argent, M. Desrousseaux; médailles de bronze, MM. Réal, Lerouge, Delespine et Louvière.

Deuxième année : Médaille d'argent, M. Piet; médailles de bronze, MM. Pierre et Petit.

Troisième année : Médaille de bronze, M. Montaigne.

Quatrième année : Médailles d'argent : MM. Ledoux et E. Bera; médailles de bronze : MM. Delobel, Maigné, Bonte et L. Bera.

Association des anciens étudiants : Lauréat, M. Fabre.

Prix de la société anatomo-clinique : MM. Besson et Verstraete.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le professeur Peugniez est nommé directeur de ladite école.

— *École de médecine de Dijon.* — M. le docteur Zipfel est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— MM. les docteurs Long et Cousyn, promus médecins principaux de la marine, seront affectés, le premier à Brest, le second à Cherbourg.

MM. les médecins de première classe de Bonadona, du port de Brest, et Négretti, du port de Cherbourg, passeront, sur leur demande, au port de Toulon.

M. le docteur Kéraudren, promu médecin de première classe, est maintenu aux troupes de l'Indo-Chine où il comblera la première vacance qui se produira parmi les médecins de première classe de la marine.

MM. les docteurs Gibrat et Bouras, promus médecins de première classe, seront affectés, le premier à Cherbourg, le second à Lorient.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Gustave Loisel, docteur en médecine et docteur ès sciences, commencera un cours d'embryologie comparée de l'homme et des mammifères, le vendredi 16 décembre, à cinq heures et demie, 18, rue de l'Estrapade, et le continuera les vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 141. — SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1898. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### Des indications de l'hystérectomie abdominale totale (1).

Par le docteur J. VANVERTS (de Lille),
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

II

**L'hystérectomie abdominale totale dans les néoplasmes malins de l'utérus.** — L'ablation totale et abdominale de l'utérus atteint de néoplasme malin devait tenter les chirurgiens. Seule, en effet, la voie sus-pubienne permet l'extirpation du néoplasme en masse et sans morcellement, c'est-à-dire dans des conditions meilleures, pour éviter l'inoculation opératoire, que celle de l'hystérectomie avec morcellement.

Quels sont les résultats de cette intervention? Quelles sont les indications qui en résultent? C'est ce que nous essaierons d'établir pour le cancer du col et du corps, pour le sarcome, pour le déciduome malin.

1° CANCER DU COL. — C'est par la voie vaginale qu'on s'est surtout attaqué au cancer du col de l'utérus. On s'est parfois contenté de faire l'amputation sus-vaginale du col (hystérectomie vaginale partielle); mais cette méthode n'a plus aujourd'hui que de rares partisans, et on lui préfère généralement l'hystérectomie totale.

L'hystérectomie vaginale totale constitue actuellement une opération simple et de gravité peu considérable. Le taux de sa mortalité oscille entre 3 à 5 p. 100, d'après la statistique personnelle de notre maître, Bouilly, qui porte sur 127 cas (2).

Quant au pronostic éloigné de cette opération, il est loin d'être brillant. Après elle, la récidive est la règle. Si l'on a pu citer des cas de guérison et de survie notable de six, huit, dix, onze et douze ans (V. Ott, loc. cit.), sept et huit ans (W. Thorn, qui déclare les résultats très encourageants), il faut bien savoir que la récidive se produit généralement vers le sixième ou le septième mois et parfois plus tôt (1).

L'hystérectomie vaginale pour cancer du col est donc une opération qui, comme toutes celles de ce genre, ne peut être considérée comme radicale et n'est, en général, qu'un palliatif puissant, qui fournit une survie parfois notable, fait disparaître les pertes et donne à la malade l'illusion de la guérison.

Si les résultats éloignés de cette intervention sont mauvais, c'est surtout parce qu'on intervient tardivement et que le cancer a déjà dépassé les limites de l'utérus; c'est aussi question d'âge de la malade et de malignité du néoplasme.

Quel est le rôle du morcellement et de l'inoculation opératoire dans cette constance et cette rapidité de la récidive? C'est ce qu'il est bien difficile de dire. Nous le saurons peut-être quand nous connaîtrons les résultats éloignés de l'hys-

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 1273.

(2) E. Poucel (Quatre-vingts hystérectomies vaginales, *Gaz. des hôpit.*, 8 mars 1894, p. 1207) a eu 20 succès sur 20 cas. — W. Thorn (Statistiques d'opérations de cancer de l'utérus, *Berlin. klin. Wochens.*, 4 oct. 1897, p. 879) accuse une mortalité de 1,6 p. 100. — Sur 80 hystérectomies vaginales pour cancer faites de 1887 à 1889, Leopold (in MUNCHMEYER. Cong. des gyn. allem. à Fribourg, 1889; *Centralbl. f. Gyn.*, 1889, n° 31, p. 544) n'a eu que 4 morts, soit une mortalité de 5 p. 100, et les 52 derniers cas ont tous été suivis de guérison. — Dmitri de Ott n'a pas eu de mort sur 30 ablations vaginales totales (Extirpation de l'utérus par la voie vaginale..., *Ann. de gyn.*, oct. et nov. 1889, t. XXXII, p. 241 et 325). — Schauta a eu 5 morts sur 65 cas, soit 7,6 p. 100 de mortalité (*Centralbl. f. Gyn.*, 1890, p. 105, supplément). — Fritsch a vu sa statistique s'abaisser de 11,6 p. 100 (1883 à 1887) à 4,9 p. 100 de mortalité (in A. TANNEN. Beitrag zur Statistik, Prognose und Behandlung des Gebarmutterkrebses, *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXVII, p. 434).

Nous sommes loin des mortalités considérables d'autrefois : 82 p. 100 et 32,9 p. 100 dans la thèse de F. Brunner (*Ueber die Extirpatio des Uterus von der Scheide aus*, Th. de Zurich, 1884); 28,2 p. 100 dans le travail de Mundé (*Amer. Gyn. assoc.* et *Gyn. trans.*, 1884, t. IX); 28,6 p. 100 dans celui de W. A. Duncan (On extirpation of the entire Uterus, *Trans. of the Obstet. Soc.*, Londres 1885, t. XXVII, p. 26).

Il n'en est pas moins vrai, comme le fait remarquer Bouilly (Résultats de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus, *Bull. gén. de thérap.*, fév. et mars 1897, p. 145 et 199), que l'hystérectomie vaginale pour cancer semble un peu plus grave que l'hystérectomie pour fibrome ou annexite, parce que les cancéreuses sont prédisposées à des complications post-opératoires qu'on n'observe pas dans d'autres circonstances.

(1) La proportion des récidives est évaluée, par Terrier et Hartmann, à 70 p. 100 (Cong. franç. de chir., 1892). Les statistiques de Pozzi, Quénu, Ricard, Routier, Schwartz, Legueu, réunies par Lairé (*Résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus*, Th. de Paris, 1896), montrent que la récidive suit l'opération de très près dans un grand nombre de cas. — Voir aussi dans Pozzi (loc. cit., p. 440) les statistiques détaillées de A. Martin, Kaltenbach, Segond, Pozzi, Terrier,

térectomie abdominale totale. Cette opération est encore trop récente et a été faite un trop petit nombre de fois pour qu'on puisse se prononcer sur ce point; mais la suppression du morcellement constitue *a priori* pour elle un avantage indéniable.

Jacobs (loc. cit.), après les Américains, a insisté sur un autre mode d'infériorité de l'hystérectomie vaginale sur l'hystérectomie abdominale. L'ablation par la voie vaginale est, dit-il, toujours insuffisante, parce que, dans tous les cas de cancer, le système lymphatique pelvien est envahi. Aussi faut-il toujours, même dans les cas récents, faire un véritable évidement du bassin et enlever tous les territoires lymphatiques, la partie supérieure du vagin et le tissu cellulaire voisin. Pawlick a essayé cette dissection pelvienne par la voie vaginale; mais le champ opératoire est trop limité. Seule la voie abdominale permettrait de faire une intervention complète et efficace.

On a été plus loin, et on a proposé d'enlever par l'abdomen les cancers ayant dépassé les limites de l'utérus. Pour faire une opération plus complète, on a dû disséquer l'uretère (Quénu, Michaux, loc. cit.), on a fait la ligature préalable de l'artère iliaque interne (1), on a été jusqu'à sectionner l'uretère qu'on a implanté au niveau de la peau. Pryor a suivi la voie abdominale pour réopérer des cancers récidivés après l'hystérectomie vaginale.

De telles interventions ont été suivies de guérison opératoire. Toutefois, elles ne nous semblent pas devoir être conseillées. A côté des lésions visibles qu'on enlève à cette période de dissémination du cancer, il en est qui, moins développées, passent inaperçues et sont négligées; et il nous semble qu'il est téméraire d'affirmer qu'en suivant la voie abdominale et en s'efforçant d'*évider le bassin*, on enlèvera toutes les parties lésées. L'intervention abdominale, même faite au début de l'évolution du cancer, ne peut être taxée de radicale. Peu importe qu'on enlève par ce procédé une plus grande étendue de tissus malades que par la voie vaginale, l'opération restera probablement incomplète et sera suivie de récidive. Sur 10 cas, Jacobs, l'un des partisans de l'hystérectomie abdominale pour cancer, eut 3 débuts de récidive (trois à cinq mois après l'opération). Il s'agissait, il est vrai, de cancers déjà avancés, mais que l'examen préopératoire avait fait considérer comme encore localisés à l'utérus, et par conséquent opérables (2).

Il est, du reste, un point que semblent trop négliger ceux qui proposent d'enlever par l'abdomen l'utérus atteint de cancer cervical, c'est celui de la gravité de l'intervention. C'est dans les cas de cancer utérin qu'on trouve au niveau du vagin une très riche flore microbienne. Faire dans ces conditions, et malgré une antisepsie vaginale minutieuse, une hystérectomie abdominale totale, c'est, plus encore que dans les cas de fibrome, donner à la malade de grandes chances d'infection péritonéale. Sur 6 cas de cancer utérin qu'il enleva par la voie sus-pubienne, Jonnesco eut 3 morts (3). Kustner eut 4 morts sur 18 interventions (4).

(1) Chalot. Transplantation systématique des deux uretères et ligature préventive des deux iliaques internes pour l'extirpation du cancer diffus de l'utérus par l'abdomen, *Indép. méd.*, 16 sept. 1896.

(2) Jacobs. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, déc. 1897.

(3) Th. Jonnesco. De l'hystérectomie vaginale ou abdominale, Cong. franç. de chir., Paris 1897.

(4) Kustner. L'hystérectomie abdominale dans le cancer de l'utérus, XII$^{e}$ Cong. intern. des sc. méd., Moscou 1897.

Jacobs (loc. cit.) fut plus heureux, car sur 11 cas il ne perdit qu'une malade de pneumonie.

L'hystérectomie abdominale pour cancer cervical nous semble donc passible de graves objections. Dans le but de procurer à la malade une survie plus considérable, mais toujours douteuse, on lui donne, en faisant cette opération, des chances sérieuses de mort opératoire. Avec l'hystérectomie vaginale, la récidive est peut-être plus à craindre (ce qui n'est pas encore prouvé), mais on expose peu la vie de la malade.

Dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale nous semble, comme à Kustner (loc. cit.), à W. Thorn (loc. cit.) et à bien d'autres, préférable à l'hystérectomie abdominale totale.

2° Cancer du corps. — Les considérations que nous avons développées au sujet du cancer du col de l'utérus s'appliquent au cancer du corps.

L'hystérectomie vaginale, surtout pratiquée jusqu'ici, a l'avantage d'une certaine bénignité opératoire (1), mais l'inconvénient du morcellement. La friabilité du tissu utérin, sur laquelle insiste Hartmann (loc. cit., p. 12), qui déclare l'hystérectomie abdominale totale préférable, est une source certaine de difficultés, qu'il ne faut pas cependant considérer comme importantes.

L'hystérectomie abdominale totale (opération de Freund) présente les mêmes avantages (absence de morcellement, évidement pelvien) et les mêmes inconvénients qu'en ce qui concerne le cancer du col. Sa mortalité est considérable. Hofmeier a eu 4 morts sur 4 cas (2). Hegar et Kaltenbach accusent 80 morts sur 119 opérations, c'est-à-dire une mortalité de 67,2 p. 100; et une seule des femmes survivantes à l'opération resta sans récidive (3).

Donner à une malade de tels risques de mort pour un si maigre résultat, nous semble, comme à Pozzi (4), une raison suffisante pour déclarer que, sauf une amélioration des résultats que nous ne prévoyons pas, l'hystérectomie abdominale totale ne se trouvera jamais indiquée dans le cancer du corps de l'utérus. On doit lui préférer l'hystérectomie vaginale; et quand celle-ci est devenue impossible en raison de la diffusion des lésions, il faut se contenter des moyens palliatifs.

3° Sarcome. — Nous n'insisterons pas sur la question de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du sarcome de l'utérus. En raison des difficultés du diagnostic de cette affection, qu'on confond presque toujours avec le fibrome (fibro-sarcome) ou avec l'épithélioma (sarcome de la muqueuse), il est difficile de poser les règles de l'intervention chirurgicale dans le sarcome de l'utérus.

Il résulte de cette confusion fréquente que, si on se reporte aux considérations que nous avons développées au sujet du fibrome et du cancer, c'est toujours par la voie vaginale qu'on enlèvera les utérus atteints de sarcome de la muqueuse, c'est ordinairement par la même voie qu'on devra

(1) Krükenberg (*Zeits. f. Geb. und Gyn.*, t. XXXIII, p. 1) a eu 3 morts sur 30 hystérectomies vaginales, soit 10 p. 100 de mortalité. Huit de ces malades ont présenté de la récidive au cours de la première année.

(2) M. Hofmeier. Zur statistik des Gebarmutterkrebses..., *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, 1884, t. V, p. 280.

(3) Hegar et Kaltenbach. 3e édit., 1886, p. 453.

(4) Pozzi. Loc. cit., p. 484.

s'efforcer d'extirper les utérus atteints de fibro-sarcome et ce n'est que dans les cas de tumeur volumineuse fibro-sarcomateuse, qu'on suivra la voie abdominale.

4° Déciduome malin. — Les mêmes règles s'appliquent au traitement du déciduome malin, si souvent confondu avec le fibrome ou le cancer de l'utérus. Malgré les inconvénients du morcellement (1) et les difficultés qui peuvent résulter de la friabilité de l'utérus, c'est l'hystérectomie vaginale qui doit toujours être employée. Dans les douze cas où elle a été faite, elle a donné douze guérisons; mais quatre des opérées moururent de métastase dans un délai de quatre à douze mois après l'intervention (2).

III

**L'hystérectomie abdominale totale dans les salpingo-ovarites.** — Il est exceptionnel que les lésions inflammatoires de l'utérus soient assez accusées et déterminent des troubles assez intenses, en dehors de toute lésion annexielle, pour justifier l'ablation de cet organe. A la suite de l'échec de la thérapeutique conservatrice, on a cependant dû recourir parfois à l'opération radicale; mais c'est toujours à l'hystérectomie vaginale qu'il faut s'adresser dans ces circonstances.

La question de l'ablation de l'utérus se trouve plus fréquemment posée dans les cas d'inflammation annexielle. Notre intention n'est pas d'étudier les indications de l'intervention chirurgicale dans les salpingites. Nous supposerons qu'en raison de l'ancienneté des lésions et de l'inefficacité des moyens simples, le chirurgien s'est décidé à recourir au traitement radical. Dans ces conditions, il aura le choix entre trois moyens d'exérèse : la castration tubo-ovarienne, l'hystérectomie vaginale, l'hystérectomie abdominale.

Comme nous le rappelions au début de ce travail, l'ablation simple des annexes (opération de Lawson Tait), faite généralement par la voie abdominale et exceptionnellement par la voie vaginale, a longtemps été le seul mode d'intervention dirigé contre les salpingo-ovarites. Ses résultats sont généralement bons, mais restent souvent imparfaits. C'est qu'en effet on laisse en place un organe, l'utérus, presque toujours malade. Bien que diminués du fait de la suppression des annexes, les troubles persistent : la femme continue à ressentir des pesanteurs douloureuses dans le ventre, elle a de la leucorrhée, parfois des métrorragies.

La guérison peut être complète malgré la conservation de l'utérus, parce que cet organe, qui a été le premier atteint, présente parfois des lésions peu accentuées par rapport à celles des annexes. Mais on ne peut compter sur elle que dans 60 p. 100 des cas (Bardenheuer), 55,32 p. 100 (Hartmann), 56 p. 100 (Schauta), 60 p. 100 (Léopold, Landau), 64,5 p. 100 (Richelot) (3). C'est dans de telles circonstances qu'on a été parfois amené à enlever secondairement l'utérus, organe nuisible et inutile en l'absence des annexes.

Pour éviter cet inconvénient grave, on a pensé à supprimer l'utérus avec les annexes, par le vagin ou par le ventre, quand la castration devait être bilatérale.

L'hystérectomie vaginale (opération de Péan) se présente avec des caractères certains de bénignité et les résultats éloignés sont bien supérieurs à ceux de la simpte castration tubo-ovarienne (94 p. 100 d'après la statistique de Richelot, in Pauchet, loc. cit., p. 29).

L'hystérectomie abdominale totale, en permettant de joindre l'ablation de l'utérus à celle des annexes par la voie sus-pubienne, est venue donner un fort appoint à la cause de la laparotomie. Ses partisans, devenus rapidement nombreux, l'ont bientôt déclarée une opération idéale, qui devait supplanter tous les autres procédés employés jusqu'à présent.

Cette opinion n'est-elle pas exagérée? L'hystérectomie abdominale totale doit elle toujours être faite, à l'exclusion de l'hystérectomie vaginale? Doit-elle toujours accompagner la castration tubo-ovarienne? Est-elle en somme la seule opération qu'il faille employer dans les cas de lésion annexielle bilatérale? A-t-elle, au contraire, des indications spéciales?

1° L'hystérectomie abdominale totale doit-elle remplacer l'hystérectomie vaginale? — Oui, disent Bardenheuer, Hartmann, Jonnesco et la plupart des chirurgiens américains. D'après eux, l'hystérectomie abdominale serait aussi, sinon plus, bénigne que l'hystérectomie vaginale; elle permettrait de voir mieux ce qu'on fait et d'éviter la lésion d'organes adhérents; elle donnerait des résultats éloignés plus sûrs, parce qu'elle permettrait presque toujours de faire une éradication totale des lésions.

Cette opinion a soulevé de nombreuses protestations, surtout en France.

L'hystérectomie vaginale est une opération simple, dont les Américains médisent parce qu'ils la connaissent peu et la font généralement mal. Elle est aussi bénigne que l'hystérectomie abdominale (1).

Il y a des cas où elle présente sur l'hystérectomie abdominale une supériorité incontestable : ce sont ceux où à la lésion annexielle s'ajoutent des lésions suppurées péri-tubaires, où le péritoine pelvien renferme plusieurs collections purulentes, complètement séparées de la grande ca-

---

(1) Jeannel. Du déciduome malin, Congr. de chir., Lyon 1894.

(2) Voir Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 1898, p. 974.

(3) Bardenheuer, in K. Bliesener. L'opération abdominale radicale pour inflammation des annexes, *Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1896, t. III, p. 458, et t. IV, p. 15. — Hartmann. Loc. cit. — Schauta. Cong. allem. de gyn., Vienne 1895. — Richelot, in Pauchet. Loc. cit., p. 29.

(1) Pauchet (loc. cit., p. 21) rapporte que, pendant une période de deux ans, Richelot eut une série de 130 cas sans mort, et qu'il n'y eut qu'une mort pendant l'année qu'il passa dans son service. La mortalité de l'hystérectomie vaginale oscille entre 4 et 7 p. 100 (*Id.*, p. 42). — Poucel (loc. cit., p. 1207) n'a eu aucune mort sur 44 hystérectomies pour lésions salpingiennes, dont 19 suppurées. — Sur un total de 200 observations, Segond accuse une mortalité de 7 p. 100; il est vrai que plusieurs des cas de mort concernent des faits de suppuration péri-utérine graves qui auraient probablement donné le même résultat avec tout autre mode d'intervention (Baudron. *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions bilatérales des annexes*, Th. de Paris, mai 1894). — Bouilly compte 3 morts sur 51 cas. — Bardenheuer, que cite Bouilly, a réuni une statistique de 1113 hystérectomies vaginales avec 34 morts, soit 3,5 p. 100 de mortalité. — Legueu (loc. cit., p. 771), réunissant les statistiques de Richelot, Doyen, Péan, Segond, Rouffart, Jacobs, obtient un total de 690 cas avec 4,49 p. 100 de mortalité.

Si, en pratiquant l'hystérectomie abdominale totale, Monprofit a eu 6 succès sur 6 cas (De la castration abdominale pour salpingites suppurées, Congr. franç. de chir., 1897) et Baldy 22 succès sur 22 cas (loc. cit.), Bardenheuer a perdu 2 malades sur 40 (loc. cit.) et Delagénière 2 sur 10 (Indications de la castration abdominale totale dans le traitement de certains cas de suppuration pelvienne, Cong. de gyn., Genève 1896).

vité péritonéale par un plafond d'adhérences où en somme il existe de la *péri-métro-salpingite* (Pozzi). Faite dans ces conditions, l'ablation de l'utérus et des lésions qui l'entourent, se présente avec des caractères de gravité et de difficulté considérables quand on suit la voie sus-pubienne, tandis qu'elle est généralement bénigne, même dans les cas complexes, quand on suit la voie vaginale. « Les cas les plus difficiles pour l'hystérectomie vaginale et les plus mauvais en apparence, dit Bouilly, sont les meilleurs au point de vue des résultats; on opère dans un péritoine fermé, chroniquement enflammé, et à l'intérieur de poches dont les parois défendent la cavité péritonéale ». Et Richelot ajoute que les grandes suppurations et les adhérences compliquées sont l'écueil de la laparotomie et le triomphe de l'hystérectomie vaginale.

S'il est incontestable que le champ opératoire soit plus large et plus éclairé après la laparotomie qu'après la colpotomie, surtout quand on se sert du plan incliné, il est faux de déclarer que l'hystérectomie vaginale soit une opération aveugle. Les lésions intestinales, vésicales, urétérales ne sont pas plus fréquentes après cette dernière intervention qu'après l'hystérectomie abdominale (1) et sont généralement moins graves.

Les résultats éloignés seraient meilleurs, avons-nous dit en rapportant l'opinion des partisans de l'hystérectomie abdominale, après cette opération qu'après l'hystérectomie vaginale. Dans le premier cas, en effet, on pourrait toujours enlever la totalité des lésions, tandis que dans le second on serait parfois obligé, pour ne pas s'exposer à léser des organes importants, de laisser des débris d'annexes adhérents.

Cette supériorité de l'hystérectomie abdominale, bien qu'incontestable dans certains cas, est loin d'être constante. Il est exceptionnel qu'on ne puisse enlever par la voie vaginale la totalité des annexes malades. Dans certains cas de suppuration pelvienne étendue, on est parfois obligé de laisser des débris de poche très adhérents; mais peut-être en serait-il de même par la voie abdominale, et, comme nous l'avons vu, ces cas spéciaux ressortissent de la voie vaginale.

Il nous semble qu'à ce point de vue on peut comparer l'intervention pour suppuration pelvienne à l'ouverture des abcès péri-appendiculaires. Il peut être préférable dans chacun de ces cas de renoncer à l'ablation de l'organe (annexes, appendice) primitivement lésé, parce que cette ablation présente des dangers et qu'elle n'est pas indispensable pour obtenir la guérison. Les faits nombreux de suppuration pelvienne guéris par la simple incision vaginale, sans suppression de l'utérus, montrent que l'évacuation et le drainage des collections annexielles et péri-annexielles constituent un excellent mode de traitement de ces lésions (2).

L'extirpation totale des lésions est cependant un but qu'on doit toujours rechercher. Quand on constate que les annexes enflammées occupent un siège trop élevé pour qu'on espère pouvoir les extraire par le vagin, c'est à la voie abdominale qu'il faut s'adresser. Mais ce sont là des cas exceptionnels.

L'hystérectomie vaginale, agissant comme opération radicale ou comme moyen d'obtenir un large drainage, donne 94 p. 100 de succès définitifs, d'après Pauchet (loc. cit.). Elle nous semble donc, sauf dans des cas rares, de valeur égale, sinon supérieure, à l'hystérectomie abdominale.

Mais, qu'elle soit vaginale (1) ou abdominale, l'hystérectomie ne doit être faite que dans les cas de lésions annexielles certainement bilatérales. S'il y a doute sur cette bilatéralité, on n'a plus le droit d'entreprendre l'hystérectomie vaginale, qui sacrifie de parti pris l'utérus, sans qu'on puisse se rendre préalablement compte de l'état exact des lésions.

A ce point de vue, l'hystérectomie abdominale présente une supériorité incontestable. Le ventre étant ouvert, le chirurgien peut toujours modifier sa conduite selon la nature et l'étendue des lésions qu'il vérifie directement. En se décidant pour la laparotomie dans les cas où il hésite, il évite de décider l'opportunité d'une opération mutilante avant de s'être assuré de sa nécessité.

2° La voie abdominale ayant été suivie, faut-il toujours enlever l'utérus? — Quand on croit que les lésions annexielles sont unilatérales ou quand on a des doutes sur leur bilatéralité, il faut, avons-nous dit, renoncer à l'hystérectomie vaginale et faire la laparotomie de façon à pouvoir respecter la trompe et l'ovaire qu'on soupçonne sains.

Le ventre étant ouvert, le chirurgien s'aperçoit que, contrairement à son attente, les lésions sont bilatérales. Doit-il se contenter de la castration tubo-ovarienne? Doit-il lui joindre l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale?

L'hystérectomie abdominale doit toujours accompagner la castration tubo-ovarienne double, disent Bardenheuer, Hartmann, etc. Elle constitue le complément logique (Richelot), nécessaire (Legueu) de la laparotomie. Elle doit donc être faite d'une façon systématique dans ces circonstances, de manière à assurer à l'opérée une guérison complète.

Cette opinion est loin d'être adoptée par tous les chirurgiens. Sans doute, l'hystérectomie abdominale totale n'est plus une opération grave; mais il serait exagéré de la considérer comme d'une extrême bénignité. En joignant l'ablation de l'utérus à celle des annexes, on augmente les chances de mort, par la prolongation de l'acte opératoire, par les chances d'infection d'origine vaginale, etc. On n'a le droit de donner à la femme cette augmentation des dangers encourus que si elle peut en retirer quelque bénéfice.

A ce point de vue, les cas ne sont pas comparables. Il y en a où l'on se rend facilement compte avant l'opération que le sacrifice de l'utérus n'aura aucun ou un bien faible avantage, parce que cet organe est peu malade et incapable de donner naissance à des phénomènes morbides notables. Ce sont ceux où la leucorrhée est nulle ou insignifiante, où l'utérus est petit, non douloureux au toucher, libre d'adhérences, où le col est petit, ne présente pas d'ectropion de la muqueuse endo-cervicale. Dans ces conditions, on doit se borner à enlever les annexes malades.

Si, au contraire, l'utérus présente des lésions notables, si

(1) Pauchet (loc. cit., p. 19), s'appuyant sur diverses statistiques, conclut que l'hystérectomie vaginale occasionne moins de lésions viscérales que la laparotomie.

(2) Voir Ch. Monod (Traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 4 mai 1898, p. 43) et la discussion qui a suivi la communication de notre maître.

(1) Nous n'insistons pas sur la supériorité de la voie vaginale au point de vue de la suppression de la cicatrice abdominale et de l'absence d'éventration consécutive. Ces considérations ont une importance secondaire dans la question qui nous occupe.

l'on constate des symptômes de métrite, si l'utérus est adhérent, on peut et on doit souvent joindre l'ablation de cet organe à celle des annexes.

L'hystérectomie abdominale est, dans d'autres circonstances, une opération de nécessité. Au cours d'une laparotomie entreprise pour enlever les annexes seules, on voit parfois se produire, à la suite de la libération d'adhérences, une hémorragie en nappe, incoercible, au niveau des surfaces de décortication, derrière l'utérus, à la face postérieure des ligaments larges et de l'excavation. La difficulté d'assurer l'hémostase devient une indication au sacrifice d'un utérus devenu inutile. Comme le fait remarquer Noble (loc. cit.), une grande portion de ces surfaces saignantes reçoit son irrigation vasculaire de l'artère utérine, qui est laissée indemne dans la simple castration annexielle. Ce fait anatomique explique la difficulté qu'on doit éprouver quelquefois à arrêter le sang en pareil cas. L'hystérectomie supprime cet afflux vasculaire et arrête le suintement.

L'utérus doit encore être sacrifié quand on croit nécessaire de pratiquer par le vagin un large drainage et que l'incision du cul-de-sac postérieur semble insuffisante à l'assurer.

Il résulte de cette étude que l'hystérectomie abdominale totale ne constitue pas l'opération qu'il faille employer d'une façon systématique dans tous les cas de lésions annexielles bilatérales. L'hystérectomie vaginale nous semble garder une supériorité notable, due à sa bénignité et souvent à sa simplicité. La situation élevée des annexes malades peut cependant être une indication de la voie abdominale.

Quand c'est à la laparotomie qu'on a cru préférable de recourir — et c'est ce qu'il faut toujours faire dans les cas où on a un doute sur la bilatéralité des lésions — et quand on s'aperçoit que la castration doit être double, on n'enlèvera l'utérus que si l'on a des raisons pour le sacrifier. « L'hystérectomie abdominale totale pour salpingo-ovarite reste une opération d'exception, qu'on ne doit faire que quand il y a indication formelle à supprimer l'utérus et quand il y a contre-indication à l'hystérectomie vaginale » (Delagénière). C'est une opération de correction (Richelot); et, à ce titre, elle représente une manœuvre de nécessité et non une méthode de choix.

## IV

**L'hystérectomie abdominale totale en obstétrique.** — Les résultats donnés par l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des tumeurs utérines et des salpingites devaient pousser les accoucheurs à essayer cette opération dans les cas où jusque-là on recourait à l'amputation sus-vaginale de l'utérus avec ligature (opération de Porro).

Cette question de l'hystérectomie abdominale totale en obstétrique est récente et encore à l'étude.

Nous nous contenterons presque uniquement d'énumérer les résultats qu'a donnés cette méthode dans les cas d'extraction du fœtus par la voie abdominale, dans ceux de coexistence de fibrome ou de cancer et de grossesse, dans ceux de rupture utérine, dans l'infection puerpérale. Les faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse généralement déduire de leur analyse des conclusions fermes.

1° Extraction du fœtus par la voie abdominale. — Nous éviterons, aussi bien en ce qui concerne l'extraction du fœtus par la voie abdominale que les autres questions que nous devons étudier, de discuter quelles sont les indications de l'hystérectomie. C'est là un sujet trop important et trop complexe pour que nous l'abordions ici. Nous supposerons que, pour une raison quelconque, le sacrifice de l'utérus a été décidé. Par quelle voie et par quel procédé cet organe doit-il être enlevé?

Dans les cas de rétrécissement notable du bassin on peut se contenter de faire l'opération césarienne. Si l'on préfère, avec Varnier et Delbet (1) enlever l'utérus, c'est à l'hystérectomie abdominale totale ou à l'hystérectomie supravaginale modifiée qu'il faut s'adresser plutôt qu'à l'opération de Porro, et ceci résulte des considérations que nous avons développées au sujet des fibromes utérins. Sur les huit cas que les auteurs précédents ont pu réunir, il n'y eut qu'une mort.

Comme le font remarquer Pinard et Segond (2), cette ablation complète de l'utérus permet de pratiquer avec succès l'opération césarienne dans les cas d'utérus infectés, ce que l'on n'osait pas faire et ce que ne faisaient pas jusque-là les césariens les plus résolus.

2° Coexistence de fibrome et de grossesse. — En raison de la faible augmentation de volume de l'utérus pendant les trois premiers mois de la grossesse, la plupart des chirurgiens et accoucheurs s'accordent à conseiller l'hystérectomie vaginale de préférence à l'abdominale totale dans ces cas, pour les raisons que nous avons données en étudiant les indications de ces deux interventions dans les fibromes en dehors de la grossesse. Il y a exception pour les néoplasmes qui, soit par leur volume, soit par leur forme, soit par leur situation, contre-indiquent l'emploi de la voie vaginale.

Quand la grossesse est plus avancée, l'hystérectomie vaginale ne doit plus en général être tentée, en raison des difficultés qu'elle présente. C'est donc à la voie abdominale qu'on s'adressera. L'opération de Porro a jusqu'à présent été presque toujours pratiquée. Elle revêt un caractère de sérieuse gravité (50 p. 100, d'après Puech, loc. cit.; 30 p. 100, d'après Pozzi, loc. cit., p. 390), due évidemment à l'infection de l'utérus par suite de la longueur du travail et des manœuvres antérieures.

H. Varnier et P. Delbet (loc. cit.) ont donné l'analyse de sept cas d'hystérectomie abdominale totale faite pour fibrome utérin compliqué de grossesse avec six morts.

La comparaison de ces chiffres nous permet de nous prononcer d'une façon catégorique, avec Varnier, Delbet (loc. cit). et Maygrier (3), sur la supériorité de cette intervention. Suivant que le fœtus sera vivant ou mort, on commencera par l'extraire avant de pratiquer l'hystérectomie, ou l'on s'abstiendra d'inciser préalablement l'utérus.

(1) H. Varnier et Pierre Delbet. Rétroflexion complète de l'utérus à terme. Obstruction pelvienne par un fibrome adhérent. Hystérectomie abdominale totale. Guérison, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1897, t. XLVII, p. 102.

(2) Pinard et Segond. Gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail, à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin, Acad. de méd., 19 janv. 1897, et *Ann. de gyn. et d'obst.*, fév. 1897, p. 97.

(3) Maygrier, in S. Tarnier et P. Budin. *Traité de l'art des accouchements*, t. III, p. 459.

3° Coexistence de cancer et de grossesse. — L'hystérectomie vaginale, malgré ses imperfections, est préférable à l'hystérectomie abdominale (1). Quand la grossesse est peu avancée (jusqu'à quatre mois), cette opération ne présente pas de difficultés notables, et la plupart des accoucheurs s'accordent à la recommander. Beckmann a eu 14 guérisons sur 14 interventions (2).

Dans les cas où la grossesse a dépassé le quatrième mois, on a proposé et pratiqué trois sortes d'intervention : l'hystérectomie vaginale après accouchement ou avortement provoqués ou spontanés, la césarienne vaginale, l'hystérectomie abdominale totale.

L'hystérectomie vaginale, faite plusieurs jours après l'accouchement ou l'avortement provoqués ou spontanés, a donné constamment de bons résultats à Bouilly, Olshausen, Theilhaber, Floel, Lohlein, Ott (2 cas), Rinischka (3). L'utérus, vidé de son contenu, est extrait aisément par le vagin. Récemment Beckmann rapportait 17 observations avec 17 guérisons (loc. cit.).

On a objecté à cette méthode qu'en raison de la consistance spéciale du col utérin dans les cas de cancer étendu, celui-ci, devenu inextensible, ne pouvait se dilater et courait risque de se déchirer au cours de l'accouchement. Peut-être serait-il donc prudent, quand tout le col est envahi par le cancer, de ne pas tenter l'accouchement prématuré et de recourir à l'un des procédés suivants.

L'hystérectomie abdominale totale aurait donné 8 morts sur 10 au cours de l'accouchement (Theilhaber, loc. cit.); 5 morts sur 5 dans les mêmes conditions, mais 2 guérisons sur 2 au cours du sixième mois de la grossesse (4); 1 mort dans un cas de grossesse à terme (5); 7 morts sur 11 (Varnier et Delbet, loc. cit.).

Duehrssen a, à plusieurs reprises, appelé l'attention sur une opération à laquelle il a donné le nom de « césarienne vaginale » (6). En ce qui concerne l'utérus gravide cancéreux, il affirme qu'on peut faire suivre cette opération de l'extirpation de l'utérus, même dans les cas où la grossesse est avancée. Ce procédé n'offrirait aucune difficulté, supprimerait les dangers d'éventration et le schock opératoire et serait préférable à l'hystérectomie abdominale totale (7). W. Thorn (8), Althertun, Reckmann (9), se déclarent aussi partisans de la césarienne vaginale.

(1) Nous ne ferons que signaler l'amputation du col utérin, qui est une mauvaise intervention. Bar (*Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement*, Th. de Paris, 1886) nous apprend qu'elle interrompt la grossesse dans un tiers des cas et que l'enfant vient mort-né dans un tiers des cas où la grossesse a continué son cours.

(2) Beckmann. *Journ. d'obst. et de gyn.*, Saint-Pétersbourg, fév. 1896, et *Zeits. f. Geb. und. Gyn.*, 1896, t. XXIV, p. 1.

(3) Voir Theilhaber. Traitement du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement, *Arch. f. Gyn.*, 1894, XLVII, t. I, p. 56; et N. Pobedinsky. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1897, t. XLVII, p. 281.

(4) Berlin. *De l'opération césarienne. Méthodes et procédés d'exécution*, Paris 1890, p. 99.

(5) P. Zweifel. *Varlesungen über klinische Gynækologie*, Berlin 1892, p. 316.

(6) Duehrssen. Traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse, *Centralbl. f. Gyn.*, 31 juillet 1897.

(7) Ce procédé comprend : 1° l'ablation du néoplasme au thermocautère et l'excision du col au delà du mal; 2° l'ouverture de l'utérus sur la paroi antérieure et l'extraction de l'enfant; 3° l'extraction de l'utérus par la voie vaginale.

(8) W. Thorn. *Berlin. Klin. Wochens.*, 4 oct. 1897, p. 879.

(9) Reckmann. Extirpation totale de l'utérus cancéreux gravide par le vagin, *Centralbl. f. Gyn.*, 27 nov. 1897, p. 1388.

En présence de la gravité considérable de l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus gravide, il nous semble, comme à Varnier et Delbet, Duehrssen, Pobedinsky (loc. cit.), et contrairement à Hernandez (1), que cette opération ne doit être faite que dans des cas tout à fait exceptionnels et qu'on doit lui préférer l'un des deux procédés que nous avons étudiés.

4° Rupture de l'utérus. — L'opération de Porro, faite pour rupture de l'utérus, a donné 17 guérisons sur 39 cas, soit 56,5 p. 100 de mortalité (2). Nous ne comprenons pas les avantages que Maygrier semble attribuer au pédicule extra-péritonéal dans ces circonstances.

L'hystérectomie abdominale totale a donné 3 guérisons sur 7 cas (3).

Il nous semble que, quand le sacrifice de l'utérus est indiqué du fait de la rupture de cet organe, c'est à cette dernière intervention qu'il vaut mieux s'adresser. Notre préférence s'appuie sur les raisons que nous avons rappelées à plusieurs reprises, et sur ce fait que la déchirure de l'utérus empiète parfois sur le col.

5° Infection puerpérale. — La question des indications de l'ablation de l'utérus dans l'infection puerpérale est loin d'être élucidée (4).

Si l'on se décide à sacrifier cet organe, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut recourir de préférence (5), car elle expose moins que l'hystérectomie abdominale à l'inoculation du péritoine par le contenu très septique de l'utérus.

Quand il s'agit d'un accouchement survenu à terme ou près du terme de la grossesse, le volume de l'utérus peut rendre difficile l'ablation par le vagin. La friabilité du tissu utérin est aussi une contre-indication à l'emploi de la voie vaginale (cas de Vineberg). L'hystérectomie abdominale trouve ici ses indications dans les contre-indications de l'hystérectomie vaginale. Au lieu de faire l'amputation sus-vaginale du col, qui a jusqu'à présent été surtout pratiquée (6), il semble préférable, comme le conseille Sippel (7) et comme l'a fait Vineberg (8), d'enlever la totalité de l'utérus malade. Ce dernier procédé permettra, en outre, d'établir un large drainage par le vagin.

(1) E. Hernandez. Traitement du cancer de l'utérus gravide, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1894, t. XLII, p. 81.

(2) Statistique résumée par Maygrier (loc. cit, p. 538).

(3) *Idem* (p. 496 et 539).

(4) Voir : Soc. obst. et gyn. de Paris, 8 mai 1890. — Maygrier et Demelin. *Arch. de tocol. et de gyn.*, fév. 1892. — Lapthorn Smith. Un cas de péritonite puerpérale traitée par l'amputation de l'utérus; guérison, *Der Frauerarzt*, mars 1892, p. 105. — Tarnier. *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*, 1894, p. 721. — Pinard et Wallich. *L'infection puerpérale.* — Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'obstétrique*, 2e édit., p. 1268.

Wintrebert (*De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales*, Th. de Paris, 1895) conseille l'hystérectomie dans les cas où l'infection, ayant dépassé la muqueuse utérine, s'est propagée au parenchyme, aux veines utérines et aux lymphatiques profonds de l'utérus. Il considère comme contre-indication à l'intervention radicale la propagation de l'infection au péritoine et à tout l'organisme.

(5) Cas de Roosenburg, de Bouilly (voir Wintrebert. Obs. II et V).

(6) Cas de Schultze, Goldsborough, Sippel (*Idem*, Obs. I, III et IV), Laphtorn Smith (loc. cit.).

(7) Sippel. *Centratbl. f. Gyn.*, 14 juillet 1894.

(8) H. Vineberg. Hystérectomie abdominale pour infection puerpérale aiguë; guérison, *Med. Record*, 18 juin 1898.

V

De l'étude que nous venons de faire, il résulte qu'il est difficile de poser actuellement les indications précises de l'hystérectomie abdominale totale.

Nous avons pu établir que dans quelques cas de lésions utérines ou péri-utérines l'hystérectomie abdominale totale était l'opération de choix (1). Mais dans un grand nombre de circonstances nous avons dû rester dans le doute et éviter de porter sur elle un jugement nettement favorable ou défavorable. C'est qu'il s'agit là d'une opération récente, qui évolue et qui n'a pas encore fait suffisamment ses preuves. Pour cette raison, nombreux et variés sont les avis qui ont été portés sur elle.

Néanmoins l'hystérectomie abdominale a pris une place considérable dans la thérapeutique des affections génitales. Quelle doit être exactement cette place? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

---

## LA STÉRILISATION DES OBJETS DE PANSEMENT (2)

Par MM. A. Bardy et le docteur H. Martin.

III

Drains, sondes. — Les drains et les sondes en caoutchouc sont débarassés de l'excès de soufre qu'ils contiennent, par digestion de quelques heures dans une solution de carbonate de soude, puis ils sont autoclavés comme les crins.

Eau. — Nous croyons devoir signaler ici le stérilisateur à eau qui fonctionne dans notre laboratoire, et dont nous n'avons trouvé le modèle nulle part. C'est à l'instigation de M. le docteur Picqué, chirurgien de l'hôpital Dubois, que M. Bardy, pharmacien à Paris, se mit en quête d'un appareil pouvant fournir de grandes quantités d'eau rigoureusement stérile.

Tous les stérilisateurs connus jusqu'alors pouvaient se rattacher à deux types : le stérilisateur continu, le stérilisateur discontinu. Le premier consiste en un récipient chauffé dans lequel passe continuellement l'eau qui se rend dans un réservoir. Si l'on ne sait pas très bien se servir de cet appareil, ou si l'on veut aller trop vite, l'eau, qui peut atteindre une température de 100 à 105 degrés, n'arrive plus qu'à 80 degrés et même moins, selon la vitesse du courant. Enfin, objection beaucoup plus grave, les réservoirs ne sont pas stérilisés.

Les appareils discontinus ne fonctionnent que par intermittence. L'eau est chauffée à l'autoclave à 134 degrés et recueillie après refroidissement; les réservoirs peuvent être stérilisés; cependant il y a deux défauts à signaler : 1° on n'obtient qu'une petite quantité d'eau; 2° le réservoir étant placé à la même hauteur, ou même plus bas que l'autoclave, si on oublie de fermer le robinet de communication, l'eau introduite pour une deuxième opération se mêle à l'eau stérilisée, et tout est à recommencer, à moins que la personne responsable de la négligence ne s'abstienne de prévenir et ne laisse employer l'eau comme si elle était stérilisée.

Avec l'appareil imaginé par M. Bardy, il est impossible d'obtenir autre chose que de l'eau parfaitement stérilisée. (Voir *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 7 juin 1898, p. 627, et *Gaz. des hôpit.* du 18 juin 1898, p. 653.)

Cette eau stérilisée est contenue dans des flacons stérilisés pouvant se chauffer. Si donc, pour un lavage, on a besoin d'eau chaude, on place directement la bouteille sur un fourneau de cuisine, sur le gaz ou sur du charbon de bois, sans avoir à faire de transvasement. Tous nos sérums et toutes nos solutions sont placés dans ces mêmes bouteilles.

Laminaires. — Les laminaires sont, comme le catgut, stérilisées dans l'alcool absolu à 120 degrés; elles gardent tout leur pouvoir de dilatation.

Sérum artificiel. — Nous stérilisons le sérum artificiel dans les flacons, indiqués précédemment, munis d'un bouchon percé de trois ouvertures. La première porte un thermomètre gradué de 20 à 70 degrés, mais pouvant être chauffé jusqu'à 200 degrés sans se briser; les chiffres de la graduation sont inscrits à l'envers, pour faciliter la lecture quand le flacon sera retourné, au moment de l'injection. Dans la seconde, passe un tube de verre court, fermé d'un tampon d'ouate, muni d'un renflement pour l'adaptation du tuyau de caoutchouc porteur de l'aiguille hypodermique. Dans la troisième, se trouve un tube de verre descendant jusqu'au fond du flacon, et destiné à la rentrée de l'air; ce tube est fermé de deux tampons d'ouate séparés par un léger intervalle, afin que, si une goutte de liquide vient à s'engager dans le tube, elle soit arrêtée par le premier tampon et laisse le second intact. Tous ces tampons sont d'ailleurs en coton non hydrophile. L'ensemble ainsi constitué, sérum, flacons, tubes et thermomètre, est stérilisé à l'autoclave à 120 degrés et reste indéfiniment aseptique.

Au moment de l'injection, on réchauffe le sérum au bain-marie à la température voulue, que le thermomètre indique constamment; on enlève le tampon d'ouate du tube court, on adapte le tuyau de caoutchouc stérilisé et l'aiguille flambée, on retourne le flacon et on le suspend à une hauteur convenable. Lorsque l'injection doit durer longtemps, c'est-à-dire lorsque la masse à injecter est considérable, il est bon de maintenir la température constante. Nous avons fait construire dans ce but un manchon réchauffeur dont l'emploi est aussi simple que celui du flacon nu : on place le flacon, entouré du manchon, dans l'eau bouillante jusqu'à ce que le thermomètre marque une température inférieure de quelques degrés à celle que l'on veut obtenir; l'appareil sorti de l'eau, la température monte encore de 4 ou 5 degrés, puis elle reste stationnaire deux heures au moins; elle descend ensuite lentement.

Solutions antiseptiques. — Presque toutes les solutions antiseptiques peuvent être stérilisées à l'autoclave. Nous les plaçons dans les mêmes flacons que l'eau stérilisée, avec le même mode de fermeture qui est le suivant : un bouchon percé d'un trou horizontal et d'un trou vertical se rejoignant pour former un coude au centre du bouchon. Les flacons sont placés à l'autoclave, munis du bouchon assez peu enfoncé pour que l'orifice du trou horizontal communique avec l'extérieur. Quand la stérilisation est terminée, le bouchon est enfoncé complètement et convenablement encapuchonné pour arrêter toutes les poussières. Pour chauffer les solutions, on retire doucement le bouchon pour que l'ouverture horizontale soit en dehors du goulot de la bouteille et laisse échapper la vapeur d'eau.

---

(1) Nous rappelons que, sauf dans les cas où le col utérin est le siège de lésions, nous considérons comme de valeur égale l'hystérectomie supra-vaginale modifiée et l'hystérectomie abdominale totale.

(2) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 1294.

Solutions hypodermiques. — Nous suivons le procédé du Codex (ébullition simple), sauf en ce qui concerne les contenants; le Codex se contente de simples flacons bouchés à l'émeri; nous préférons renfermer nos solutions stérilisées dans de petites ampoules de verre scellées à la lampe et ne renfermant que la dose de solution pour une seule injection hypodermique.

Conclusion. — De ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure que les procédés de stérilisation applicables aux objets de pansements doivent désormais donner aux chirurgiens et aux accoucheurs une sécurité absolue. Pour presque tous ces objets, on a pu abandonner la stérilisation chimique, qui donnait une sécurité trompeuse, la stérilisation par l'air chaud, qui détériorait les pansements, et la stérilition par la vapeur d'eau, qui les mouillait.

L'emploi de la vapeur d'alcool constitue un progrès réel; préconisée par le docteur Répin pour le catgut, elle doit être employée pour les catguts et les autres pièces de pansements. Cette vapeur stérilise au moins aussi bien que celle de l'eau et laisse aux tissus leur pouvoir hydrophile; elle n'altère pas la ténacité du catgut ni la dilatabilité des laminaires; elle permet de chauffer les gazes et cotons imprégnés de substances médicamenteuses; c'est à elle que nous avons donné la préférence chaque fois que nous avons pu.

On peut dire que l'arsenal de la stérilisation est constitué maintenant, de telle sorte que les suppurations et surtout les infections secondaires dues au défaut d'asepsie des pansements ne doivent plus se produire. Les praticiens de la campagne eux-mêmes peuvent être pourvus de tout le nécessaire, puisqu'ils ont la possibilité de s'approvisionner pour un temps indéterminé sans craindre de perdre leurs avances. Les objets soigneusement stérilisés, et contenus dans des récipients convenablement choisis, restent indéfiniment utilisables.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 décembre 1898. — Présidence de M. Berger.

### COMMUNICATIONS

**Traitement du tétanos par les injections intracraniennes de sérum antitétanique.** — M. Folet (de Lille) adresse l'observation d'un charretier atteint de fracture avec plaie des deux jambes qui fut pris de tétanos. Dès que l'on eut constaté du trismus, la température était encore peu élevée, 37°8, M. Folet, avec M. Calmette, fit, après trépanation, dans la substance cérébrale une injection de 5 centimètres cubes de sérum antitétanique. Le malade succomba dans la nuit. L'autopsie des hémisphères cérébraux fut absolument négative.

**Injections intra-vésicales de vaseline iodoformée.** — M. Pousson (de Nantes) adresse une note sur ce sujet à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Bazy.

M. Bazy rappelle qu'il n'a pas eu la prétention de créer les injections de vaseline iodoformée dans la vessie. Il a seulement voulu appeler l'attention de ses collègues sur les pansements permanents qu'on peut obtenir par ce procédé.

### RAPPORTS

**Des abcès cérébelleux.** — M. Picqué continue son rapport sur ce sujet. Il insiste sur la fréquence de ces abcès. Il passe en revue les différents procédés opératoires les plus propres à aborder et à évacuer ces abcès. Il discute ces différents procédés et il pense que c'est par une voie créée à travers l'occipital qu'il est le plus aisé d'aborder largement ces abcès cérébelleux.

M. Guinard relate deux observations : dans la première, il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans qui, trois mois auparavant, avait eu la fièvre typhoïde. Ce jeune homme fut atteint pendant plusieurs semaines d'une suppuration de l'oreille droite. Il entra à Lariboisière le 20 octobre. Il était impossible devant les symptômes qu'il présentait de diagnostiquer un abcès cérébelleux; il avait des vertiges, des vomissements. M. Guinard fit l'incision pour pratiquer la trépanation de l'apophyse mastoïde ; celle-ci était détruite par la suppuration, il l'enleva en totalité, il arriva sur le sinus latéral, il le releva et fit, au-dessous de lui, une ponction de 4 à 5 centimètres qui donna du pus; il incisa alors largement le cervelet et put extraire la valeur d'un verre à bordeaux de pus fétide. Le malade succomba. On put voir, à l'autopsie, que l'incision faite par M. Guinard et le chemin qu'il avait pris avaient ouvert un accès très large dans le cervelet.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un malade présentant tous les signes d'une méningite survenue au cours d'une otite suppurée d'origine grippale. Il y avait eu labyrinthite suppurée, méningite consécutive et mort. A l'autopsie on trouva un abcès cérébelleux. Dans le premier cas, M. Guinard avait suivi la voie de Mignot. Dans cette opération, le sinus latéral doit servir de guide; on doit le voir et passer au-dessous de lui. Dans certains cas, sans doute, le volet occipital proposé M. Picqué est plus avantageux, mais il faudrait pour choisir cette voie être bien sûr de son diagnostic, ce qui est souvent bien difficile dans ces cas. La voie de Mignot permet de faire des ponctions exploratrices qui permettent le diagnostic. Dans le doute, elle est donc préférable à toute autre.

M. Poirier rappelle que la formule anatomique de l'apophyse mastoïde est la suivante : en avant, l'oreille; au milieu, le sinus; en arrière, le cervelet; c'est donc sur le tiers postérieur, très postérieur de l'apophyse, qu'il faut trépaner pour aborder les abcès cérébelleux par la voie de Mignot.

**Occlusion intestinale dans les péritonites tuberculeuses.** — M. Lejars résume la discussion à laquelle a donné lieu le rapport qu'il a fait sur ce sujet. Il distingue les cas d'occlusion intestinale, survenant au cours d'une péritonite tuberculeuse, dans lesquels on trouve des brides, des obstacles mécaniques, des cas de pseudo-occlusion dans lesquels on ne trouve aucune cause mécanique. Il insiste sur les bons effets que donne souvent, dans ces cas, la laparotomie. Il rappelle enfin les rapports qui ont été souvent signalés entre les appendicites et les péritonites tuberculeuses.

**Calculs prostatiques.** — M. Bazy fait un rapport sur deux observations de calculs prostatiques adressées par M. Rousseau (d'Orizaba). Dans ces deux cas, M. Rousseau a eu recours à la taille périnéale.

**Luxation complète du pouce en arrière.** — M. Moty fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

### PRÉSENTATIONS

**Fracture et suture de la rotule.** — M. Lejars présente un homme qui s'était fracturé les deux rotules. M. Lejars a fait le cerclage de ces deux rotules dans la même séance. Cet homme marche très bien.

M. Ricard a fait le cerclage de la rotule pour une fracture de l'extrémité inférieure de cet os. Le blessé a bien guéri

et marche bien. Mais la radiographie a montré que le fil s'était cassé plusieurs mois après. La réunion ne s'en est pas moins maintenue.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que cet accident se produit plus souvent qu'autrefois, ce qui semblerait indiquer qu'on a de moins bons fils d'argent.

M. POIRIER fait remarquer que les rotules du malade présenté par M. Lejars sont hypertrophiées et qu'il y a un peu d'arthrite sèche.

M. RICARD, dans le cas dont il vient de parler, avait cru remarquer également, au palper, un certain élargissement de la rotule, mais la radiographie n'a pas montré que la rotule fût hypertrophiée.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que ce sont surtout les grosses rotules qui se fracturent le plus facilement.

M. DELBET ajoute que l'arthrite sèche est très fréquente après la fracture de la rotule et ne doit pas être mise sur le compte de la suture ou du cerclage.

**Calculs du cholédoque.** — M. MICHAUX présente quatorze calculs qu'il a extraits du cholédoque. La vésicule elle-même n'en contenait pas.

**Adéno-lipome du cou.** — M. TUFFIER présente un adéno-lipome qu'il a extrait de la région sus-claviculaire d'une jeune femme. Il y avait des ganglions calcifiés et concrétés.

M. DELBET fait observer que c'est là une variété d'origine inflammatoire et que, dans ce cas, les ganglions jouent le rôle d'appel inflammatoire.

La séance est levée.

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

### Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris [1897-1898] (1), par M. le professeur G. Dieulafoy.

M. le professeur Dieulafoy vient de faire paraître un second volume de cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris, contenant les leçons qu'il a professées dans sa deuxième année d'enseignement en cette chaire. Quand on considère le labeur représenté par un de ces volumes de clinique on admire l'activité nécessaire pour mener à bien, deux années de suite, un tel travail.

Il ne s'agit pas, en effet, de leçons cliniques banales. Il est facile de rédiger une leçon clinique qui se borne à donner, soit la relation d'un cas rare, soit la discussion d'une affection de diagnostic difficile, soit la mise au point d'une question étudiée par d'autres. Dans les volumes qui nous occupent, la leçon clinique est comprise autrement, et l'on peut dire que chaque leçon représente véritablement un travail original; les conclusions qui terminent chaque chapitre permettent de constater chaque fois un pas en avant dans la connaissance du sujet traité.

En lisant le nouveau volume, on se rend au reste parfaitement compte que le choix des sujets n'est pas dû au hasard, et se ressent peu des éventualités du recrutement d'un service d'hôpital. On voit que l'esprit de l'auteur est orienté dans une certaine direction, et que le choix de ses malades et de ses sujets est toujours inspiré par cette idée directrice. Cette constatation était déjà facile à faire dans les cliniques de l'an dernier; elle s'accuse encore dans le livre de cette année. Nous voyons en effet que, malgré la diversité des sujets traités, ils peuvent en réalité se grouper sous deux chefs : d'une part, les sujets médico-chirurgicaux, c'est-à-dire les affections pouvant relever d'un traitement chirurgical; d'autre part, les syphilis viscérales.

Dans les leçons que nous groupons sous le premier titre, l'auteur s'attache à préciser le diagnostic de certaines affections, qui autrefois ne relevaient que du traitement médical, et qui, actuellement, relèvent de la chirurgie. Il est nécessaire que le diagnostic de ces affections soit beaucoup plus précis aujourd'hui qu'autrefois; le médecin doit pouvoir indiquer au chirurgien où il doit porter le bistouri, et ce qu'il doit s'attendre à trouver; dans la plupart de ces cas, le médecin doit en outre faire son diagnostic d'une façon précoce, car souvent le pronostic de l'opération dépendra de sa précocité; il faut aussi qu'il pose son diagnostic avec une certitude qui s'impose, afin de savoir imposer à son tour l'opération. Mieux placé que le chirurgien pour recueillir les éléments nécessaires au diagnostic, le médecin, en indiquant de façon précise la nature et le siège du mal, y conduira directement le chirurgien et lui épargnera les recherches inutiles qui prolongent l'opération, et en aggravent le pronostic; enfin en précisant mieux les indications et les contre-indications de l'acte opératoire, il pourra même parfois en obtenir des résultats jusqu'ici inespérés.

C'est dans cet esprit — faire un diagnostic précis pour guider de façon précise la main du chirurgien — que sont étudiées dans ce volume de clinique nombre d'affections médico-chirurgicales. On sait ce que l'auteur a déjà fait à ce point de vue pour l'appendicite. Il poursuit dans ce volume l'étude approfondie de cette maladie dans plusieurs chapitres; dans les uns (ch. XV et XVI), il étudie les *rapports de la grossesse et de l'appendicite*; il montre que la lithiase appendiculaire a, avec la grossesse, les mêmes rapports que les lithiases biliaire et urinaire; il montre comment le diagnostic de l'appendicite peut et doit être fait de façon certaine et précoce, dans l'état de grossesse, aussi bien qu'en dehors de cet état; il fait voir que l'état de grossesse n'est pas une contre-indication à l'appendicectomie. Dans le chapitre XVII, il montre comment l'*appendicite* est à la fois une *maladie infectante et intoxiquante*; nouvelles raisons pour opérer aussitôt que possible. Dans le chapitre X, il étudie parmi les infections à distance dues à cette maladie, la plus terrible, les *abcès aréolaires du foie*.

C'est encore une étude médico-chirurgicale que la leçon sur l'*empyème pulsatil, pathogénie, diagnostic et traitement*. Le malade qui a fait le sujet de cette leçon, largement opéré par la thoracotomie, a été radicalement guéri.

La leçon sur l'*oblitération permanente du canal cholédoque* est encore un bel exemple d'heureuse intervention de la chirurgie dans le traitement des maladies internes. Il s'agit d'oblitération du cholédoque par un calcul enclavé dans ce canal, avec état grave, amaigrissement, cachexie, et retour complet à la santé une fois le calcul enlevé par cholédocotomie.

L'estomac est, avec l'appendice, l'organe que M. Dieulafoy a jusqu'ici le plus étudié au point de vue médico-chirurgical. Dans la leçon consacrée à la *perforation de l'ulcère simple de l'estomac* — à rapprocher de la leçon de l'an dernier sur la *perforation de l'ulcère simple du duodénum* — le professeur enseigne comment on peut et on doit faire immédiatement et avec certitude le diagnostic de perforation stomacale, au moyen de signes qui ne trompent pas : le coup de poignard péritonéal à siège épigastrique, la défense musculaire et l'hyperesthésie prédominant à l'épigastre, la rétraction du ventre, l'absence habituelle de fièvre, de vomissements et de hoquet; et comment ce diagnostic, fait de façon précoce, permet, par une opération hâtive, de sauver des malades autrefois condamnés à mourir.

Quant à la question de l'*exulcération simple de l'estomac*, elle est créée tout entière dans les trois chapitres consacrés à cette affection. Une brève analyse ne saurait en rendre compte. Ces chapitres doivent être lus en entier par tout

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

médecin désireux de se tenir au courant des progrès de la science médicale ; on y trouvera encore de beaux exemples du secours que la chirurgie apporte parfois à la thérapeutique médicale impuissante.

A part les sujets médico-chirurgicaux, tous les chapitres, sauf un, qui traite de la *maladie d'Addison à forme frustre*, sont consacrés à l'étude de diverses localisations viscérales de la syphilis. Remarquons ici la prédilection de l'auteur pour l'étude des affections dont le diagnostic doit être rapidement vérifié de façon certaine, soit par l'examen direct de l'organe quand il s'agit d'affections médico-chirurgicales, soit par la pierre de touche du traitement spécifique quand il s'agit de syphilis viscérale. Dans l'un et l'autre cas, faire un bon diagnostic n'est pas seulement d'un intérêt scientifique, mais d'un intérêt immédiat pour le malade, qui en retire aussitôt les fruits.

Les syphilis viscérales étudiées par M. Dieulafoy sont d'autant plus intéressantes à connaître que, méconnues, elles peuvent être des plus graves. Telles la *syphilis de l'estomac*, — la *syphilis du poumon et de la plèvre* ; — la *néphrite syphilitique précoce*, — la *syphilis tertiaire du rein*. Le traitement spécifique a amené souvent, chez les malades qui ont fait le sujet de ces leçons, de véritables résurrections. Mentionnons encore la leçon sur le *chancre de l'amygdale*, si souvent méconnu.

Rappelons en terminant que, comme le volume de l'an dernier, celui de cette année est parsemé de figures nombreuses qui vivifient encore ces leçons et permettront, à ceux qui n'ont pu les entendre, de croire presque qu'ils y assistent ; à mesure que la leçon se déroule, les figures leur mettent successivement sous les yeux les malades, les pièces anatomiques, les coupes histologiques, qu'ils auraient pu voir s'ils avaient assisté à la leçon.

Remercions donc M. Dieulafoy de la peine qu'il a prise chaque année de publier ses leçons cliniques ; grâce à ce soin, l'enseignement de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu ne profite pas seulement à quelques centaines d'auditeurs privilégiés, mais il est mis, malgré les distances, à la portée de tout médecin, qui, aimant véritablement son art, porte quelque intérêt aux progrès que fait d'année en année la science médicale.

E. APERT.

---

## CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

### Tableau d'avancement pour l'année 1899.

*Pour le grade de médecin en chef* : M. le médecin principal Dollieule.

*Pour le grade de médecin principal* : MM. les médecins de première classe Vergos, Esclangon, Fortoul, Bellot, Clavel et Piton.

*Pour le grade de médecin de première classe* : MM. Porquier, Lasselves et Giraud.

*Pour le grade de pharmacien de première classe* : MM. les pharmaciens de deuxième classe Le Naour et Molinier.

*Maintenus pour une nouvelle période de deux années au tableau d'avancement.*

*Pour le grade de médecin en chef* : MM. les médecins principaux Barret et Burot.

*Pour le grade de pharmacien en chef* : MM. les pharmaciens principaux Sauvaire et Lapeyrère.

*Pour le grade de pharmacien principal* : MM. les pharmaciens de première classe Bourdon et Raus.

*Pour le grade de pharmacien de première classe* : MM. les pharmaciens de deuxième classe Dezeuzes et Rouzières.

---

### Tableau de concours pour la Légion d'honneur pour l'année 1899.

*Pour le grade d'officier* : MM. Fontorbe, médecin en chef ; Doué, médecin principal ; Chalmé, pharmacien en chef.

*Pour le grade de chevalier* : MM. les médecins de première classe Pons, Flandrin, Kergrohen, Audibert, Branellec, Layet, Suard, Grognier, Négretti, Lacarrière, Percheron, Roby, Aubry, Salanoue-Ipin, Carmouze, Chastang, Sevère, Villette, Guilloteau, Jouenne et Reboul.

MM. les pharmaciens de première classe Tambon et Henry ; — M. le pharmacien de deuxième classe Caill.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Laboulbène, dont les obsèques ont lieu aujourd'hui même à Saint-Denis d'Anjou.

— *Concours de l'Internat.* — *Pathologie* (séance du 7 décembre) : MM. Fernique, Godineau et Le Lorier, 12. — Goubaud et Tourlet, 11. — Coudert et Saint-Cène, 10. — Morisetti et Remoussenard, 9. — Tillaye, 5.

(Séance du 8 décembre) : MM. Gardner et Prat, 13. — Audistère, 12. — Guénard, Hervoit et Le Sourd, 11. — Matzoukis, 6. — Grillot, 5. — Andrieu, 4. — Fabre, 3.

— Par suite de la retraite de MM. Perier et Polaillon, et de la démission de M. Théophile Anger, les mutations suivantes ont lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux :

M. Lucas-Championnière passe de Beaujon à l'Hôtel-Dieu ; — M. Marchand passe de Boucicaut à Beaujon ; — M. Gérard-Marchant passe de Tenon à Boucicaut ; — M. Ricard passe de Dubois à Tenon ; — M. Walther passe de Bicêtre à Dubois ; — M. Potherat est nommé à Bicêtre ; — M. Bazy passe de Saint-Louis à Beaujon ; — M. Picqué passe de Dubois à Saint-Louis ; — M. Lejars est nommé à Dubois ; — M. Tuffier passe de la Pitié à Lariboisière ; — M. Chaput passe de Tenon à la Pitié ; — M. Poirier passe d'Ivry à Tenon ; — M. Guinard est nommé à Ivry.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 décembre 1898, ont été nommés médecins stagiaires des colonies les médecins auxiliaires de deuxième classe dont les noms suivent :

MM. Joncour, Crenn, Grange, Pin, Laurenti, Bouillet et Doreau.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Verdun, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse, est transféré, dans les mêmes qualités, à la Faculté de médecine de Lille. M. Verdun est chargé d'un cours de parasitologie en l'absence de M. le professeur Barrois, député.

M. Fockeu, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, est chargé d'un cours de botanique.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le professeur Livon est nommé directeur de ladite école.

MM. les docteurs Oddo et Arnaud sont institués suppléants des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le docteur d'Astros est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le docteur David est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le docteur Donnet est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Perriol, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire à ladite école.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le professeur Drunon est nommé directeur de ladite école.

M. Richard, pharmacien de première classe, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes de Noël et du jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 23 décembre 1898, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 5 janvier 1899.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Le micrographe préparateur**, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. — (Vol. VI, nº 6, novembre-décembre 1898.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr. ; pour l'étranger, 15 fr. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

**La pratique des maladies des enfants dans les hôpitaux de Paris**, aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée, par le professeur Paul Lefert. 2ᵉ édit. entièrement refondue. 1 vol. in-16 de 302 p., cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

**L'Ame du criminel**, par le docteur Maurice de Fleury. Un vol. de 200 p. de la « Bibliothèque de philosophie contemporaine ». — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 142. — MARDI 13 DÉCEMBRE 1898. 71e ANNÉE. MARDI 13 DÉCEMBRE 1898. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 12 décembre 1898.

M. le docteur Napias, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, vient d'adresser aux médecins, chirurgiens et accoucheurs, chefs de service des hôpitaux, la circulaire suivante :

« Monsieur le docteur,

J'ai été vivement frappé du grand nombre des demandes qui me sont adressées en vue de l'admission de malades de la province dans les hôpitaux de Paris, soit que ces demandes émanent des malades eux-mêmes, soient qu'elles me soient transmises par les membres du corps médical.

Comme vous le savez, monsieur le docteur, nos hôpitaux sont légalement à la disposition des seuls indigents parisiens et des personnes tombées accidentellement malades à Paris, et l'admission de malades de la province ne peut par conséquent s'effectuer qu'à leur détriment.

Aussi, les difficultés de la situation financière de l'administration d'une part, et, d'autre part, l'état d'encombrement de nos services et le grand nombre de brancards qui me sont signalés d'une façon permanente dans la plupart des salles, m'ont conduit à prendre la détermination de refuser d'une façon générale l'admission dans nos hôpitaux de malades étrangers au département de la Seine.

Il ne me serait possible de faire à cette règle que de très rares dérogations, et dans le cas où je les jugerais nécessaires, sous l'expresse réserve que les frais de séjour seraient acquittés intégralement et dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire par versements mensuels et d'avance.

Veuillez agréer, etc. »

L'intention du nouveau directeur est certainement des meilleures. La situation financière de l'administration est, en effet, loin d'être brillante, ainsi que nos lecteurs ont pu s'en rendre compte par les chiffres que nous avons publiés. Aussi l'économie devient à l'ordre du jour avenue Victoria. Ce sera, désormais, le mot d'ordre.

La première mesure prise ne nous paraît guère heureuse, et nous voulons tenir pour certain qu'elle n'est pas née dans l'esprit de M. Napias, mais qu'elle lui a été malencontreusement suggérée par des employés, pour lesquels le malade ne représente qu'un sujet de dépenses.

N'est-ce pas au moins bizarre, que, sous prétexte d'économie, la première mesure consiste à frapper sur les malades, et à fermer des portes jusqu'ici entr'ouvertes? Il eût semblé que le ministre, en mettant un des nôtres à la tête de l'administration, voulût, par ce fait même, montrer que le directeur de cette grande œuvre de charité devait savoir résister aux idées souvent étroites et mesquines d'un administrateur. En le choisissant docteur, le ministre a voulu élire un homme plus compatissant que tout autre aux misères de l'humanité. Mais le médecin est vite étouffé par le directeur, et le directeur vite subjugué et dominé par les bureaux.

Dans cette administration, dit-on, les frais atteignent pour les bureaux de bienfaisance jusqu'à 40 p. 100! C'est-à-dire que sur 100 francs donnés 60 vont seulement aux pauvres et 40 sont absorbés par les frais! Cette même administration possède une maison de santé, qui ferait la fortune d'un particulier et qui grève son budget d'un déficit annuel de 160000 francs! Or, la première mesure d'ordre et d'économie qui voit le jour consiste, non à réformer une gestion défectueuse ni à supprimer le gâchis, mais à frapper sur les malades!

Sans doute, on ne frappe encore que sur le malade de province; on porte atteinte seulement au corps médico-chirurgical des hôpitaux, jusqu'ici la dernière ressource pour les cas graves et difficiles que nos confrères de province n'osaient traiter; il n'en est pas moins vrai que cette mesure est une atteinte et une restriction à la charité, à l'humanité, qui devraient être la devise et l'idéal de l'administration de l'Assistance publique.

Cette première mesure est une faute; c'est par elle qu'il eût fallu finir si d'autres mesures plus urgentes et plus logiques avaient été reconnues insuffisantes. Avant de restreindre le droit d'admission des malades, fussent-ils de province, il fallait regarder de plus près, là où est le mal qui ronge et vicie tout dans cette administration, où le laisser-aller n'a cessé de régner en maître depuis de nombreuses années.

M. le Directeur, avide d'économies, nous permettra-t-il de lui en signaler quelques-unes?

Comment se fait-il qu'à la Maison Dubois, le plus beau joyau de nos hôpitaux, il faille, pour qu'un malade reçoive une simple cuillerée de bouillon, qu'il soit porté sur les

cahiers comme devant recevoir et qu'il reçoive, en réalité, le régime entier? Le reste des aliments délivrés, et que le patient ne peut même goûter, est ramassé pêle-mêle pour être porté aux détritus.

Comment se fait-il qu'un appareil de laboratoire soit facturé et payé 75 francs par l'Assistance publique, alors que le même est payé 52 francs par un simple particulier avec 12 p. 100 d'escompte? Comment se fait-il que tant de paperasses, de billets d'ordre, de signatures et de contre-signatures se suivent et se succèdent sans porter remède à un tel état de choses? De quoi servent cette nuée d'employés se surveillant, se contrôlant, se visant et se sur-visant jusqu'à la signature finale du grand chef, qui signe sans voir si l'Assistance publique paye 40 p. 100 plus cher que tout autre? Un fournisseur, à qui nous contions ces choses, nous répondait qu'il était de toute nécessité de majorer les prix à l'Assistance publique, parce que ce n'était guère que deux ans, parfois trois ans après la fourniture, que les notes étaient acquittées à la caisse de l'avenue Victoria. Les fournisseurs deviennent des maisons de crédit où l'Assistance achète à tempérament et paie en conséquence.

Voulez-vous, monsieur le Directeur, que nous vous signalions un autre vice? L'Administration a des fournisseurs qui ont soumissionné, chez lesquels un crédit est ouvert. Un chef de service fait un bon pour obtenir un objet pour lequel personne n'a soumissionné. Comment faire? Un simple profane, qui paierait de ses deniers, irait chez le fabricant, ou, s'il ne le pouvait, chez un vendeur spécial, où, client important comme l'est l'Assistance publique, il demanderait des prix de faveur, et obtiendrait une réduction, un escompte qu'on ne lui refuserait pas. Au lieu de cela, comment fait-on à l'Administration? On va chez un soumissionnaire — mettons, si vous le voulez, chez un de ceux qui ont soumissionné pour les bandages — et on lui demande, par exemple, de fournir des tubes en verre. Celui-ci va chez le verrier, marchande, obtient un rabais, un escompte et paie. Il est vrai qu'il ne revoit guère son argent que deux ans après. Mais, je gage que cet argent doit lui rapporter plus de 2 et demi p. 100, et qu'il fait là un placement de bon père de famille.

Ce sont certainement des misères et de petits riens. Mais quand une maîtresse de maison voit que les comptes montent trop à l'office, ce n'est pas sur sa table qu'elle cherche à faire des économies, mais elle vérifie ce qui se marque sur le livre de la cuisine. Surveillez vos livres, monsieur le Directeur, la lecture doit en être curieuse. Et même, comme vous êtes récemment en fonctions et que vous cherchez à vous instruire, consultez les livres des hôpitaux privés, vous y ferez des remarques et des comparaisons intéressantes. Vous serez surpris du faible pourcentage que comportent les frais d'administration, et du chiffre plus faible qu'atteint la journée du malade pour être mieux soigné et mieux nourri que chez vous. Vous serez étonné que l'administration avec sa boucherie, sa boulangerie, ses fournisseurs, ses architectes, ses services de contrôle, paie si cher et fonctionne si mal.

Il est une mesure plus radicale, qui viendra peut-être un jour à l'esprit de votre état-major administratif, ce serait de supprimer les malades et les médecins et de conserver la seule administration. Ce remède ne serait peut-être pas encore bon, car les administrateurs devenant en même temps administrés, finiraient par manger l'argent de leur administration.

Nous n'avons pas voulu laisser passer cette circulaire sans protester contre la tendance qu'elle manifeste et sans dire au directeur nouveau que ce n'est pas sur les malades qu'il doit chercher à faire les économies que l'incurie de son devancier a rendues nécessaires.

---

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

M. Cruppi a déposé sur le bureau de la Chambre des députés la proposition de loi suivante sur la réforme des expertises médico-légales :

« ARTICLE PREMIER. — La liste des médecins et chirurgiens admis à pratiquer les expertises médico-légales devant les tribunaux est dressée chaque année, pour l'année suivante, par les cours d'appel, sur la proposition des tribunaux civils, des Facultés et Écoles de médecine, de pharmacie et des sciences.

Les professeurs et chargés de cours desdites Facultés, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux dans les villes où siègent des Facultés et Écoles de médecine de plein exercice, les médecins d'hospices et d'asiles publics d'aliénés, les membres de l'Académie de médecine feront partie de droit de cette liste.

ART. 2. — Le juge d'instruction désigne, s'il y a lieu, sur la liste annuelle dressée en conformité de l'article précédent, un ou plusieurs experts qu'il charge des opérations qui lui paraissent nécessaires à la découverte de la vérité.

La désignation desdits experts est immédiatement notifiée à l'inculpé, qui a le droit, à tout instant de la procédure, de choisir, sur la liste officielle qui lui est communiquée, un nombre égal d'experts.

S'il y a plusieurs inculpés, ils doivent se concerter pour faire cette désignation.

ART. 3. — L'expert ou les experts désignés pourront exceptionnellement être pris sur la liste d'un autre tribunal.

ART. 4. — Si l'auteur du crime ou du délit est inconnu, si le prévenu refuse de désigner un expert ou s'il est en fuite, l'expertise ordonnée par le juge d'instruction devra être confiée au moins à deux experts choisis sur la liste annuelle.

ART. 5. — En cas d'extrême urgence ou d'empêchement de tous les experts résidant dans l'arrondissement, le juge pourra, par ordonnance motivée, commettre, à titre provisoire et à l'effet de procéder aux premières opérations, un homme de l'art non inscrit sur la liste annuelle.

ART. 6. — Les experts désignés par le juge d'instruction et le prévenu jouissent des mêmes droits et prérogatives. Ils procèdent ensemble à toutes les opérations et leurs conclusions sont prises dans un rapport commun après avoir été discutées contradictoirement.

ART. 7. — Si les experts sont d'avis opposé, il pourra en être référé, à la demande du juge, de l'inculpé ou des experts eux-mêmes, à une commission de superarbitres.

ART. 8. — Un règlement d'administration publique fixera le nombre des commissions de superarbitres, leur composition et la procédure à suivre. »

---

## SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Nous avons promis de revenir sur la communication faite il y a huit jours par M. Ausset (de Lille), sur la maladie de Barlow, rachitisme hémorragique pour les uns, scorbut infantile pour les autres. Voici, en quelques mots, l'opinion de M. Ausset : en se rapportant au texte même de Barlow et en le comparant au fait recueilli et publié récemment par lui-même, M. Ausset affirme que la maladie de Barlow n'est autre chose que le rachitisme hémorragique. Loin d'incriminer le lait stérilisé dans la production de cette maladie, l'auteur croit que le lait, bien administré, en constitue le meilleur traitement, car il permet d'éviter le rachitisme dans toutes ses formes, et par conséquent le rachitisme hémorragique. Ce qui paraît démontrer, d'ailleurs, que le lait stérilisé ne doit pas être la cause de ce prétendu scorbut infantile, c'est que, dans tous les cas, et particulièrement dans ceux de M. Netter, ce scorbut n'apparut qu'après le dixième mois d'une alimentation exclusivement par le lait stérilisé. Pourquoi, si ce n'était qu'un simple scorbut, cette apparition tardive? N'est-il pas préférable de penser que l'alimentation des enfants était mal réglée, et que ce que l'on a pris pour du scorbut n'était que du rachitisme?

En somme, les auteurs ne comprennent pas la maladie de la même façon. L'argumentation de M. Ausset peut se résumer dans les trois propositions suivantes :

1° La maladie n'est qu'un rachitisme hémorragique;

2° Elle ne présente avec le scorbut que des analogies lointaines, et rien ne peut justifier son assimilation avec lui;

3° On a tort d'admettre l'influence du lait stérilisé sur sa production.

M. Netter répond : Si pour M. Ausset la maladie est essentiellement constituée par une lésion : *l'hémorragie sous-périostée;* pour lui, l'hémorragie sous-périostée n'est qu'un symptôme, important peut-être, mais en aucune façon pathognomonique. La maladie, qu'il croit mieux de dénommer *scorbut infantile* est constituée par un ensemble de désordres qui ont une cause particulière et un traitement spécifique, dont la cause est la privation de lait frais, et dont le traitement consiste dans le retour à l'usage d'aliments frais.

De même que, pour M. Netter, le terme de « rachitisme hémorragique » est défectueux, de même est mauvaise la dénomination de « maladie de Barlow », car bien avant Barlow, la maladie a été décrite par Cheadle, et par un autre médecin anglais, trop généralement oublié, par Jaltaud. Rien ne vaut mieux que la définition de Cheadle, qui, pour M. Netter, résume parfaitement les traits distinctifs du scorbut infantile, et qu'il importe de citer textuellement : « Le scorbut de l'enfance, comme le scorbut de l'adulte, est un état pathologique du sang et des tissus, qui a pour cause une alimentation défectueuse. Il est caractérisé par une anémie notable et progressive, une tendance aux syncopes, un aspect cachectique, une faiblesse musculaire marquée, de la prostration et de l'apathie mentale, un état fongueux des gencives, des hémorragies de divers organes qui se font particulièrement sous la peau, le périoste et dans les muscles, de préférence au niveau des membres inférieurs.

La maladie est la conséquence de la suppression d'aliments frais; chez l'adulte, il y a privation de la viande fraîche et des végétaux frais; chez l'enfant, ce qui manque, c'est le lait frais ou un autre aliment frais possédant un pouvoir antiscorbutique.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, le scorbut est immédiatement amélioré et bientôt guéri par le retour des aliments frais qui avaient fait défaut. »

A l'appui de cette opinion, qu'il continue à soutenir, M. Netter apporte trois nouvelles observations de scorbut infantile, survenu chez des enfants nourris par le lait stérilisé ou le lait maternisé.

M. Rendu communique une observation d'**infection staphylococcique généralisée d'origine uréthrale**, accompagnée de suppurations multiples, de néphrite, d'endocardite, et terminée par la guérison. Cette observation montre, de façon saisissante, la rapidité avec laquelle s'infecte l'organisme et les ressources que la nature emploie pour éliminer l'agent infectieux. En quarante-huit heures, après des cathétérismes malpropres, une infection staphylococcique se montra d'emblée tellement grave que, quand le malade arriva à l'hôpital, il semblait atteint d'une méningite suppurée ou d'une fièvre typhoïde adynamique. Bientôt apparurent des abcès multiples, presque tous indolents et localisés, soit dans le tissu sous-dermique, soit dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique et intermusculaire. Il y eut jusqu'à trente-huit abcès de ce genre.

Le rein témoigna de la virulence des toxines éliminées par la néphrite hémorragique; l'endocarde fut atteint, d'ailleurs de façon passagère, et, après deux mois de lutte, le malade put guérir.

M. Chauffard présente à la Société une malade à lui adressée par le docteur Leviste (de Dreux), malade atteinte d'un **œdème segmentaire du bras**, en beaucoup de points semblable à celui présenté il y a quelque temps par le professeur Debove. Cet œdème présente ceci de particulier qu'au niveau de l'insertion du deltoïde il existe un sillon profond, qui sépare en deux parties inégales l'œdème du bras. Ce sillon résulte probablement de l'application, longtemps prolongée, d'un fil chargé de maintenir un cautère à demeure. Quelle est la signification de cet œdème? N'est-ce pas un cas fruste de myxœdème? C'est l'opinion émise par M. Chauffard. Ne s'agit-il pas d'une affection voisine des pseudo-lipomes? C'est l'hypothèse proposée par M. Potain. On ne sait guère à quelle opinion s'arrêter, et forcément le diagnostic reste hésitant. En présence cependant d'un certain état dépressif des facultés intellectuelles dans ce cas, on pencherait plus volontiers du côté d'un myxœdème anormal, ce qui permettrait d'utiliser, prudemment, le traitement thyroïdien.

MM. Chantemesse et Millet communiquent une note sur la **méningite cérébro-spinale**, dans laquelle ils s'attachent surtout à l'examen bactériologique, et où ils étudient un micro-organisme qui leur paraît à la fois différent du pneumocoque de Talamon et du méningocoque intra-cellulaire de Weichselbaum.

## HOPITAL MILITAIRE DE LILLE

### Luxation complète du pouce en arrière, réduction par la méthode de douceur.

Par le docteur Moty, médecin principal de deuxième classe, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Un homme de trente-deux ans fait une chute de bicyclette, le 21 août, et se relève avec une luxation du pouce droit sans s'être rendu compte de la manière dont s'était produit l'accident. Un médecin consulté le lundi prescrit des sangsues qui ne prennent pas et le blessé, comprenant fort bien qu'il y a quelque chose de déplacé dans sa main, va consulter un second médecin le mardi soir. Des tractions énergiques sont exercées sur son pouce, et on applique ensuite une petite attelle palmaire destinée à ramener peu à peu les os en place. Cependant, le blessé, qui est ébéniste dans un grand magasin, conserve encore cette fois des doutes sur le résultat des manœuvres assez douloureuses qu'il a subies et, profitant d'une installation radioscopique qui sert de réclame à la maison, il constate lui-même le déplacement complet de sa phalange en arrière et va, le mercredi soir, consulter un troisième médecin. Je me trouvais par hasard chez ce dernier, qui voulut bien faire appel à mon concours et me fit constater, après ablation de l'appareil dont la pression devenait de plus en plus douloureuse, les signes les plus nets d'une luxation complète du pouce en arrière; le doigt avait sa direction normale, mais l'on sentait à la face palmaire la tête du métacarpien sur laquelle la peau commençait à s'enflammer. Je saisis le pouce et me rendis compte que toute tentative de traction nouvelle serait vaine; d'un autre côté, nous n'avions ni pinces de Farabeuf ni pinces de Larrey; je priai donc mon excellent confrère de maintenir la main blessée en flexion et en pronation forcée de manière à annuler l'action du long fléchisseur du pouce, puis je saisis moi-même le doigt luxé, mes deux index au-dessous de la tête métacarpienne, mes deux pouces sur la base de la phalange du côté dorsal; j'exerce ainsi doucement, progressivement et sans espoir de succès, une double pression en deux sens opposés en même temps que je relève le doigt jusqu'au voisinage de l'angle droit; mais à notre grande satisfaction, la luxation se réduit brusquement au moment où j'allais atteindre cet angle; quelques massages, une compresse d'eau blanche complétèrent le traitement, et le malade, très satisfait, cela va sans dire, reprit son travail le lendemain matin et ne l'a plus quitté depuis.

Voilà le fait tel qu'il s'est présenté; c'était la première fois que je me trouvais aux prises avec cette espèce de luxation et la résistance absolue qu'elle paraissait offrir aux efforts d'extension jointe au mauvais renom qui lui a été fait, à tort peut-être, m'avait tout d'abord donné l'impression que je ne réussirais pas. C'est pour cela que je n'ai pas cru devoir laisser tomber dans l'oubli les résultats que m'a donnés la méthode de douceur.

J'ai revu mon blessé il y a peu de jours, à part une petite escharre sèche due à la mortification de la peau par la pression de l'attelle qui lui avait été appliquée en désespoir de cause, il n'a présenté aucun accident consécutif. Sa première phalange a perdu environ la moitié de son mouvement de flexion, à cause de la distension prolongée du tendon fléchisseur je le suppose, mais son articulation métacarpo-phalangienne fonctionne très bien.

Il m'a déclaré que je lui avais fait beaucoup moins de mal pour lui remettre ses os en place qu'il n'en avait eu dans les tentatives inutiles d'extension faites précédemment; j'avais eu de mon côté la sensation que j'aurais pu facilement vaincre une résistance bien plus considérable que celle que j'avais rencontrée; on peut donc conclure légitimement de ce fait que les luxations complètes du pouce sont susceptibles d'être réduites par les méthodes de douceur et que la flexion et la pronation forcée de la main m'ont permis d'obtenir cette réduction avec la plus grande facilité; je suis même porté à penser que cette luxation doit perdre en partie au moins la fâcheuse réputation que lui ont value les instruments imaginés pour la réduire et que l'observation des principes généraux applicables à la réduction des déplacements articulaires, notamment en ce qui concerne l'influence des muscles et la direction à imprimer à la tête luxée, rendra le plus souvent l'emploi des pinces inutiles.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Des hypertrophies glandulaires localisées du col de l'utérus.** — L'étude de M. Bouilly est consacrée à ces cas dans lesquels les lésions glandulaires du col de l'utérus, au lieu être diffuses et étendues à la totalité du col, se localisent en un point, laissant intact ou à peu près le reste de l'organe.

L'hypertrophie glandulaire localisée s'observe sous deux formes différentes : la première consiste dans le développement dans l'épaisseur d'une des lèvres du col, le plus souvent sur la lèvre postérieure, d'une nodosité dure, résistante, beaucoup plus appréciable au toucher qu'à la vue. Cette nodosité, du volume d'un petit ou d'un gros pois, est enchassée profondément dans le tissu du col et entourée de parties saines; la lèvre opposée n'offre aucune lésion. Au spéculum, rien, ou seulement une légère saillie au point indiqué par le toucher. A la pression, le doigt détermine une douleur plus ou moins vive exclusivement limitée à la nodosité sous-muqueuse.

Cette forme de l'affection peut en imposer pour un cancer de l'utérus au début, d'autant plus que les malades viennent souvent consulter pour des ménorragies ou des métrorragies.

La deuxième forme d'hypertrophie glandulaire localisée est constituée par le développement exagéré des glandes de la muqueuse cervicale dans l'intérieur même de la cavité, au-dessus du museau de tanche. Observée chez des nullipares ou chez des femmes dont le col est peu déchiré après l'accouchement, la lésion siège presque exclusivement sur la lèvre antérieure. Celle-ci est hypertrophiée dans son ensemble et se développe surtout du côté de la cavité cervicale.

Au toucher, on constate un agrandissement de l'orifice externe, l'inégalité du volume des deux lèvres, l'obstruction de la cavité cervicale par une saillie siégeant à la face interne de la lèvre antérieure, mollasse à sa superficie et reposant sur un plan sous-jacent plus résistant. La pression en ce point provoque une sensation douloureuse; pas ou peu d'écoulement sanguin. Au spéculum, on voit une saillie rougeâtre, irrégulière à sa surface, recouverte par la muqueuse cervicale vascularisée mais non ulcérée, enduite quelquefois d'une légère couche de mucus glaireux ou d'un peu de sang. A un degré plus avancé, on peut observer sur un point de la petite tumeur des parties détachées, pédiculisées, sortes de petits polypes glandulaires en miniature.

Histologiquement, il s'agit toujours d'une hypertrophie glandulaire localisée, d'un véritable polyadénome, constitué par des glandes hypertrophiées et kystiques reposant

sur un stroma fibreux. Au point de vue pathogénique, s'il est facile de placer le point de départ dans une infection d'abord localisée aux glandes, on ne saurait dire quelle est cette infection et pourquoi elle se localise presque exclusivement à la lèvre antérieure.

Quant aux symptômes que la lésion provoque, ils n'ont rien de caractéristique : ce sont ceux que l'on est habitué de rencontrer dans la plupart des affections utérines.

C'est avec l'épithélioma de la cavité cervicale qu'on pourrait la confondre; encore le diagnostic est-il facile, l'hypertrophie glandulaire différant essentiellement de l'épithélioma par l'absence de dureté et d'infiltration profonde du tissu sous-muqueux et par l'absence d'hémorragie soit spontanée soit provoquée.

Un traitement radical s'impose : le seul qui convienne à cette affection est représenté par l'excision au bistouri des portions glandulaires hypertrophiées : l'opération consiste dans l'ablation d'un lambeau plus ou moins épais de la lèvre antérieure du col, suivie de la suture immédiate avec deux à trois points de catgut. (Bouilly, *Semaine gynécol.*, 5 juillet 1898.)

**Un cas de plaie par arme à feu de l'utérus gravide et du fœtus. Opération césarienne. Guérison.** — Une secondipare de trente-quatre ans, arrivée au huitième mois de sa grossesse, fut accidentellement blessée au ventre par son mari avec un pistolet chargé avec du plomb. Par la plaie, il s'écoula du liquide sanguinolent, et les mouvements de l'enfant cessèrent à partir de ce moment. A l'hôpital, on constata sur la paroi de l'abdomen, à trois doigts au-dessous de l'ombilic, un orifice du calibre du petit doigt; le ventre n'est pas ballonné, mais seulement un peu sensible dans la région voisine de la plaie. On n'entend pas les bruits du cœur du fœtus.

L'opération est pratiquée le soir après anesthésie chloroformique : incision de la ligne blanche allant de l'ombilic au pubis; une portion de l'épiploon qui fait issue est pincée et excisée. A droite dans la région de l'embouchure de la trompe, on trouve un orifice irrégulier dont les bords saignent à peine. Après agrandissement de l'incision abdominale, l'utérus est attiré au dehors : pas de perforation de la paroi postérieure. Séreuse saine; dans le Douglas, abondante quantité de liquide amniotique. Une ligature élastique provisoire est placée sur le col, l'utérus est ouvert et le fœtus extrait. Après l'ablation du placenta et des membranes, on trouva 4 grains de plomb n° 1. Suture classique de l'utérus à la soie après régularisation de l'orifice de la balle; tampon de Mikulicz dans le Douglas; fermeture de l'abdomen.

Après une longue période fébrile, la femme guérit. L'enfant présentait plusieurs blessures du côté du poumon et du cœur. (W. Wrzésniowski. *Cent. f. gynécol.*, 1898, p. 777.)

D^r P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Traité des maladies de l'enfance** (1), publié sous la direction de MM. Grancher, Comby et Marfan.

Le tome IV du « Traité des maladies de l'enfance » renferme l'histoire des maladies de l'appareil respiratoire et celle des maladies du système nerveux. Un assez grand nombre d'auteurs y ont collaboré. M. Queyrat a écrit les chapitres relatifs à la bronchite aiguë, à la spléno-pneumonie ou maladie de Grancher : M. Comby, les chapitres relatifs aux bronchites chroniques, à la pneumonie franche, à la congestion du poumon, l'œdème pulmonaire, l'apoplexie pulmonaire, la broncho-pneumonie; M. Zuber a été chargé de la tuberculose pulmonaire, et M. Netter des maladies de la plèvre.

Les chapitres consacrés à la broncho-pneumonie, à l'adénopathie tuberculeuse, à la tuberculose pulmonaire dans ses différentes formes ont reçu un développement en rapport avec la fréquence et l'importance de ces maladies chez les enfants. Les maladies de la plèvre ont été exposées par M. Netter avec une compétence et un soin très grands : il a fait un excellent exposé de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement des différentes formes de la pleurésie purulente.

L'histoire des maladies du système nerveux chez les enfants se trouve assez naturellement divisée en une série de groupes : les méningites, les lésions scléreuses, les malformations du cerveau infantile et les névroses. On y trouvera un certain nombre de chapitres nouveaux, qui naturellement ne figurent pas dans les manuels de ce genre : ainsi l'histoire sommaire de l'imbécillité, de l'idiotie et de la débilité mentale par M. Ph. Chaslin, celle des abcès intra-craniens par A. Broca, des paralysies obstétricales des nouveau-nés par M. J. Comby.

M. Florand a exposé la pathologie des méningites aiguës, M. Marfan, celle des méningites chroniques et des affections chroniques des méninges. M. Richardière, qui s'est déjà beaucoup occupé de cette question, a traité des scléroses cérébrales; M. Chaslin a écrit un article très intéressant bien que très condensé sur l'épilepsie considérée chez les enfants. Citons encore une série de chapitres sur l'hydrocéphalie, la maladie de Little, la maladie de Friedreich, les amyotrophies chroniques progressives de l'enfance, les terreurs nocturnes, l'hystérie, la tétanie.

Ce nouveau volume a contribué à affirmer le succès de cette œuvre collective qui, en ce temps où les manuels de médecine se succèdent à de courts intervalles, a certainement été une des meilleures et des plus rapidement menées.

**Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche** (1), par le docteur Cruet.

Étudier les maladies de la bouche, non seulement en elles-mêmes, mais encore dans leurs rapports évidents avec les maladies générales et de voisinage ; en fixer l'étiologie et la pathogénie, et déduire de ces connaissances nécessaires les éléments d'un traitement rationnel et des règles d'hygiène facilement applicables : tel a été le but poursuivi par l'auteur. De cette étude il résulte tout naturellement que l'hygiène buccale a pris dans l'hygiène générale une place de plus en plus prépondérante et est devenue la condition indispensable de la conservation de l'état de santé. Le livre s'adresse donc non seulement aux spécialistes des maladies de la bouche, mais à tous les médecins et à tous les hygiénistes.

**Les myélites syphilitiques**, formes cliniques et traitement (2), par le docteur Gilles de la Tourette, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La question des myélites syphilitiques est une question pratique au premier chef, car la moitié des affections médullaires ont la syphilis pour cause. C'est peut-être un des

(1) Tome IV. In-8°. Prix : 18 francs. — Paris, Masson et C^ie.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Masson et C^ie.
(2) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

seuls groupes des maladies de la moelle sur lequel le traitement se montre efficace, à la condition d'être institué de bonne heure.

Ces formes cliniques de la syphilis médullaire sont nombreuses. M. Gilles de la Tourette passe successivement en revue le mal de Pott syphilitique, les gommes intra-vertébrales, les myélites proprement dites, la syphilis maligne précoce du système nerveux, les myélites aiguës et chroniques et les myélites à formes irrégulières.

Puis, après avoir passé en revue les formes cliniques que revêt la syphilis acquise de la moelle épinière, il étudie les déterminations spéciales de la syphilis héréditaire, précoce ou tardive.

## MINISTÈRE DE LA GUERRE

### Note ministérielle

*autorisant la nomination au grade de médecin auxiliaire des étudiants en médecine dispensés de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 qui, ayant perdu leur droit à la dispense ou renoncé volontairement au bénéfice de cette dispense, sont rappelés sous les drapeaux en qualité de soldats ou de sous-officiers pour accomplir deux années complémentaires de service actif.* (7e direction, personnel.)

Paris, le 26 novembre 1898.

Les étudiants en médecine dispensés de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 qui, ayant perdu le droit à la dispense ou renoncé volontairement au bénéfice de cette dispense, sont rappelés, en qualité de soldats ou de sous-officiers, pour accomplir deux années complémentaires de service actif, peuvent être nommés au grade de médecin auxiliaire, pendant leur séjour sous les drapeaux, conformément aux dispositions arrêtées ci-après, s'ils possèdent au moins douze inscriptions valables pour le doctorat en médecine.

Ces étudiants en médecine sont signalés sans retard par les commandants des bureaux de recrutement intéressés, au directeur du service de santé du corps d'armée, qui les invite à subir, dans un délai maximum de deux mois, l'examen d'aptitude exigé des candidats au grade de médecin auxiliaire par le décret du 6 avril 1888.

Le directeur du service de santé provoque, à cet effet, la réunion d'une commission spéciale, dont les membres sont choisis et désignés, conformément aux prescriptions de l'article 19 du règlement du 6 avril 1888. (Médecins auxiliaires.)

Les étudiants en médecine reçus à l'examen et remplissant, d'ailleurs, les conditions d'honorabilité requises pour l'obtention du grade de médecin auxiliaire, sont nommés immédiatement à ce grade par le directeur du service de santé du corps d'armée, et reçoivent, conformément aux dispositions de la décision présidentielle du 31 juillet 1897, l'indemnité de première mise d'équipement (350 francs), allouée par le tarif n° 22, annexé au décret du 27 décembre 1890 pour les sous-officiers promus adjudants-élèves d'administration.

En cas d'échec à cet examen, les étudiants en médecine seront autorisés à se présenter ultérieurement devant les commissions constituées annuellement pour l'application des articles 18 et 19 du règlement précité du 6 avril 1888; sauf le cas d'indignité professionnelle ou de mauvaise conduite sous les drapeaux, ils seront nommés au grade de médecin auxiliaire par le directeur de santé du corps d'armée, s'ils obtiennent le certificat d'aptitude nécessaire, et si leur nomination peut avoir lieu au moins trois mois avant leur libération définitive du service militaire actif; mais, les médecins auxiliaires nommés dans ces conditions n'auront pas droit à l'indemnité de 350 francs pour première mise d'équipement; ils recevront, par les soins du corps ou de la section d'affectation, une tenue de sous-officier, à laquelle seront apportées les modifications prescrites par l'article 16 du règlement du 6 avril 1888. (Médecins auxiliaires.)

Les étudiants en médecine dispensés de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, rappelés à l'activité pour deux années, en qualité de soldats ou de sous-officiers, et nommés au grade de médecin auxiliaire pendant leur séjour sous les drapeaux, sont toujours signalés par le directeur du service de santé du corps d'armée, au ministre de la Guerre (7e direction), qui les affecte, suivant les besoins, aux corps de troupes ou aux hôpitaux militaires.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat.* — Sont admis à prendre part à l'épreuve orale les candidats ayant obtenu un total de 14 points et parmi ceux ayant obtenu un total de 13 points : MM. Pamard, Saint-Cène, Baudelot, Housquains, Aribat, Cistrier, Sudaka, Lemaître, Morlet, Cotar et Inglessi.

Au total, 207 candidats.

Sauf avis contraire, les séances auront lieu les mardis et vendredis à quatre heures et demie, les lundis, mercredis et jeudis à huit heures et demie du soir, à l'Administration centrale.

La première séance a eu lieu le lundi 12 décembre à huit heures et demie du soir à l'Administration centrale.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 décembre 1898, les dispositions du paragraphe 4 de l'article 5 de l'arrêté du 15 novembre 1879, modifiées par l'arrêté du 24 décembre 1891, sont remplacées par les dispositions suivantes :

*Bourses de doctorat de cinquième année.* — Sont admis à concourir les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° en une composition de médecine; 2° en une composition de chirurgie.

— Par arrêtés ministériels, en date du 9 décembre 1898 : 1° un concours s'ouvrira le 10 juillet 1899, devant l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

2° Un concours s'ouvrira le 17 juillet 1899, devant l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

— M. le médecin principal de première classe Fournier et MM. les médecins-majors de première classe Sourris et Troy prennent leur retraite; M. le médecin-major de deuxième classe Decaux et MM. les médecins aides-majors de première classe Denoy, Beauyis-Lagrave et Mac-Auliffe sont démissionnaires.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Grosourdy (de Fontevrault); Raimbault (de Candé); Turet (de Grenoble); Viguié, médecin aide-major de première classe au 3e dragons.

— La Compagnie de navigation mixte à Marseille demande trois docteurs en médecine pourvus du diplôme de médecin sanitaire maritime.

Service de l'Algérie, la Tunisie et le Maroc.

Conditions : 3 mois de stage à 175 francs par mois, puis, augmentations successives jusqu'à 275 francs par mois.

S'adresser au docteur Lop, médecin en chef de la Compagnie.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 143. — JEUDI 15 DÉCEMBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 15 DÉCEMBRE 1898. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

| | | | |
|---|---|---|---|
| FRANCE | 3 mois : 8 fr. 50. | — 6 mois : 16 fr. | — 1 an : 30 fr. |
| UNION POSTALE | 3 mois : 10 fr. | — 6 mois : 18 fr. | — 1 an : 35 fr. |

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 14 décembre 1898.

L'Académie de médecine a tenu hier, sous la présidence de M. Jaccoud, sa séance solennelle. M. le docteur Vallin, secrétaire annuel, lit son rapport général sur les prix décernés en 1898. Nos lecteurs trouveront plus loin les noms des lauréats; puis la parole est donnée à M. le docteur Laborde pour prononcer l'éloge de MM. P.-A. Béclard et J. Béclard.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 13 décembre 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### RAPPORT

M. VALLIN, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1898.

### PRIX DE 1898

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Jacquemart (de Paris).

PRIX ALVARENGA (800 francs). — Le prix est partagé entre M. le docteur Fiquet (de Paris), et M. F. Touchard, professeur à l'École dentaire de Paris.

PRIX AUBERT (500 francs). — M. le docteur Aubert (de Mâcon) a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée en 1898 à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.* L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° une récompense de 250 francs à M. le docteur Küss (de Paris); 2° une récompense de 250 francs à M. le docteur Tartière (Émile), médecin-major de première classe au 104e d'infanterie, au Mans.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (Un titre de 24000 francs de rente). — L'Académie accorde un encouragement de 2000 francs à M. le docteur Jules Auclair (de Paris), et un encouragement de 500 francs à MM. les docteurs Auché et J. Hobbs (de Bordeaux).

PRIX BAILLARGER (2000 francs). — L'Académie accorde : 1° un prix de 1000 francs à M. le docteur Paul Garnier (de Paris); 2° une récompense de 500 francs à MM. les docteurs P. Cololian (de Paris) et B. Lalanne (de Maréville); 3° une récompense de 500 à MM. les docteurs Vigouroux, médecin de la colonie de Dun-sur-Auron, et Henri Colin, médecin de l'asile d'aliénés criminels de Gaillon; 4° une mention honorable à M. le docteur Alexandre Paris (de Maréville).

PRIX BARBIER (2000 francs). — L'Académie décerne : 1° un prix de 1200 francs à MM. les docteurs S. Cerny et C. Trunecek (de Prague); 2° un encouragement de 800 francs à M. le docteur de Węglenski (de Paris); 3° une mention honorable à M. le docteur Louis Dumont (de Saint-Vaury).

PRIX CHARLES BOULLARD (1200 francs). — 1° Un prix de 800 francs est décerné à M. le docteur Gilbert Ballet (de Paris); une mention honorable avec une récompense de 400 francs est accordée à M. le docteur Marcel Manheimer (de Paris).

PRIX MATHIEU BOURCERET (1200 francs). — Le prix est décerné à M. Pierre Fredet, ancien interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris; une mention honorable est accordée à MM. les docteurs A. Weber (de Paris) et M. Deguy, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — Le prix est décerné M. le docteur Léon Grimbert, pharmacien en chef de l'hôpital Cochin.

PRIX ADRIEN BUISSON (10500 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants : 1° 1000 francs à M. le docteur Frenkel, de Heiden (Suisse); 2° 1000 francs à M. le docteur F. Jayle (de Paris); 3° 500 francs à M. le docteur Raymond Petit (de Paris).

PRIX CAPURON (1400 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Antoine Rondino (de Naples).

PRIX CHEVILLON (1500 francs). — Le prix n'est pas décerné. — Une récompense de 1000 francs est accordée à MM. les docteurs A. Guinard et G. Livet (de Paris); une mention honorable est accordée à M. le docteur E. Duvrac (de Bourg-Achard).

PRIX CIVRIEUX (1000 francs). — 1° Un prix de 800 francs est décerné à M. le docteur Pécharman, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Clermont (Oise); 2° une mention honorable avec une récompense de 200 francs est accordée à MM. les docteurs A. Marie, directeur, et Auguste Vigouroux, médecin de la colonie familiale de Dun-sur-Auron; 3° une mention honorable est accordée à M. le docteur Athanassio (de Bucarest).

PRIX CLARENS (400 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur A.-J. Martin (de Paris). — Une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs J.-P. Fluteau, médecin principal de deuxième classe, à l'hôpital militaire

de Versailles, et G. Carlier, médecin-major de deuxième classe, à Oran.

PRIX DAUDET (1000 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Albert et Henri Malherbe (de Nantes).

PRIX DESPORTES (1300 francs). — L'Académie décerne un prix de 900 francs à MM. les docteurs G. Linossier, et M. Lannois (de Lyon). — Des mentions honorables avec une somme de 200 francs sont accordées à : 1° M. le docteur R. Bosquier (de Lille); 2° M. Paul Cagny, médecin vétérinaire à Senlis.

PRIX FALRET (900 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un encouragement de 700 francs à M. le docteur Laurent de Perry (de Bordeaux).

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a versé, en 1898, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 1500 fr. à M. Griner, pour sa mission dans la province d'Oran; 2° 1500 francs à M. Faure, pour sa mission à Saint-Sauveur; 3° 1500 francs à M. Cadol, pour sa mission à Molitg et Le Vernet.

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Raoul Bensaude (de Paris). — Elle accorde en outre : une première mention à M. le docteur Léon Ingelrans (de Lille); une deuxième mention à M. le docteur Jules Magnin (de Paris); une troisième mention à MM. les docteurs Ch. Barbaud, Ch. Lefèvre et Rouillard.

PRIX HERPIN (de Metz) (1200 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Jules Janet (de Paris). — Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs F.-P. Guiard (de Paris), et J.-A. Huguenard, médecin-major de première classe en retraite, à Courchaton.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève) (3000 francs). — L'Académie accorde : 1° un prix de 1200 francs à M. le docteur Léon d'Astros (de Marseille); 2° un prix de 1200 francs à M. le docteur Catrin, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Valenciennes; 3° une mention très honorable avec un encouragement de 600 francs à M. le docteur J.-M. Gerest (de Lyon); 4° une mention honorable à M. le docteur Adolphe Combe (de Lausanne).

PRIX HUGUIER (3000 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs F. Labadie-Lagrave et Félix Legueu (de Paris).

PRIX LABORIE (5000 francs). — L'Académie décerne : 1° un prix de 2400 francs à M. le docteur E. Kirmisson (de Paris); 2° un prix de 2400 francs à MM. les docteurs Antonin Poncet et Léon Bérard (de Lyon); 3° un encouragement de 200 francs à M. Albert Mouchet, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX LAENNEC (500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Paul Claisse (de Paris).

PRIX DU BARON LARREY (500 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs F. Burot, médecin principal, et M.-A. Legrand, médecin de première classe de la marine, à Rochefort. — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Pécheux, médecin aide-major de première classe, au 144e d'infanterie, à Bordeaux.

PRIX LAVAL (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Joseph Laufer, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX LOUIS (4000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur J. Héricourt, chef-adjoint du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris.

PRIX MÈGE (900 francs). — L'Académie partage le prix entre MM. les docteurs J. Garel (de Lyon) et Ernest Guder (de Genève).

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2600 francs). — L'Académie accorde : 1° un prix de 1000 fr. à M. le docteur Mignon, médecin-major de première classe au 22e d'artillerie, à Versailles; 2° des récompenses de 500 fr. à MM. les docteurs Pierre Bonnier et Paul Collinet (de Paris); 3° des récompenses de 200 francs à MM. les docteurs Gélineau, Lowenberg et Aristide Malherbe (de Paris).

PRIX ADOLPHE MONBINNE (3000 francs). — Un prix de 1500 fr. est décerné à M. le docteur Émile Legrain (de Bougie). — Une mention honorable est accordée à MM. les docteurs Adrien Loir, directeur de l'Institut Pasteur, à Tunis, et E. Marchoux, médecin des colonies. — L'Académie a accordé en outre une somme de 1500 francs à titre d'encouragement à M. le docteur Huguet, médecin-major de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Ghardaïa.

PRIX NATIVELLE (300 francs). — Aucun mémoire n'a été adressé pour ce concours.

PRIX NIVET (3000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur E. Arnould, médecin-major de deuxième classe au 45e d'infanterie, à Lille. — L'Académie accorde, en outre : une première mention honorable à M. le docteur Mangenot (de Paris); une deuxième mention honorable à M. le docteur O. Arnaud, médecin-major de deuxième classe, adjoint à la direction du service de santé du 12e corps d'armée, à Limoges.

PRIX ORFILA (2000 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Guinard (de Lyon) et F. Dumarest (d'Hauteville).

PRIX OULMONT (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Octave Pasteau, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

PRIX PORTAL (600 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° une récompense de 400 francs à M. le docteur H. Claude (de Paris); une récompense de 200 francs à MM. les docteurs Enriquez et Hallion (de Paris).

PRIX POURAT (1000 francs). — Aucun mémoire n'a été adressé.

PRIX HENRI ROGER (2500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur A. Sevestre (de Paris). — Une mention très honorable est accordée à M. le docteur J. Comby (de Paris).

PRIX SAINT-LAGER (1500 francs). — Aucun candidat ne s'est présenté; renvoi au concours pour 1900.

PRIX SAINTOUR (4400 francs). — L'Académie décerne un prix de 1000 francs à MM. les docteurs Commenge et Corlieu (de Paris), Gemy et L. Raynaud (d'Alger). — Elle accorde : 1° des encouragements de 400 francs à MM. les docteurs Georges Prieur, vétérinaire en premier au 27e dragons, à Versailles; A.-T. de Rochebrune et Villemin (de Paris); 2° un encouragement de 200 francs à M. le docteur René Meslay (de Paris); 3° des mentions très honorables à MM. les docteurs G. Moussu, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort; L. Rénon et André Thomas (de Paris).

PRIX STANSKI (1800 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs J. Simonin, médecin-major de deuxième classe, chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire de Bordeaux, et F. Benoit, médecin-major de deuxième classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon. — Une mention très honorable est accordée à M. le docteur G. Moussu, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.

PRIX TREMBLAY (7200 francs). — L'Académie décerne : 1° un prix de 3000 francs à MM. les docteurs J. Albarran et B. Motz (de Paris); 2° un prix de 1500 francs à M. le docteur P. Bazy (de Paris); un prix de 1500 francs à M. le docteur Octave Pasteau (de Paris). — Elle accorde en outre : une mention honorable avec une somme de 600 francs, à M. le docteur Xavier Delore (de Lyon); une mention honorable avec une somme de 600 francs, à M. le docteur F.-P. Guiard (de Paris).

PRIX VERNOIS (700 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur L. Héret, pharmacien en chef de l'hôpital Trousseau. — Des mentions honorables sont accordées à : 1° M. le docteur A. Berthier, médecin-major de première classe au 110e d'infanterie, à Dunkerque; 2° M. le docteur Bœll (de Baugé); 3° MM. les docteurs F. Burot, médecin principal, et M.-A. Legrand, médecin de première classe de la marine, à Rochefort-sur-Mer.

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Delastre, médecin consultant de Brides et de Salins (médaille de bronze 1890, médaille d'argent 1891, rappels de médailles d'argent 1893 et 1895).

2° *Rappels de médailles d'or, à :* MM. les docteurs Caulet, médecin consultant à Saint-Sauveur (médaille d'or 1881, rappels de médailles d'or 1886, 1888, 1889, 1890, 1892 et 1896); et Ferras, médecin consultant à Bagnères-de-Luchon (médaille d'argent 1892, rappel de médaille d'argent 1893, médaille d'or 1894).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Beauxis-Lagrave, médecin aide-major de première classe au 7e dragons, à Fontainebleau ; et J.-F. Taberlet, médecin consultant à Évian.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Chiaïs, médecin consultant à Évian (médaille de bronze 1888, médaille d'argent 1890, rappels de médaille d'argent 1891, 1892, 1896 et 1897); Elevy, médecin consultant à Biarritz (médaille de bronze 1895, médaille d'argent 1896); Laussedat, médecin consultant à Royat (médaille de bronze 1891, médaille d'argent 1892, rappel de médaille d'argent 1896); G. Morice, médecin consultant à Néris (médaille de bronze 1890, médaille d'argent 1897).

5° *Médailles de bronze à :* M. Henri Bocquillon-Limousin, pharmacien à Paris ; MM. les docteurs Émile Fleury, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Rennes; Hérard de Bessé, médecin consultant à Pougues-les-Eaux; Merle, médecin consultant à Bourbonne-les-Bains; G. Pessez, médecin consultant à Châtel-Guyon ; Thirion, médecin-major de deuxième classe à Djelfa.

6° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs F. Bernard, médecin consultant à Plombières (médaille de bronze 1897); et Ernest Poulain, médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne (médaille de bronze 1897).

Service des Épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1897 :

1° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Fiessinger, correspondant de l'Académie de médecine, à Oyonnax, et Vincent (Jean), médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

2° *Médaille de vermeil à :* M. le docteur Comte (Henri), médecin-major de première classe au 28e de ligne à Paris :

3° *Rappels de médailles de vermeil, à :* MM. les docteurs Balestre (de Nice); L. Bard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et Vergely, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Eoquin (d'Autun); Delvaille (de Bayonne); Henri Famechon, médecin-major de première classe au 21e régiment d'artillerie, à Angoulême; Marty, médecin-major de première classe, à l'hôpital militaire de Belfort; Ramally, médecin aide-major de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Daya; Jules Rouget, médecin-major de deuxième classe, chargé du laboratoire de bactériologie à l'hôpital du Dey, à Alger; Sanglé-Ferrière, médecin-major de deuxième classe au 4e chasseurs d'Afrique, à Tunis, et Remlinger, médecin aide-major de première classe, chef du laboratoire militaire de bactériologie de Tunis.

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs André (de Toulouse) ; Delacour (de Rennes); Faidherbe (de Roubaix); Geschwind, médecin principal de première classe, à Bayonne ; Jaubert, médecin-major de deuxième classe au 123e d'infanterie, à Saint-Martin-de-Ré ; Le Page (d'Orléans) ; Lesueur (de Bernay); Magnant (de Gondrecourt); Mathieu (de Vassy); L. Raynaud, médecin de l'hôpital civil d'Alger, et Rousseaux (de Vouziers).

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bergasse, médecin-major de deuxième classe au 1er hussards, à Valence ; Bernard, médecin-major de première classe en retraite à Haybes-sur-Meuse; Blusson (de Larche); Bossion, médecin de colonisation à La Medjana (Constantine); Casteret, médecin aide-major de première classe au 126e d'infanterie, à Toulouse ; Gros, médecin aide-major de première classe des hôpitaux militaires de la division d'Alger; Deschamps (de Montigny-le-Roi); Legrain (de Bougie); Paul Mével (de Douarnenez); Saint-Martin, médecin aide-major de première classe au 17e bataillon de chasseurs à pied, à Rambervillers; Soueix (de Saint-Girons) et Subercaze (de la Ferté-Alais).

7° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs A. Baratier, à Jeugny (Aube); Cerf-Mayer (de Brest); Dessaux (de Tôte); Hoël (de Reims) et Matignon, médecin aide-major de première classe, attaché à la Légation de France, en Chine.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement, à la disposition de l'Académie de médecine, une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge, et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Henri de Rothschild (de Paris).

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les médecins de la protection de l'enfance A. Baratier (de Jeugny); Brallet (du Tillot); Delfau (de Bessèges); Dermigny (de Saint-Simon) ; J. Dupont (de Nogent-sur-Vernisson); Émile Girat (de Neuvy-Saint-Sépulcre); Hébert (d'Audierne); Armand Joly (de Fauquembergue); Armand Lauth (de Saint-Germain-en-Laye); Lebault (de Saint-Vit); Lehec (de Châtillon-sur-Indre); John Lemoine (de Paris); Pelvet (de Vire) et Villard (de Verdun);

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Augé (de Reuilly); E. Barthès, inspecteur départemental d'Eure-et-Loir, à Chartres ; Dumée, médecin de la protection de l'enfance, à Nemours; Grosjean, médecin de la protection de l'enfance, à Montmirail.

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Auvert, inspecteur départemental du Cantal, à Aurillac; Beullard, médecin de la protection de l'enfance, à Villefranche (Yonne) ; Bouju, inspecteur départemental du Loiret, à Orléans; Brun, médecin de la protection de l'enfance, à Tournon-Saint-Martin. F. Caillet, à Amboise; Gaston Capelle, médecin de la protection de l'enfance, à Beaumetz-les-Cambrai; Frémicourt, médecin de la protection de l'enfance, à Jaulgonne; Henri Gruson, médecin de la protection de l'enfance, à Marquise; Laurent, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Saulge ; Lautré, inspecteur départemental de la Haute-Garonne, à Toulouse.

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Julien Bonifas (de Caudebec-les-Elbeuf); Clary, inspecteur départemental du Lot; H. Courtade, médecin de la protection de l'enfance, à Outarville; Desalle, médecin de la protection de l'enfance, à Arc-en-Barrois; Foucart, médecin de la protection de l'enfance, à Sézanne; F. Grand, (de Lille); Heurteau, médecin de la protection de l'enfance à Fay-aux-Loges; Lesueur, médecin de la protection de l'enfance, à Bernay.

Service de la vaccine. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

I. *Un prix de 1000 francs*, à partager entre les docteurs dont les noms suivent : 1° 400 francs à M. le docteur G.-H. Lemoine, médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; 2° 300 francs à M. le docteur Gèghre

(de Mascara); 3° 300 francs à M. le docteur Jean Nogué, médecin de première classe du corps de santé des colonies.

II. *Des médailles d'or à :* MM. les docteurs Georges Martin, médecin aide-major de première classe au 6e régiment du génie, à Angers, et Léon Schwartz, médecin de colonisation à Arris, province de Constantine.

III. *Des rappels de médaille d'or à :* MM. les docteurs Cassedebat, médecin-major de première classe au 86e régiment d'infanterie, au Puy; Ciaudo (de Nice); Pierre Joly, médecin-major de deuxième classe, à Teniet-El-Haad (Algérie); de Lacrousille (de Périgueux); A. Loir, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

IV. *Des médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Paul Bernhard, médecin-major de deuxième classe au 2e régiment étranger, à Géryville; Fuzet du Pouget (de Casteljau); Eugène Laffage (de Dra-El-Mizau); Lagarde (de Montauban); Jules Meyer, médecin aide-major de première classe au 7e régiment de cuirassiers, à Lyon; G. Perusset (de Bougie); Porquier, médecin de deuxième classe de la marine (Sénégal); Emile Tartière, médecin-major de première classe au 104e régiment d'infanterie au Mans; Trolard, directeur de l'Institut Pasteur d'Alger, et à Mme Jauze, sage-femme à Tarascon-sur-Ariège.

V. *Des rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Duvernet (de Paris); Mougeot (de Saïgon); J. Poujol, médecin-major de deuxième classe à Fort-National, et de Welling (de Rouen).

VI. *Des médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bar, médecin aide-major de première classe, à Gabès; Barrère (de Bacqueville); Pierre Bascou (de Bouisse); Behr (d'Yvetot); Boquin (d'Autun); A. Bossion (de Colbert, commune mixte de Rirha); Bouffe de Saint-Blaise et Bourneville (de Paris); Chalvet (de Lavigerie, Algérie); Chéreau, médecin-major de deuxième classe au 71e régiment d'infanterie à Saint-Brieuc; Cognacq, médecin des colonies à Saïgon; Cuche, médecin-major de deuxième classe au 4e régiment de hussards à Meaux; Danvin (de Koléa); Dijond (de Fauville); Fouché (de Goderville); Gaillardon (d'Aubeterre); E. Guérin, médecin de première classe du corps de santé des colonies (Cochinchine); Jacquet, médecin aide-major de première classe, à Souk-el-Djemaâ; Lacaze (de Montauban); Lecomte, médecin de deuxième classe des colonies, à Ozooué (Congo); Perret (de Rennes); Pethiot (du Conquet); Jules Rouget, médecin-major de deuxième classe, à Alger; Senac (de Cours); Sommeillier, médecin-major de première classe, à Gabès; Villiers, médecin-major de deuxième classe, au Kef.

MM. les officiers de santé : Berthelot (de Saint-Laurent-en-Caux) et André Llopet (du Soler).

Mmes les sages-femmes : Maria Bouquié, à Saint-Juéry; Brunaud, à Paris; Buckhardt, au Havre; Chassagne, à Maurens; Dupertuys, à Gabès; Hanicot, à Paris; Le Blais, à Paimpol; A. Mathieu, à Troyes; Rose et Schrœder, à Paris; Thierry, à Rouen.

VII. *Des rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs A. Bailliez, à Harnes; A. Baratier, à Jeugny; Bardy, à Belfort; de Béchon, à Brest; Billon, à Paris; Blanche, à Rouen; Bois, à Saint-Laurent-de-Chamousset; Bouzol, au Cheylard; Boyt, à Lamastre; Brallet, au Thillot; Braunberger, à Paris; Carpentier, à Paris; Chabaud, à Nieigles; Chonneaux du Bisson, à Villers-Bocage; Ch. Colin, à Quimper; Courteneuve, à Saint-Claud; Crimail, à Nantes; Dubuisson, à Châteauneuf; Fidel, à Saint-Romain; Gérard-Laurent, à Sanvic; Gounand, à Besançon; Grimaldi, à Bastia; Guézénec, à Tréguier; Hardy, à Vertou; Hervéou, à Saint-Quentin; E. Jacq, à Guipavas; Ed. Jenot, à Dercy; de la Nièce, à Paris; Le Guével, à Pont-l'Abbé; Lelièvre, à Bain-de-Bretagne; Le Rolland, à La Roche-Derrien; F. Massina, au Boulou; Morvan, à Pleyben; Pascalis, à Paris; Pilet, médecin-major de première classe au 129e d'infanterie, au Havre; Ch. Piot, à Aiguebelle; Pize, à Montélimar; Quéré, à Callac; Sahut, à Gannat; Tersen, médecin-major de deuxième classe à Souk-El-Arba; Thominet, à Paris; Thoumas, à Paris; Vivier, à Angoulême.

Mmes les sages-femmes : Aussourd, à Vierzon; Baudouin, à Vannes; L. Bories, à Mazamet; Carré, à Châteaulin; Chauffour, à Miramont; Debord, à Bourges; Delannoix, à Lille; Dinard, à Bourges; Le Bloaz, à Rostrenen; Louis, à Ploëmeur; J. Martin, à Halluin; Mathieu, à Villeneuve-sur-Lot; Mouro, à Rochefort-en-Terre; Sauvage-Lavabre, à Lille.

VIII. *Des médailles de bronze à :* MM. les docteurs Béguseau, à Secondigny; Blind, à Paris; Bon, à Navarrenx; Boulet, à Saint-Didier-la-Séauve; Bourrut-Duvivier, à Angoulême; Brohon, à Paris; Charrière, à Toulouse; Daguet, à Plumelet; Davy, à Bayeux; Dermigny, à Saint-Simon; Destrem, à Paris; Emmanuelli, à Taulignan; Fodéré, à Saint-Jean de Maurienne; Gaspais, à Paris; Huguenin, à Paris; Isnel, à Vizille; P. Joly, à Fauquembergues; Laurent, à Paris; Le Port, à Lanildut; Luquet, à Toulon-sur-Arroux; Orval, à Paris; Rollet, à Pont-de Pany; Roudouly, à Caussade; Rousseaux, à Vouziers; Tisserand, à Saint-Jean de Losne; Tournier, et Zibelin, à Paris.

M. l'officier de santé Ciais, à Menton.

MM. les internes des hôpitaux de Paris Frenkel, Grenet, Labbé, Lesné.

Mmes les sages-femmes Bouillard, à Mâcon; Brouillier, à Lavardac; Cabassut, à Saint-Germain du Teil; Comel, à Montflanquin; Couillard, à Vierzon; Delaporte-Richez, à Lille; Foglièrine, à Ajaccio; Geneste, à Tombebœuf; Grenier, à Lauzun; Hollandt, à Calais; Labadie, à Lavardac; Lapeyre, à Saint-Gaudens; Madec, à Belz; Mahé, à Saint-Joachim; Monestès, à Bracieux; Pelous, à Narbonne; Simonet, à Nérac.

## PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1899

(Les Concours seront clos fin février 1899.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Physiologie et pathologie de la glande thyroïde.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX AMUSSAT. — 1000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour les prix de chirurgie expérimentale, les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

PRIX D'ARGENTEUIL. — 6800 francs. (Sexennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED. — Un titre de 24000 francs de rente. — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq

ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Barbier. — 2000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Capuron. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des modifications du placenta et des membranes de l'œuf retenues dans l'utérus.*

Prix Chevillon. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Du nervosisme.*

Prix Clarens. — 400 francs. (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du lymphadénome.*

Prix Desportes. — 1300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine. — La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1899. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1900. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Laborie. — 5000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année, à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Lefèvre. — 1800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ».

Prix Nativelle. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Étudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.*

Prix Pourat. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

(*A suivre.*)

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 19 au 24 décembre 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 19 DÉCEMBRE 1898**, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Ch. Richet, Launois et Desgrez.

2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Retterer.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lannelongue, Delbet et Varnier; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Terrier, Humbert et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Potain, Hayem et Teissier; — M. Reclus, suppléant.

**MARDI 20 DÉCEMBRE**, à une heure. — 1er (nouveau régime) : MM. Le Dentu, Quénu et Poirier.

2e (2e partie) : MM. Blanchard, Gley et Langlois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Panas, Rémy et Wallich; — (2e partie) : MM. Raymond, Hallopeau et Thiroloix; — M. Thiéry, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Hartmann; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Achard et Thoinot; — (2e série) : MM. Debove, Troisier et Charrin; — M. Ménétrier, suppléant.

**MERCREDI 21 DÉCEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Terrier, Sébileau et Walther.

2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et Broca (André).

3e (oral, 1re partie) : MM. Blum, Lejars et Lepage.

4e : MM. Pouchet, Lancereaux et Wurtz; — M. Gilles de La Tourette, suppléant.

**JEUDI 22 DÉCEMBRE** (1), à une heure. — Médecine opératoire,

(1) Ce jour, conseil de la Faculté, à trois heures.

*École pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Faure.
2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley et Desgrez.
3e (oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Budin et Hartmann; — (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Troisier et Wurtz; — (2e série) MM. Chantemesse, Marfan et Vaquez.
4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Ménétrier et Thoinot; — M. Hanriot, suppléant.
**VENDREDI 23 DÉCEMBRE**, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Gariel, Retterer et Launois.
3e (2e partie) : MM. Lancereaux, Gilles de La Tourette et Méry.
4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Pouchet, Dupré et Wurtz; — M. Broca (André), suppléant.
5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Poirier et Legueu; — (2e série) : MM. Blum, Humbert et Delbet; — (2e partie) : MM. Potain, Gaucher et Tuffier; — M. Sébileau, suppléant.
5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Broca (Aug.), suppléant.
**SAMEDI 24 DÉCEMBRE**, à une heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Chassevant et Langlois.
3e (2e partie) : MM. Joffroy, Roger et Vaquez; — M. André, suppléant.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Thiroloix; — (2e série) MM. Hutinel, Hallopeau et Marfan; — M. Hartmann, suppléant.
5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Faure, suppléant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat* (Séance du 12 décembre). — « Trompes utérines. — Symptômes de la grossesse au cinquième mois. »
MM. Lortat-Jacob 23 + 15 = 38. — Langevin 20 + 16 = 36. — Assicot 20 + 15 = 35. — Chapotin 18 + 17 = 35. — Grégoire 20 + 15 = 35. — Paris 21 + 14 = 35. — Lance 21 + 13 = 34. — Pécharman 20 + 12 = 32. — Touchard 19 + 10 = 29.
(Séance du 13 décembre). — : « Vésicule biliaire. — Colique hépatique. »
MM. Bruandet 25 + 17 = 42. — Hallopeau 22 + 17 = 39. — Meuriot 20 + 17 = 37. — Audart 20 + 16 = 36. — Chevalier 18 + 15 = 33. — R. Coudert 16 + 12 = 28. — Matzoukis 15 + 11 = 26. — Merlet 14 + 10 = 24. — Lemaître 13 + 7 = 20.

— Par décret, en date du 10 décembre 1898, M. Weiss, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

— Par décision ministérielle, en date du 13 décembre 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :
*A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe* : MM. les docteurs Revault, affecté au corps de santé des colonies; et Fourgoux, affecté à Toulon.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Remy, agrégé libre, est rappelé à l'exercice pour trois ans.

— *École de médecine d'Amiens.* — Un congé, pour l'année scolaire 1898-1899, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Dhourdin, professeur d'anatomie.

— M. le docteur Le Damany est nommé médecin-adjoint au lycée de Rennes (emploi nouveau).

— M. le docteur Reynier est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres de la bibliothèque de Sisteron.

— Des cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et gynécologie (année 1899) auront lieu à l'infirmerie de Saint-Lazare, 107, faubourg Saint-Denis.

Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare.
La première série commencera le jeudi 12 janvier à dix heures et demie du matin, et se continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.
Ce cours sera fait : le mardi, par M. L. Wickham (vénéréologie); — le jeudi, par M. Le Pileur (syphiligraphie); — le samedi, par M. Ozenne (gynécologie). Il sera complet en 18 leçons.
Seront admis à suivre ces cours, les docteurs en médecine et les étudiants en médecine pourvus de 16 incriptions qui se seront fait inscrire chez M. le directeur de la maison de Saint-Lazare. Une carte d'entrée leur sera remise.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — A l'occasion des fêtes de Noël et du Jour de l'An et du tir aux pigeons de Monaco, la compagnie délivrera du 19 au 31 décembre 1898 des billets d'aller et retour, première classe, valables pendant vingt jours, et dont le prix au départ de Paris sera de 177 fr. 40 pour Cannes, 182 fr. 60 pour Nice, 186 fr. 80 pour Menton.
On trouvera ces billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et Paris-Nord, ainsi que dans les bureaux de ville de la Compagnie P.-L.-M. et dans les agences spéciales.

**Une invention nouvelle : les Sparklets.** — Un grand nombre de nos abonnés nous ayant demandé des renseignements sur cette invention nouvelle, nous déférons à leur désir, et donnons ci-après les explications demandées.
Les Sparklets sont de petits ovules en acier hermétiquement clos et contenant une goutte d'acide carbonique liquéfié, chimiquement pur (un peu plus de 2 grammes).

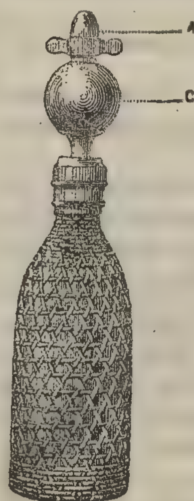


Fig 1

Pour employer les Sparklets, il faut avoir la bouteille spéciale dont nous donnons ci-contre le croquis et qui se compose d'une bouteille clissée, sur le goulot de laquelle se visse un bouchon métallique C. Dans ce bouchon se place le Sparklet qui se trouve perforé instantanément par une pointe intérieure dès que l'on visse le chapeau à oreilles A.
Au moyen de cet appareil, on rend gazeuse toute boisson quelconque versée dans la bouteille; avec de l'eau ordinaire on obtient instantanément un sodawater; avec du vin blanc ordinaire, on obtient du vin mousseux, imitant le vin de champagne. Si, dans la bouteille, on met du lait, on obtient du lait mousseux, sans addition d'aucun liquide étranger et qui, saturé d'acide carbonique, prend un goût légèrement aigrelet, très agréable.
Plusieurs médecins, qui ont prescrit le lait gazéifié dans le traitement des maladies de l'estomac, du tube digestif, et du foie, ont obtenu, nous a-t-on dit, des résultats excellents.
Cet appareil permet également d'obtenir dans l'eau gazéifiée la dissolution des sels de lithine. Il paraîtrait enfin que l'Hunyadi Janos mélangée à du sirop de grenadine et gazéifiée avec un Sparklet devient un purgatif très agréable à prendre. Le Sparklet coûte seulement 15 centimes, et se vend chez tous les pharmaciens.



Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 144. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1898. — Nº 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### Complications nerveuses des oreillons.

Par M. L. GALLAVARDIN,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Comme maladie infectieuse et surtout comme maladie infectieuse se rapprochant par plusieurs points des fièvres éruptives, les oreillons ont droit à des complications nerveuses, et celles-ci, pas plus que les complications viscérales, ne manquent à l'ensemble de leur tableau symptomatologique. Dans le cours de ce siècle, les auteurs semblent avoir eu à tâche, par de nombreuses publications, d'altérer le renom presque traditionnel de bénignité des ourles, et le groupe des accidents nerveux n'y a pas peu contribué. Ces accidents, quoique rares, ne sont pas cependant absolument exceptionnels, et il importe de les bien connaître. Du reste, si quelques-unes de ces manifestations nerveuses apparaissent encore mal étudiées et indécises, la plupart forment des types bien définis, tels que les complications cérébrales précédant l'orchite, la surdité ourlienne, et leur description s'en trouve d'autant facilitée.

Il serait trop long de citer ici tous les auteurs dont les travaux et les observations ont permis l'établissement de ces divers types, et c'est à propos de chaque manifestation que nous ferons mention des travaux s'y rapportant. Citons cependant dès maintenant les publications et mémoires de Hatry, Fournié, Laveran, Lannois et Lemoine, Comby et Catrin qui nous ont été de la plus grande utilité.

Afin de procéder avec clarté, nous diviserons ainsi le champ des complications nerveuses des oreillons :

1° Complications cérébrales et méningitiques ;
2° Complications intéressant les organes des sens ;
3° Complications intéressant les nerfs périphériques.

### I

**Complications cérébrales et méningitiques.** — Dans ce groupe des complications cérébrales et méningitiques nous rangerons toutes les manifestations nerveuses dont la modification organique ou fonctionnelle, présidant à leur développement, semble siéger dans l'appareil nerveux central. Signalons seulement les accidents bénins qui, chez les individus nerveux ou prédisposés, peuvent accompagner le début des oreillons : température élevée, quelques secousses convulsives, parfois un peu de delirium nocturne. Ces accidents cessent rapidement et n'ont d'autre signification que ceux qui peuvent présider à toute maladie infectieuse et augurer tout mouvement fébrile.

Quant aux autres manifestations nerveuses dont l'intensité et la gravité peuvent mettre en danger la vie du malade, qui parfois persistent fort avant dans la convalescence et qui égarent si souvent le diagnostic du médecin non prévenu, elles demandent une description plus détaillée. Cette description portera d'abord sur les phénomènes cérébraux graves qui, si souvent, précèdent le développement de l'orchite, puis sur les paralysies et les cas de mort les compliquant et les terminant parfois ; enfin, sur quelques manifestations exceptionnelles.

1° ACCIDENTS CÉRÉBRAUX GRAVES ET SCÈNE NERVEUSE PRÉ-ORCHITIQUE. — L'élévation excessive de la température, le délire, les convulsions, la céphalée violente, le coma peuvent compliquer la fluxion parotidienne. C'est à ces phénomènes qu'on accorde d'ordinaire le nom de méningite ourlienne. Leur apparition est assez variable ; ils peuvent se voir au début ou à la période d'état des oreillons, précédant ou non quelque autre complication ; ils peuvent survenir chez la femme, chez l'enfant ou chez l'adulte, au cours d'oreillons non compliqués d'orchite, et même après l'apparition de l'orchite quand cette complication existe. Toutefois, c'est le plus ordinairement chez l'homme adulte, précédant l'apparition de l'orchite ourlienne, que se montrent ces accidents, véritable scène nerveuse pré-orchitique.

Sous ce nom on peut comprendre l'ensemble des manifestations nerveuses qui, la fluxion parotidienne étant résolue et la fièvre non encore tombée, précèdent parfois le développement de l'orchite. Le plus souvent, les accidents évoluent de la façon suivante : au quatrième, cinquième et sixième jour, quelquefois plus tard, la fluxion parotidienne disparaît plus ou moins rapidement, mais la fièvre redouble, une céphalalgie violente apparaît ; le délire, les contractures, les convulsions entrent en scène et le malade qui était dans un état d'agitation, d'anxiété extrême, tombe bientôt dans un état comateux. Cela dure un jour, deux jours et tout cède quand apparaît l'orchi-épididymite simple

ou double. Ces accidents ont été bien observés par les auteurs. « Il n'est pas rare, dit Laveran (1), d'observer des symptômes cérébraux très graves en apparence et pouvant simuler une méningite au moment où se développe l'orchite, mais ces accidents se terminent presque toujours au bout de quelques jours par une guérison rapide. » Hamilton, Groffier, Rességuier y insistent également, mais c'est Trousseau (2) qui a définitivement fixé ce tableau clinique. « Il arrive quelquefois, dit-il, que lorsque la délitescence de la fluxion parotidienne est accomplie et que le principe n'est pas encore fixé, des désordres généraux de la nature la plus insolite viennent épouvanter les familles, déconcerter les médecins et jeter dans des voies thérapeutiques qui peuvent être singulièrement périlleuses. » Il en cite deux exemples.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans atteint d'oreillons; tout se passait régulièrement, les tuméfactions parotidiennes commençaient à décliner, et tout permettait d'espérer une guérison rapide, « lorsque, dit Trousseau, je fus mandé précipitamment. Je trouvai ce malade dans une anxiété inexprimable, le visage pâle, grippé, le pouls petit, fréquent, inégal, les extrémités froides. J'attendis avec anxiété l'issue d'une maladie qui s'annonçait sous d'aussi tristes auspices. Le lendemain matin je fus agréablement surpris en trouvant le malade avec une fièvre véhémente, le pouls large, la peau ouverte. Mais le scrotum était tuméfié, l'un des testicules et surtout l'épididyme était gonflé, douloureux. »

Le second cas est intéressant par ce fait que les oreillons avaient passé inaperçus, et c'est au cours d'une santé paraissant bonne que ce jeune homme de dix-sept ans « avait été pris d'une fièvre ardente, avec fréquence extrême du pouls, tendance à la lipothymie, délire, carphologie, vomissements, selles séreuses; cela ressemblait aux mauvais jours du troisième septénaire de la fièvre typhoïde, et au début de ces scarlatines malignes qui tuent les malades en quelques heures. Le lendemain on nous parla d'un petit accident dont on s'était aperçu pendant la nuit, le scrotum était gonflé, l'un des testicules tuméfié, douloureux. Le surlendemain le gonflement du testicule et de l'épididyme était beaucoup plus manifeste; le délire avait cessé aussi bien que la diarrhée et les vomissements, la fièvre était encore vive mais le pouls avait de l'ampleur ». Le malade, guéri quelques jours plus tard, raconta avoir ressenti, deux ou trois jours avant le début des accidents, du gonflement à l'angle de la mâchoire; ce gonflement, à la suite d'une impression de froid, avait diminué le lendemain, et les jours suivants les accidents terribles signalés plus haut étaient apparus.

Glénereau (3) rapporte six cas de ces accidents graves, et dans l'un, comme nous le verrons plus loin, la terminaison fut fatale. Behr (4), Lynch (5) en signalent des cas typiques. Laveran (in thèse de Lemarchand, Paris 1875) signale un cas où l'état général était si grave qu'on hésitait entre une fièvre typhoïde et une méningite, lorsqu'on découvrit par hasard une tuméfaction de l'un des testicules. Gailhard (6), dans sa thèse, en cite dix exemples et les compare avec justesse aux complications cérébrales du rhumatisme articulaire aigu. Signalons enfin les faits plus récents de Liégeois (1), Haldeman (2), Doudney (3), Ferrand (4), Benham (5).

Dans quelques observations rares, comme nous l'avons dit, on note le début des manifestations nerveuses au moment même de l'apparition de l'orchite et même après l'orchite, comme cela eut lieu dans deux observations du mémoire de Liégeois, dans celle de Ferrand. Dans ce dernier cas, l'orchite apparut au quatrième jour et les accidents cérébraux, abattement profond presque comateux, ne survinrent qu'au septième jour. Nous verrons quelle signification particulière certains auteurs attachent à ces cas.

Lorsqu'on lit ces observations d'accidents nerveux pré-orchitiques, il y a une idée qui revient obstinément à l'esprit, c'est celle de la métastase antique. Il semble qu'il existe dans l'organisme une certaine quantité de principe morbide qui, à chaque instant, demande à être fixé dans un organe, le plus ordinairement les parotides, puis les testicules. Si le poison ourlien abandonne les glandes salivaires, et n'est pas fixé immédiatement par la fluxion testiculaire, il est possible qu'il envahisse un autre appareil, les méninges et le cerveau, par exemple, et donne naissance à de graves symptômes, qui céderont rapidement quand surviendra la localisation génitale tardive. On ne voit pas bien en quoi cette interprétation ancienne serait incompatible avec les données pathogéniques microbiennes d'aujourd'hui. Laveran admet cette localisation du poison ourlien sur les méninges, cette méningite ourlienne, mais il lui donne une signification très précise : « Il est prudent, dit-il, de ne pas trop vite affirmer la méningite ourlienne ; on ne doit admettre la nature ourlienne des accidents cérébraux que si on les voit survenir avec une fièvre très vive, peu de temps avant l'apparition de l'orchite ou en même temps qu'elle. » Et à la Société médicale des hôpitaux, dans la discussion qui suivit la relation du cas de Ferrand en 1894 : « Je crois qu'il est sans exemple que les accidents cérébraux liés à l'évolution de l'orchite ourlienne, se soient produits chez des malades dont l'orchite était en voie de décroissance. Lorsque l'orchite ourlienne s'accompagne d'accidents méningitiques, les choses se passent presque toujours de la façon suivante : le malade présente une très forte fièvre au moment où apparaissent les symptômes cérébraux et la tuméfaction testiculaire apparaît ou suit de très près l'apparition des accidents généraux. » Et il conclut que, si l'orchite est déjà en décroissance, si la fièvre est tombée lors de la survenue des accidents cérébraux, ce ne sont point des accidents d'origine ourlienne, mais des manifestations nerveuses suscitées par l'alcoolisme, les névroses, etc. Catrin (6) et Comby (7) ne sont pas loin d'admettre cette dernière interprétation pour tous les cas. « Je crois, dit Comby, qu'un certain nombre des accidents nerveux attri-

(1) LAVERAN. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. OREILLONS.
(2) TROUSSEAU. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 253.
(3) GLÉNEREAU. Sur une épidémie d'oreillons compliqués d'accidents cérébraux, *Bull. de thérap.*, 1884, p. 666.
(4) BEHR. *Hofeland's Journ.*, LXI, I.
(5) LYNCH. *The Dublin quart. Journ. of med. Sc.*, 1856, p. 290.
(6) GAILHARD. Th. de Montpellier, 1877.

(1) LIÉGEOIS. *Progrès méd.*, 30 oct. 1891.
(2) HALDEMAN. *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 14 mai 1887.
(3) DOUDNEY. *The Lancet*, 29 nov. 1890.
(4) FERRAND. Un cas d'oreillon compliqué, Soc. méd. des hôpit., mars 1895.
(5) BENHAM. Oreillons avec symptômes cérébraux et température élevée, *The Lancet*, janv. 1897.
(6) CATRIN. Des complications des oreillons, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1895.
(7) COMBY. *Les oreillons* (Bibl. Charcot-Debove). — *Traité de médecine* (publié sous la direction de Grancher), art. OREILLONS.

bués aux oreillons relèvent essentiellement d'une tare nerveuse héréditaire ou acquise, de la folie, de l'épilepsie, de l'hystérie, quand ils ne sont pas imputables à l'alcoolisme. Je maintiendrai cette conclusion aussi longtemps qu'elle ne sera pas contredite par l'anatomie pathologique. »

Jusqu'à présent nous avons présenté des accidents cérébraux et méningitiques qui entourent l'apparition de l'orchite et peuvent survenir, même en son absence, chez les enfants, comme assez bénins; or, il n'en est pas toujours ainsi; et nous allons étudier les cas de complications paralytiques qui les ont parfois accompagnés, et même les cas de mort qui ont pu les terminer.

2° Paralysies et aphasie liées aux manifestations cérébrales et méningitiques. — L'apparition possible des paralysies et de l'aphasie au cours des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons a été bien mise en lumière par le mémoire de Lannois et Lemoine (1). Ces auteurs en rapportent 4 cas seulement, dont un personnel. Passons-les en revue.

Dans le premier cas en date, celui de Monro et Healy (2), c'est un jeune homme de quinze ans qui paraissait guéri de ses oreillons, lorsque survinrent du délire, de l'hyperthermie, du coma, des crises maniaques furieuses et une orchite. Durant six mois il eut de la peine à marcher et présenta de la parésie et de l'incoordination des membres inférieurs, une difficulté manifeste de la parole et une agraphie marquée.

Une année après Janson-Zuède (3) rapportait le cas d'un jeune homme de dix-sept ans, qui, au cours d'une atteinte d'oreillons avec accidents cérébraux graves, délire furieux, etc., fut atteint d'aphasie et de paralysie localisée au bras droit. Le tout fut du reste transitoire.

Dans l'observation de Sorel (4) les oreillons furent également accompagnés de phénomènes nerveux intenses, délire, orchite, etc., et dans la convalescence d'un certain degré d'aphasie motrice avec conservation intacte de l'idéation et de la conception des mots. La durée fut de quinze mois.

Le malade de Lannois et Lemoine fut atteint, au septième jour, de coma avec hémiplégie droite, hémianesthésie totale et complète du même côté. Le huitième jour survint une paralysie faciale gauche, une déviation conjuguée des deux yeux à gauche. L'hémianesthésie disparut rapidement, mais il survint de l'aphasie. Au dix-neuvième jour la paralysie faciale cédait à son tour, l'aphasie était moins marquée; le malade fut réformé et guérit complètement dans la suite.

A ces quatre observations on pourrait en ajouter deux autres, une de Glenereau (5) qui, chez une fillette de deux ans et demi, observa une paralysie très nette du côté droit, qui, du reste, guérit complètement au bout de peu de semaines; une autre de Liégeois (6), où se développa dans un état demi-comateux, une paralysie faciale gauche, une parésie du membre inférieur gauche et une paralysie du membre supérieur droit. Ces troubles paralytiques durèrent seulement quelques jours et furent suivis de guérison.

(1) Lannois et Lemoine. Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons, *Arch. de neurol.*, 1886, n° 1.

(2) Monro et Healy. *The Lancet*, août 1883.

(3) Janson-Zuède. *Ann. sc. méd.-chir.*, Liège, mai 1884.

(4) Sorel. *Arch. de méd. milit.*, déc. 1883.

(5) Glenereau. Loc. cit. (2e obs.).

(6) Liégeois. Contribution à l'étude des complications cérébrales et méningitiques des oreillons (2e obs.), *Progrès méd.*, oct. 1891.

De tous ces faits il résulte nettement qu'au cours des phénomènes méningitiques et cérébraux qui accompagnent les oreillons, il peut se développer des paralysies. Il n'est pas téméraire de leur attribuer à elles aussi une origine centrale, étant donné leur coexistence fréquente avec l'aphasie, leur distribution hémiplégique qui n'est pas rare et enfin leur apparition au milieu de phénomènes (délire, coma, manie furieuse) dont le siège central n'est pas douteux. L'inconstance de la forme hémiplégique franche n'est pas une objection suffisante, car on peut se trouver en présence d'altérations méningées diffuses. Eichorst avait invoqué l'hypérémie cérébrale par compression de la jugulaire interne au niveau de la tumeur parotidienne; interprétation inacceptable du reste, car dans le cas de Janson-Zuède la lésion siégeait du côté opposé à la tuméfaction ourlienne. Jaccoud et Grancher mettaient en avant l'endocardite aiguë développée au cours des oreillons et les embolies dont elle pouvait être l'origine. Quant à Lannois et Lemoine ils invoquent la méningo-encéphalite d'ordre congestif ou inflammatoire et peut-être la thrombose de l'artère sylvienne. Comby exprime une opinion différente : « Cette explication, hypothétique puisqu'elle n'est basée sur aucune autopsie, dit-il, admissible pour certains cas, ne l'est pas pour tous, » et ailleurs : « Pour moi ces accidents relèvent plus de l'hystérie latente que des oreillons. » A cette explication il serait facile d'objecter qu'elle est tout aussi hypothétique que celle qu'elle prétend renverser, mais malgré cette divergence d'opinions un fait subsiste : la survenue possible, au milieu des accidents cérébraux des oreillons, de l'aphasie et de paralysies semblant d'origine centrale. C'est aux observations futures qu'il appartiendra de préciser la part qui revient aux lésions et aux névroses dans leur développement.

3° Mort par accidents cérébraux. — Les cas d'issue fatale au cours des accidents nerveux des oreillons sont rares. Catrin rapporte que, dans la statistique de l'armée de 1887 à 1895, portant sur 33447 cas, il n'y eut que 3 décès par oreillons et 1 seul par complications nerveuses; le diagnostic porté fut celui de méningite, mais ne fut pas vérifié à l'autopsie.

Franck, dans son traité de pathologie médicale, admet sans réserve que la disparition des fluxions parotidiennes puisse être suivie de céphalalgie, de délire et même de mort. Cullen admet aussi la possibilité de la mort au cours des oreillons. Nous avons pu en réunir une douzaine de cas que nous citerons rapidement.

Hamilton (1) : Un jeune homme de vingt-deux ans présente des oreillons bilatéraux et fut traité énergiquement, purgé, saigné. La rétrocession de la parotidite est suivie d'une fièvre ardente avec orchite. On croit à un accident vénérien et les moyens antiphlogistiques sont repris. La tumeur testiculaire disparaît subitement le lendemain et le malade est pris de délire violent, de convulsions effroyables au milieu desquelles il succombe « fou furieux », le troisième jour. Dans l'épidémie d'Édimbourg en 1761, il mentionne également des cas de mort par complications cérébrales.

Frénel (2) dit avoir vu mourir deux enfants de trou-

(1) Hamilton. *Trans. of the R. Soc. of Edinburgh*, 1790.

(2) Frénel. Th. de Strasb., 1812.

bles cérébraux mal déterminés dans le cours d'oreillons.

Astley Cooper (1) raconte que, chez un enfant atteint d'oreillons, la disparition de la fluxion parotidienne (à la suite de lotions faites avec la solution de sous-acétate de plomb et d'alcool) fut suivie de symptômes de compression cérébrale et de délire. L'enfant mourut en moins de huit jours.

Haldeman (2) rapporte 4 cas de complications cérébrales. Dans le quatrième il s'agit d'une femme enceinte de sept mois qui, cinq jours après avoir été atteinte des oreillons, avorta d'un enfant mort depuis quelques jours. Bientôt elle délire et meurt le douzième jour.

Le cas rapporté par Glenereau (3) est peu net, la mort survint, mais les phénomènes nerveux auraient commencé avant la parotidite.

Gillet [de Beaugie (4)] : Le jeune homme dont il rapporte l'observation était au cinquième jour de ses ourles. Durant la nuit il se lève de son lit et tombe sans connaissance; on le relève, il revient à lui. Peu de temps après nouvelle perte de connaissance et mort.

Michalsky (5) : Enfant de sept ans, oreillons, fièvre assez intense. Au cinquième jour, coma complet, attaques convulsives, mort en quelques heures. « Il est à noter, dit l'auteur, que la méningite est survenue ici sans qu'il y ait eu d'orchite ourlienne. »

Dans le cas de Liégeois (6), il s'agit d'un neurasthénique hypocondriaque ayant eu au moins une crise épileptiforme. La poussée testiculaire durait depuis deux jours quand elle disparut rapidement, laissant place à des troubles nerveux, délire, convulsions, etc. Neuf jours après le début des crises épileptiformes, état comateux et mort. Signalons seulement enfin les cas de Maximowitch (7), Niemeyer (8), Malabouche (9), Russel (10), Williamson (11).

Quant à la thèse de Bertrand (Paris, 1839) qu'on intitule : « De l'oreillon, cas de mort subite, » elle porte sur plusieurs sujets. Le premier est, en effet, un cas d'oreillons, mais le deuxième est un cas de mort subite sans aucune relation avec le cas précédent.

Tous ces cas manquent d'autopsies (ou du moins de relations d'autopsies), sauf un seul, celui de Maximowitch, que Longuet (12) dans son mémoire si consciencieux rapporte avec assez de détails. Le malade, dans le cours d'une parotidite apyrétique peu volumineuse, fut pris de frissons, de céphalée. Délire la nuit, constipation. Le malade tombe dans le coma et meurt après avoir présenté du Cheyne-Stokes. Autopsie : surface du cerveau œdémateuse et violacée; les sillons sont comblés par un exsudat séro-fibrineux adhérent aux membranes et entourant les troncs nerveux à leur origine comme des fourreaux; hypérémie du cervelet et de la moelle; en résumé méningite séreuse. Dans les autres cas publiés, s'agissait-il réellement de méningites ou d'autres affections la simulant (urémie à forme cérébrale)? Il est difficile de le dire. Rappelons seulement que Catrin et Antony observèrent eux aussi une mort par méningite au cours des oreillons, mais à l'autopsie on trouva une méningite tuberculeuse des plus nettes.

4° Accidents nerveux divers. — Signalons seulement quelques cas rares d'accidents nerveux survenus au cours ou à la suite des oreillons.

Glénereau a signalé comme troubles de début, dans plusieurs cas, des mouvements choréiformes; Salomonsen (1) a signalé, à la suite d'oreillons au début desquels s'était manifesté de la tétanie, une chorée d'une durée de six mois chez un enfant de onze ans.

Jourdan (2) a cité deux cas d'oreillons compliqués d'attaques hystériformes chez des militaires. Cazenove a relaté également un cas de neurasthénie post-ourlienne. On a publié aussi des cas de vésanies consécutives aux oreillons (Percy Smith, Demme, Liégeois), manie, mélancolie; mais comme le disent Legroux et Hudelo (3), il semble que, dans la plupart des cas, les antécédents nerveux des malades aient fait plus que les oreillons eux-mêmes pour le développement de ces psychoses. Il en était certainement ainsi dans un cas de Catrin où, chez un individu atteint auparavant de faiblesse intellectuelle notoire, survinrent après les oreillons des troubles cérébraux graves nécessitant la réforme.

## II

**Complications intéressant les organes des sens.** — Parmi les organes des sens, l'oreille et l'œil sont seuls touchés par la maladie ourlienne. Nous insisterons longuement sur les complications auriculaires dont l'importance est primordiale.

A. Complications auriculaires. — Passons rapidement sur l'otalgie du début des oreillons décrite par Comby. « J'ai vu, dit cet auteur, des enfants qui, le jour ou la veille de l'invasion des oreillons, accusaient des douleurs auriculaires atroces, leur ôtant rapidement l'appétit et faisant craindre le début d'une méningite. » Catrin également a décrit cette otalgie prémonitoire; mais elle cède d'ordinaire rapidement et ne laisse à sa suite aucune trace. La véritable complication auriculaire des oreillons est la surdité qui, dans l'immense majorité des cas, est totale et définitive, mais qui cependant, dans des cas très exceptionnels, a pu rétrocéder en partie ou en totalité. A la suite de ces deux sortes de surdité, définitive et temporaire, dont l'origine est, comme nous le verrons, labyrinthique, nous dirons quelques mots des complications dont l'oreille moyenne et l'oreille externe peuvent être le siège.

1° *Surdité uni ou bilatérale, totale et définitive, d'origine labyrinthique.* — Toynbee (4), le premier, soupçonna nettement l'action du poison ourlien sur l'appareil de l'ouïe. « Le poison spécial, dit-il, qui produit la maladie connue généralement sous le nom d'oreillons, est très souvent la source de

(1) Astley Cooper. *Œuvres chirurgicales*, trad. Chassaignac et Richelot, 1835, p. 356.
(2) Haldeman. Loc. cit.
(3) Glenereau. Loc. cit.
(4) Gillet. Mort subite dans un cas d'oreillons, *Gaz. des hôpit.*, 1873.
(5) Michalsky. *Union méd.*, 1885, p. 316.
(6) Liégeois. *Progrès méd.*, 1891.
(7) Maximowitch. *St-Petersb. Med. Wochens.*, 1880, p. 185.
(8) Niemeyer. *Traité de pathologie interne*, 1869, art. Oreillons.
(9) Malabouche. Th. de Montpellier, 1867.
(10) Russel. *Œconom. nat. in morbis acut.*, Londres 1755.
(11) Williamson. *The Lancet*, 1886, p. 487.
(12) Longuet. Complications des oreillons, *Union méd.*, 1885.

(1) Salomonsen. *Ugeskraft Læger*, 1878.
(2) Jourdan. Relation d'une épidémie d'oreillons au 28e bataillon de chasseurs à Dax, *Rec. de mém. de méd. milit.*, 1878, p. 537.
(3) Legroux et Hudelo. *Traité de médecine* (Brouardel et Girode), art. Oreillons.
(4) Toynbee. *Maladies de l'oreille*, trad. Dr Darin, 1874.

la surdité complète. Toutefois l'affection est habituellement unilatérale. La surdité apparaît soudainement, elle est ordinairement complète et, règle générale, on n'arrive à découvrir aucune lésion du méat, de la membrane du tympan et de la cavité tympanique. » Malgré quelques inexactitudes de détail, cette citation de Toynbee constitue pour nous un thème, un canevas que nous n'aurons qu'à développer.

Mais tout d'abord, cette surdité ourlienne n'est certainement pas aussi fréquente que Toynbee paraît le croire. Cette complication ne prit possession de son individualité propre et ne fut nettement mise en lumière qu'au congrès annuel de la Société otologique américaine, tenu à Newport en 1881, et il n'en fut cité que des cas très rares. Depuis, de nombreux travaux ont paru sur cette question, apportant d'année en année de nouveaux faits. En 1883, parut le premier travail d'ensemble sur ce sujet : Lannois et Lemoine (1) publièrent un cas personnel qu'ils firent suivre de la relation des neuf observations connues jusque-là. « Nous sommes d'ailleurs persuadés, écrivaient-ils, que les observations de ce genre deviendront rapidement assez nombreuses. » En 1885, Fournié (2), dans son remarquable mémoire, élevait ce nombre à 17 observations, en y ajoutant 2 personnelles et 5 publiées depuis le mémoire précédent. Mais déjà, avaient paru des travaux américains importants, parmi lesquels nous citerons celui de Pierce (3), qui porte ce nombre à 21 cas, et celui de Connor (4), qui en compte 33 cas. Il est vrai que ce dernier auteur rapporte également quelques cas de surdité incomplète ou d'otite moyenne, mais 28 cas, cependant, se rapportent d'une façon absolument précise à la surdité vrai, ou bilatérale, complète et définitive d'origine labyrinthique. Plus récemment ont paru les mémoires de Minor (5) et de Barr, enfin dans ces dix dernières années, les observations isolées se sont multipliées et nous avons pu en réunir 51 observations. Il ne s'agit donc plus là d'une complication exceptionnelle. Il serait, croyons-nous, sans intérêt de relater chacune de ces observations, étant donné leur similitude presque absolue ; nous nous contenterons d'en indiquer l'origine dans un index bibliographique placé à la fin de notre article.

L'étiologie de cette surdité ourlienne ne présente aucune particularité à noter. Le sexe et l'âge des malades n'influent en rien sur sa production, on l'a vue survenir chez des enfants de quatre ans et chez des adultes. La gravité des oreillons paraît également indifférente. C'est un accident fortuit que rien ne permet de prévoir et que sans doute rien ne peut différer. La surdité est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale. Sur les 17 cas réunis par Fournié, la surdité était unilatérale 8 fois et 9 fois bilatérale. Brünner estime qu'elle est plus souvent unilatérale dans la proportion de 3/5. En tous cas, lorsque la parotidite et la surdité sont unilatérales, elles correspondent ou alternent indifféremment.

L'apparition de cette surdité est d'ordinaire précoce et rapide. Le plus ordinairement elle apparaît du deuxième au troisième jour ou parfois vers le sixième ou le huitième.

(1) Lannois et Lemoine. Surdité ourlienne, *Rév. de méd.*, 1883.

(2) Fournié. Complications des organes des sens dans les oreillons (Mém. ayant obtenu le prix de méd. milit.), extrait *Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1885.

(3) Pierce. *The med. Chronicle*, 1881, p. 505.

(4) Connor. *Amer. Journ. of the med. Sc.*, 1884, p. 401.

(5) Minor. Aural complic. in Miwamps, *The New-York Med. Journ.*, 1897.

Dans quelques cas, elle se manifeste seulement le quinzième jour (faits de Kipp, Moure, Buck); enfin dans le cas de Lannois et Lemoine, ces symptômes auriculaires subjectifs apparurent trois ou quatre jours avant la manifestation parotidienne. Les phénomènes qui en marquent le début sont un peu variables suivant les cas. Tantôt la surdité s'installe brusquement, sans aucun phénomène subjectif important à noter; le malade devient sourd en quelques instants et l'est pour sa vie. Mais une installation aussi silencieuse est rare, on la trouve notée dans peu de cas, notamment dans un de Kipp. Plus souvent, la surdité est précédée ou accompagnée de phénomènes subjectifs. Ce sont tantôt des bourdonnements, des bruits de cloches assourdissants, un murmure confus, des sifflements accompagnés de céphalalgie, tantôt enfin, il s'agit du syndrome de Ménière complet avec nausées, vomissements, vertiges, perte de l'équilibration. Sur 17 cas Fournié note 8 fois l'établissement de la surdité avec syndrome de Ménière et 9 fois avec des bruits subjectifs simples. On peut, bien entendu observer tous les degrés et, comme le dit Ch. Éloy (1), « la déséquilibration peut varier depuis le chancellement, pendant la marche, jusqu'à la tendance à la giration, à la chute dans une même direction et aux titubations ébrieuses. » D'ordinaire, lorsque la surdité est liée au syndrome de Ménière, les nausées et les vomissements cessent assez rapidement, mais les troubles de l'équilibration peuvent persister et se reproduire pendant deux et trois mois.

Installée, la surdité est complète de suite ou se complète très facilement. Elle offre alors tous les caractères de la surdité d'origine labyrinthique : abolition totale de l'ouïe, même lorsque les vibrations sont transmises au crâne osseux, intégrité complète du nerf auditif, du tympan, de la caisse à l'examen objectif. Elle est enfin, et c'est là un de ses principaux caractères, absolument irrévocable et ne rétrocède jamais, malgré les traitements les plus prolongés et les plus variés.

Il y a bien longtemps qu'on s'est évertué à rechercher l'explication pathogénique de cette complication si remarquable et d'une physionomie si constante; les hypothèses n'ont pas manqué et nous verrons que là aussi, c'est Toynbee qui a vu juste. Comme on devait s'y attendre, l'idée, peut-être juste mais vague, de la métastase a eu ses partisans (Roosa, Knapp). Voulant préciser le mécanisme, certains auteurs ont cherché à expliquer la propagation de la fluxion parotidienne à l'appareil auditif; Buck et Vogel admettent que le nerf facial est l'agent de cette transmission, Seligsohn dans un mémoire qui, de l'aveu même de Fournié, serait d'une obscurité remarquable, l'explique par une communication directe pathologiquement créée entre la loge parotidienne, le conduit auditif et la caisse. D'autres enfin admettent la propagation à l'oreille moyenne de l'énanthème pharyngé vu dans quelques cas. Actuellement un point paraît bien acquis, c'est l'origine labyrinthique de cette surdité. Les arguments ne manquent guère et le début brusque, les caractères de la surdité, la fréquence des bruits subjectifs et du syndrome de Ménière, l'incurabilité, l'absence de lésions de l'appareil de transmission constatés par la presque totalité des auteurs, en sont des preuves plus que suffisantes. Les uns admettent une action des produits solubles ourliens sur le nerf acoustique et les autres

(1) Ch. Eloy. *Union méd.*, 1885.

(le plus grand nombre) se rallient à l'idée d'un épanchement séreux ou hémorragique dans l'oreille interne, limaçon ou canaux demi-circulaires. Toynbee, du reste, au dire de Moos, aurait constaté chez un malade mort d'oreillons un épanchement hémorragique dans le labyrinthe. Lannois et Lemoine, Fournié et plus récemment Gellé (1) partagent cette opinion. Notons cependant l'idée émise par Connor et Minor que peut-être l'otite moyenne légère précède et favorise l'apparition des lésions de l'oreille interne.

Du fait des caractères cliniques et anatomo-pathologiques que nous venons d'assigner à cette importante complication, on comprend que la thérapeutique en soit nulle; certains auteurs disent toutefois avoir obtenu l'amélioration, des phénomènes vertigineux tout au moins, par l'emploi du sulfate de quinine.

2° *Surdité temporaire.* — Outre cette surdité grave et incurable dont nous venons de parler longuement, on a signalé encore des exemples, bien plus rares il est vrai, de surdité passagère, guérissant spontanément.

Fournié dans son mémoire en mentionne 3 cas, 2 de Dreyfus-Brisac (2), 1 de Jourdan, où la surdité fut complète et disparut en totalité en huit ou quinze jours. Tsakyroglouss, sir John Roosa en signalent également chacun un cas. Thiry (3) rapporte une observation très nette. Une fillette de neuf ans et demi fut prise au huitième jour d'une dureté de l'ouïe, puis survinrent des vertiges, des sons de cloche, de la céphalée et une surdité absolue. Rien à l'examen de l'oreille. Amélioration progressive; quinze jours après, elle entend des deux côtés la voix haute sans distinguer les paroles. Dans la suite, disparition des bruits et des vertiges et amélioration continue de l'ouïe.

Il est évidemment difficile de donner de ces faits une interprétation exacte; peut-être s'agit-il de phénomènes congestifs ou de lésions réparables au niveau de l'oreille interne?

3° *Lésions de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe.* — Ce sont, comparés aux précédents, des faits bien peu nombreux et bien peu importants. Nous les signalerons cependant.

Connor rapporte, sur ses 33 observations, 5 cas où, dit-il: « il faut tout rapporter à l'oreille moyenne; » sur ces cas, un cas de Fomeroy était une otite suppurée.

Minor rapporte également 3 cas d'otite moyenne qui guérirent, 2 en une semaine, 1 en 10 jours. Kipp (4) et Tsakyroglouss (5) ont publié chacun 1 cas d'otite moyenne suppurée; dans 1 de ces cas, il s'agissait de surdité labyrinthique unilatérale complète et l'oreille interne fut prise d'un catarrhe purulent de la caisse. Catrin enfin a vu les oreillons être suivis d'une otite suppurée moyenne et d'arthrite purulente dans laquelle on mit en évidence le streptocoque. Il n'est pas douteux que ces cas-là, comme ceux de la rougeole, ressortissent à des infections secondaires.

D'après Fournié, il pourrait parfois se produire un catarrhe du conduit auditif externe analogue au catarrhe conjonctival ou uréthral. L'écoulement est séro-purulent, d'ordinaire contemporain de la poussée fluxionnaire des glandes salivaires, et passe rapidement.

(1) Gellé. Surdité par oreillons, *Arch. internat. de laryngol.*, 1891, p. 65.
(2) Dreyfus-Brisac, *Gaz. hebd.*, 1884, p. 498.
(3) Thiry. *Corresp. Bl. f. Schw. Ærtze*, 1883.
(4) Kipp. *Zeits. f. Ohrheilk.*, t. XIV, p. 214.
(5) Tsakyroglouss. *Monats. f. Ohrheilk.*, 1893.

B. Complications oculaires. — Ces complications ont été bien mises en lumière par Hatry (1). Ce médecin avait remarqué qu'assez souvent chez les convalescents d'oreillons on pouvait constater une amblyopie plus ou moins intense. Il avait décrit trois degrés de cette amblyopie, Fournié dans son mémoire reprit la question et c'est sa classification que nous adopterons.

1° *Conjonctivite.* — Elle a parfois été notée chez les malades atteints d'oreillons. Combeau, Haillot, Gailhard, Sellikorn, Appleyard, en ont rapporté des exemples. Elle a même pu, dans certains cas, s'accompagner d'un chémosis énorme (Karth) et aussi de kérotite ulcéreuse (Sellikorn). Cette conjonctivite pour Leriche n'a pas une individualité propre, elle n'est que le premier symptôme de la fluxion lacrymale que nous allons étudier.

2° *Dacryo-adénite ourlienne.* — Il est actuellement de notion banale que l'infection ourlienne peut provoquer la fluxion sous-maxillaire ou sublinguale; d'Heilly le premier, dans son article du *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*, a signalé la localisation ourlienne sur la glande lacrymale. Depuis, des faits assez nombreux ont été publiés. Leriche (2), en 1893, en cite 9 observations dont une personnelle. Ce sont les faits de Marc Dufour, Karth, Dor, Hirschberg, Gailhard, Combeau, Haillot. Adler (3) en 1895, Gordan, Norric en ont rapporté d'autres exemples. Dans tous ces cas la symptomatologie est univoque : développement à la partie supéro-externe de l'orbite, au-dessous de la paupière supérieure, d'une tuméfaction douloureuse, s'accompagnant d'œdème des paupières, de rougeur de la conjonctive, de larmoiement, et entrant en résolution au bout de quelques jours. Pour Leriche, nous le répétons, les cas publiés autrefois sous le nom de conjonctivites au cours des oreillons n'étaient sans doute que des dacryo-adénites légères méconnues. Dans l'épidémie rapportée par Dor (4), le diagnostic de dacryo-adénite ne fut porté que dans un cas, mais d'autres enfants avaient de la conjonctivite, de l'œdème des paupières.

3° *Troubles sensoriels.* — Bergeron, dès 1853, avait indiqué la présence de brouillards s'étendant sur le champ visuel. Hatry rapporte 10 cas de l'amblyopie ourlienne allant depuis ce léger brouillard jusqu'à une diminution assez accusée de l'acuité visuelle. Fournié y joignit 19 nouveaux cas et en donne la description suivante :

*a.* Diminution plus ou moins sensible de l'acuité visuelle, sensations confuses de brouillard, de fumée. Sur 19 cas, il note 16 cas d'amblyopie légère où la vue fut seulement brouillée et 3 cas où elle fut assez forte pour rendre la lecture impossible.

*b.* Dyschromatopsie ourlienne passagère; enfin dans 2 cas il note de l'héméralopie.

Tous ces troubles sont passagers, s'effacent complètement en quelques jours. Ils surviendraient seulement dans les cas de parotidite très intense et seraient causés sans doute par des troubles circulatoires. Hatry et Fournié ont vu à l'ophtalmoscope l'injection de la papille et de la zone rétinienne entourante. Dans quelques cas de Hatry les veines étaient flexueuses, il y avait du pouls veineux et c'est à peine si l'on pouvait distinguer la papille de la choroïde.

(1) Hatry. Considérations sur les troubles visuels observés chez les malades atteints d'oreillons, *Rec. de mém. de méd. milit.*, 1876, p. 305.
(2) Leriche. *Dacryo-adénite ourlienne*, Th. de Paris, 1893.
(3) Adler. Mumps des Thränendrüsen, *Wien. Med. Presse*, fév. 1895.
(4) Dor. *Lyon méd.*, mars 1895.

Il ne nous reste plus qu'à signaler un cas d'iritis rapporté par Burtreff, un cas de paralysie de l'accommodation, observé par Boas (1) chez une fillette de sept ans, trois semaines après les oreillons, et enfin une observation jusqu'à présent unique de Talon (2), rapportant un cas de cécité par atrophie papillaire double, trois mois après les oreillons; la vision était complètement abolie et les deux papilles absolument blanches. Ce cas, causé certainement par l'action du poison ourlien sur les deux nerfs optiques, nous conduit tout naturellement à étudier son influence sur les nerfs périphériques.

III

**Complications intéressant les nerfs périphériques. — Polynévrite ourlienne.** — Nous avons vu précédemment que les paralysies d'origine centrale, accompagnées ou non d'aphasie, pouvaient s'établir au milieu des phénomènes centraux et méningitiques qui suivent les oreillons. Vogel admet aussi la possibilité des altérations du nerf facial à son passage dans la parotide. Mais cette paralysie faciale d'origine directe est une rareté, il n'en existe qu'un exemple, celui de Steiner (3), où elle se développa au cours d'une parotidite ourlienne suppurée.

Outre ces faits, il existe un troisième groupe d'accidents paralytiques pouvant survenir au cours des oreillons. Ce sont les véritables paralysies ourliennes consécutives à des névrites périphériques, analogues à celles qui font suite aux autres maladies infectieuses, et notamment à la rougeole, à la diphtérie, à la fièvre typhoïde, à la grippe, etc. Il serait, en effet, merveilleux que le poison ourlien qui peut toucher tous les organes, qui semble même avoir une prédilection pour les appareils nerveux, fût un des seuls principes infectieux qui ne puisse provoquer de réaction sur les nerfs périphériques. La connaissance de ces névrites consécutives aux oreillons est cependant de date récente et les faits publiés sont seulement au nombre de quatre. Les travaux généraux sur les paralysies dans les maladies aiguës ou les névrites d'Imbert-Gourbeyre (4), de Landouzy (5), de Bonnet (6), de Babinsky (7) n'en font pas mention.

Le premier fait en date est celui de Joffroy (8). Puis vinrent ceux de Chavanis (9), de Revilliod (10), et enfin un dernier cas que nous avons publié récemment (11). Nous n'avons pu en trouver aucun exemple dans la littérature étrangère.

Dans l'observation de Joffroy, il s'agit d'une fillette de six ans et demi qui, au huitième jour d'oreillons, ressentit des douleurs dans les membres, des démangeaisons violentes. Au vingtième jour, s'établissait une paralysie flasque des quatre membres, avec abolition complète des réflexes, sensibilité cutanée un peu émoussée, diminution de la contractilité électro-musculaire. La guérison fut complète.

(1) Boas. *Klin. Monats. Aug.*, 1886.
(2) Talon. *Arch. de méd. milit.*, 1883, p. 103.
(3) Steiner. *Wien. med. Blætter*, 1896, p. 22.
(4) Imbert-Gourbeyre. *Gaz. méd. de Paris*, 1863, nº 26.
(5) Landouzy. *Paralysies dans les maladies aiguës*, Th. d'agrég., Paris 1880.
(6) Bonnet (de Neuville). Th. de Lyon. 1893.
(7) Babinsky. *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard), art. Névrites.
(8) Joffroy. Paralysie ourlienne, *Progrès méd.*, 1886.
(9) Chavanis. Paralysie ourlienne, *Loire méd.*, 1891.
(10) Revilliod. Paralysie ourlienne, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1896.
(11) L. Gallavardin. Polynévrite ourlienne au cours de la grossesse, *Lyon méd.*, 25 sept. 1898.

Le cas de Chavanis est un peu différent : les oreillons furent graves et les troubles paralytiques, consistant en de la faiblesse des membres inférieurs, n'apparurent que plus d'un mois après les oreillons. En outre, il existait des troubles psychiques, quelques troubles sensitifs.

Revilliod rapporte un cas assez analogue à celui de Joffroy. Le petit garçon de sept ans, dont il rapporte l'histoire, fut atteint, dans la convalescence de ses oreillons, d'une paralysie flasque des quatre membres et de quelques paires craniennes. La guérison fut absolument complète.

Dans notre observation personnelle, il s'agissait d'une femme de trente et un ans, qui fut atteinte d'oreillons bilatéraux, d'intensité moyenne. Au huitième jour, survinrent des troubles sensitifs, des démangeaisons généralisées, et, au quinzième jour, la paralysie flasque des quatre membres était presque totale. La malade présentait également des troubles sensitifs très nets aux extrémités, une perte complète du sens musculaire, une abolition totale des réflexes, une atrophie légère et une diminution de l'électrisation faradique. La réparation des troubles moteurs et sensitifs fut lente et progressive, et se fit remarquer par l'apparition de symptômes ataxiques.

De tous ces faits, il résulte nettement que les oreillons peuvent donner naissance à des névrites périphériques. Il n'est évidemment pas possible, en s'appuyant seulement sur ces quatre cas, de donner une description générale de cette polynévrite ourlienne. Toutefois, si nous écartons le cas de Chavanis qui a offert une physionomie un peu particulière, il se trouve que les trois cas restants, ceux de Joffroy, de Revilliod et le nôtre, offrent une certaine similitude. Dans ces trois cas, il s'est agi d'oreillons d'intensité ordinaire, ne s'accompagnant pas de ces phénomènes centraux graves (délire, coma, hyperthermie) qui ne manquent jamais dans les paralysies d'origine cérébrale, décrites par Lannois et Lemoine; la polynévrite, annoncée par quelques troubles sensitifs, a débuté peu de jours après le début des oreillons, a revêtu dans la suite une forme surtout motrice, a atteint les quatre membres et a été suivie d'une réparation graduelle.

**Indications bibliographiques de 51 cas de surdité ourlienne complète et incurable.** — 1 et 2. Buck. *Transact. of the Amer. Otolog. Soc.*, 1881. — 3. Brunner. *Zeitsc. f. Ohrenh.*, XI, 1882, 129. — 4. Calmette. Sur une conséquence peu connue des oreillons, *France méd.*, 22 juillet 1882. — 5 à 7. Knapp. *Transact. of the intern. med. Congress London*, 1881. — 8. Moure. *Rev. mens. laryng., otol. et rhinol.*, 1882. — 9. Lannois et Lemoine. *Rev. de méd.*, 1883. — 10. Haslon. *The Practitioner*, 1883. — 11. Burkner. *Berlin. Klin. Wosch.*, 1883. — 12. Seligsohn. *Berlin. Klin. Wosch.*, 1883, p. 267-283. — 13 et 14. Hogdson. *Brit. med. Journ.*, 20 septembre 1883. — 15 à 21. Roosa. *Arch. of otol.*, XII, p. 4. (Connor rapporte, sous le nom de Roosa, 10 observations dont 7 seulement sont des exemples de surdité complète incurable par des lésions de l'oreille interne.) — 22. Seitz. *Med. Record*, XXII, 573. — 23 et 24. Moos. *Arch. of otol.*, vol. XI, p. 13. — 25. Noyes. *Transact. of the Amer. Otol. Soc.*, vol. II. — 26. Field. *Diseases of the Ear*, 1879, p. 167. — 27. Dalby. *Diseases of the Ear*, 1878. — 28 et 29. Pomeroy. *Diseases of the Ear.* (Connor rapporte 3 observations sous le nom de Pomeroy, dont 2 seulement de surdité complète incurable d'origine interne.) — 30. Geo Harlan. *Med. News*, XLII, 326. — 31 et 32. Fournié. *Arch. de méd. et ph. milit.*, 1885. — 33 à 36. Minor. *The New-York med. Journ.* 27 mars 1897. (Cet auteur rapporte 8 exemples de complications auriculaires dont 4 seulement

de surdité complète par lésion de l'oreille interne.) — 37. CONNOR. *Amer. Journ. of the med. scien.*, 1884, p. 401. — 38. THEATHAM. *Ann. pract. News Louisville*, 1886, p. 133. Parotitis followed by total deafness of one ear. — 39. FORSTER. *Med. Record*, 28 août 1893. (Surdité complète consécutive aux oreillons chez un enfant de quatre ans.) — 40. GELLÉ. *Ann. des mal. des or. et du lar.*, 1891, p. 479. — 41 et 42. BARR. *Glascow Journ.*, 1888 (in *Jahr. f. ges. med.*, 1889, II, 591). — 43 et 44. DASQUE. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux* 1895. — 45. TSAKYROGLOUSS. *Monats. f. Ohrenh.*, 1893. — 46 et 47. KIPP. 2 cas de perte totale de l'ouïe dans une seule oreille à la suite des oreillons, *Zeitsch. f. Ohrenh.*, XIV, 214. — 48 à 51. MENIÈRE. Surdité bilatérale et unilatérale complète à la suite des oreillons, 4 cas, *Rev. de Laryngol.*, janvier 1888.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre 1898. — Présidence de M. BERGER.

### COMMUNICATIONS

**Actinomycose.** — M. PONCET, à propos du malade récemment présenté par M. Robert, fait observer que ce malade est bien réellement atteint d'actinomycose. A côté des cas typiques, pouvant être facilement diagnostiqués même en dehors de l'examen bactériologique, de même que bien des lésions tuberculeuses ou syphilitiques que l'on diagnostique sans le secours du microscope ou de l'examen bactériologique, il existe des cas complexes, bâtards, hybrides, ne ressemblant à rien de net. Dans ces cas, il faut toujours penser à l'actinomycose. C'est une affection, en effet, beaucoup plus fréquente qu'on le croit généralement et cette fréquence s'observe en tous lieux. Pour en revenir au malade de M. Robert, M. Poncet fait observer que tout d'abord ce malade présentait une odeur *sui generis*, en outre l'aspect bizarre de la lésion devait faire penser à l'actinomycose. Lorsqu'on ne trouve pas le mycélium dans les ulcérations, il faut le chercher dans le derme lui-même.

M. Poncet rappelle l'observation qu'il a présentée à l'académie et dans laquelle il s'agissait d'une actinomycose ano-rectale (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1898, p. 981). Il complète aujourd'hui cette observation par les renseignements suivants : ce malade ayant présenté tous les symptômes d'un calcul vésical, M. Poncet lui a pratiqué la cystotomie et il a enlevé un calcul au centre duquel il a trouvé un grain de blé. Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une actinomycose vésicale primitive et l'actinomycose ano-rectale n'était qu'une actinomycose descendante et dont le point de départ était dans la vessie.

**Adéno-lipomatose.** — M. DELBET, à l'occasion de la pièce présentée dans la dernière séance par M. Tuffier, fait une communication sur ce sujet : il cite plusieurs observations dans lesquelles il s'agissait de ganglions entourés d'une zone lipomateuse comme dans le cas de M. Tuffier. Ce sont là des lipomes périglandulaires qui se développent autour des glandes comme les lipomes périviscéraux, périrénaux, par exemple, se développent autour d'un viscère. C'est là une variété spéciale, un groupe à part de lipomes à mettre à côté des lipomes ordinaires. Il en est encore une autre variété, c'est le lipome congénital qui accompagne généralement quelque malformation.

Quant à la dénomination d'adéno-lipome, elle est mal choisie ; il n'y a pas plus de raison, en effet, de dire adéno-lipome que de dire recto-lipome, vésico-lipome. C'est lipome périglandulaire qu'il faudrait dire.

M. HARTMANN fait observer que le vrai lipome est une tumeur encapsulée.

M. TUFFIER n'a pas inventé la dénomination d'adéno-lipome. Il l'a prise telle qu'elle existe. Mais il préférerait celle de péri-adénite lipomateuse.

M. LEJARS dit qu'il existe une différence fondamentale entre le lipome banal et la lipomatose diffuse dont vient de parler M. Delbet. Il cite plusieurs cas de ces lipomatoses, l'un entre autres qu'il a rencontré chez une femme dont toute la partie supérieure du corps n'était qu'une masse graisseuse informe. Il y a une grande différence entre ces cas très graves amenant assez rapidement les malades à un état cachectique et le plus souvent à la mort, et les cas de lipomes ordinaires.

M. RICARD a observé trois cas d'adéno-lipomatose. Il en a vu un à Bicêtre, qui s'est développé sous ses yeux, commençant par une tuméfaction de la région parotidienne postérieure et augmentant graduellement, mais assez rapidement de volume, de façon à envahir toute la région de la nuque. Dans deux autres cas, il s'agissait d'une adéno-lipomatose ancienne. Ces tumeurs diffuses sont difficiles à enlever, à cause de leurs prolongements en divers sens, de leurs adhérences partout ; elles s'énucléent très difficilement. Dans les cas observés par M. Ricard, il n'y avait pas de ganglions.

**Abcès cérébelleux.** — M. BROCA fait une communication à propos du rapport de M. Picqué sur ce sujet. Il défend la conduite tenue par M. Gaudier contre son rapporteur, M. Picqué. M. Gaudier a pu diagnostiquer un abcès cérébelleux, d'origine otique ; il avait affaire à des symptômes cérébraux très nets. Il a trépané l'apophyse mastoïde, a trouvé du pus dans la région sous-durale, a ouvert délibérément. On se trouvera bien, dans ces cas, d'agir comme l'a fait M. Gaudier. Quand, en effet, on est en présence de symptômes intercraniens, il faut faire l'évidement préalable de l'apophyse et de la caisse. M. Broca reste donc un défenseur acharné de la voie mastoïdienne, même partielle. Il ajoute que la meilleure manière de ne pas blesser le sinus latéral, c'est de le bien voir ; M. Broca entre ici dans une discussion très serrée des différents procédés opératoires qui ont été préconisés pour ces cas.

La séance est levée.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

### PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1900

(Les concours seront clos fin février 1900.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la médication par les sucs organiques.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1324.)

PRIX BAILLARGER. — 2000 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

PRIX BARBIER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1200 francs. (Biennal.) — Ce

prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX CAMPBELL DUPIERRIS. — 2300 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

PRIX CAPURON. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du traitement hydrominéral des albuminuries.*

PRIX MARIE CHEVALIER. — 6000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Les délires dans la paralysie générale.*

PRIX CLARENS. — 400 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Résultats du traitement chirurgical du cancer des ovaires.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX FALRET. — 700 francs. (Biennal.) — Question : *Les formes cliniques de la neurasthénie. — Leur traitement.*

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX ITARD. — 2400 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX ORFILA. — 2000 francs. (Biennal.) — Question : *Alcaloïdes de la belladone, de la jusquiame et du datura.* — « Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. — Ainsi, que deviennent ces poisons après avoir été absorbés ; dans quels organes séjournent-ils ; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies ; quels troubles amènent-ils dans les fonctions ; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent ; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang ; quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets ; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques *avant la mort*, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang ? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang ; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. — Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons des toxiques minéraux et végétaux. » — (Extrait du testament.)

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PERRON. — 3800 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.*

PRIX POURAT. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX SAINTOUR. — 4400 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX STANSKI. — 1400 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

### PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1901

(Les Concours seront clos fin février 1901.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *L'épilepsie partielle au point de vue clinique et expérimental.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1324.)

PRIX BARBIER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CAPURON. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement, en dehors de celle qui est causée par le cancer et par les corps fibreux.*

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Du rôle de l'alcool en pathologie mentale.*

PRIX CLARENS. — 400 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des meilleures méthodes chirurgicales à opposer au cancer du sein.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est

destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1901. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1902. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX HUGO. — 1000 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX HUGUIER. — 3000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

PRIX JACQUEMIER. — 1700 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aura réalisé un progrès important. — Ce travail devra être publié au moins six mois avant l'ouverture du concours.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX LOUIS. — 3000 francs. (Triennal.) — Question : *Des médications thyroïdiennes.*

PRIX MÈGE. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *Pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Des lésions des centres nerveux, causées par la toxine tétanique.*

PRIX POURAT. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1325.)

---

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier et Roger.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Amussat, d'Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell Dupierris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Th. Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, baron Larrey, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Roger, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté à deux concours de l'Académie de médecine.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat* (Séance du 14 décembre). — « Capsule et ligaments de l'articulation coxo-fémorale. — Fracture extra-capsulaire du col du fémur. »

MM. Sihol 22 + 17 = 39. — Bergeron 21 + 17 = 38. — Camus 21 + 15 = 36. — Tourlet 21 + 15 = 36. — Netter 20 + 13 = 33. — Dardeau 20 + 11 = 31. — Le Lorier 17 + 13 = 30. — P. Berthier 17 + 11 = 28. — Baup 15 + 9 = 24.

— *Hôpitaux de Paris.* — Trois modifications viennent de se produire dans le service chirurgical des hôpitaux. M. Picqué, qui devait aller à Saint-Louis, prend la Pitié; et M. Ricard, qui devait aller à Tenon, prend Saint-Louis; M. Chaput restant à Tenon.

— Par décision ministérielle, en date du 14 décembre 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

*A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe* : MM. les docteurs Cavazza, affecté au port de Toulon; Lartigue, Mouillac, Munier et Rouffiandis, affectés au corps de santé des colonies.

— M. le médecin de deuxième classe de la marine Chauvin, aide-major au 6e régiment d'infanterie de marine à Brest, est destiné aux tirailleurs soudanais, en remplacement de M. le docteur Brugère, rentré en France pour raisons de santé et affecté au 6e régiment à Brest.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E. Janets (de Vincennes) et A. Thomas (de Billom).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie a l'honneur d'informer le public qu'elle a maintenu dans son service d'hiver les trains express de nuit ci-après, à marche rapide, qui assuraient l'été dernier les relations entre Paris et Genève.

Ces trains comportent, tant à l'aller qu'au retour, des voitures de première classe, et une voiture à fauteuils-lits.

Leur horaire est le suivant : Aller (train 553), départ de Paris, 9 heures du soir; arrivée à Genève, 7 h. 43 du matin. — Retour (train 558), départ de Genève, 7 h. 50 du soir; arrivée à Paris, 6 h. 55 du matin.

---



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 145. — MARDI 20 DÉCEMBRE 1898. 71e ANNÉE. MARDI 20 DÉCEMBRE 1898. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement**
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement**
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 19 décembre 1898.

Il n'est bruit, dans la presse politique, que d'un nouveau scandale médical. Deux de nos confrères sont sur la sellette pour un accident opératoire ayant ultérieurement nécessité une intervention chirurgicale.

En deux mots, voici le résumé de l'affaire. Une dame, atteinte d'accidents à la suite d'une couche malheureuse, subit l'opération du curetage au cours de laquelle une sonde d'Hegar, assez volumineuse, disparut dans les voies génitales et fut, près d'une année après, extraite du ventre de la malade par un autre chirurgien.

De là procès intenté aux premiers opérateurs, qui furent appelés devant le juge d'instruction. D'ores et déjà, le médecin traitant est renvoyé des fins de la plainte. Mais, d'après les derniers renseignements, l'opérateur serait poursuivi, d'une part, par le ministère public, sous l'accusation de « coups et blessures involontaires », et, d'autre part, par son opérée qui réclame, à titre d'indemnité, de larges dommages et intérêts.

Sur le premier chef, il n'est aucun doute, et le cas récent de notre confrère Laporte montrera aux juges de première instance qu'un médecin qui n'est pas heureux dans une intervention opératoire n'est ni un criminel, ni un coupable. Nous ne voulons pas insister et rééditer à nouveau les arguments dont nous nous sommes déjà servis. Tout porte à croire que le simple bon sens suffira à éclairer la justice et qu'une ordonnance de non-lieu réduira à néant le premier chef d'accusation.

Reste le second point. L'opérée se porte partie civile et réclame des dommages et intérêts. D'après nos renseignements que nous voudrions inexacts, il semble que le parquet n'abandonne pas ce deuxième chef d'accusation et maintienne les poursuites contre notre confrère.

Pour le moment, n'ayant pas en main les documents précis, nous ne pouvons discuter sur la cause, actuellement encore en période d'instruction. Mais nous pouvons, dès maintenant, en tirer un enseignement : c'est que, depuis quelques années, les poursuites se succèdent et se multiplient contre les médecins, et contre des médecins sérieux, exerçant honorablement leur profession. On semble ne vouloir nous pardonner aucune faute, aucune erreur ; et, comme si le diplôme nous avait donné l'infaillibilité, les tribunaux nous font un crime de nous tromper. Ils paraissent ignorer qu'il est dans la vie du médecin certains moments d'une dramatique exigence où tout dépend de la décision d'un instant. Malheur à nous, si, en ce moment, nous nous sommes trompés, le procureur nous guette et le tribunal nous attend.

Espérons que nous avons eu tort de nous alarmer prématurément, et que le juge d'instruction renverra notre confrère indemne de toute poursuite ; mais il n'empêche que nous trouvons la justice bien prompte à informer contre nous, les journaux bien complaisants pour accueillir les calomnies et les diffamations qui nous portent préjudice, et le public trop facile à accepter, les yeux fermés, les méfaits dont on ne cesse de nous accabler. Cette fin de siècle n'est décidément pas l'âge d'or de la médecine.

---

### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Le Gendre, dont la parole est si séduisante, a le don de soulever, presque sans en avoir l'air, à la fin d'une séance, en quelques mots, les questions les plus sérieuses et les plus immédiatement intéressantes. On sait — qui de nous ne s'en aperçoit tous les jours? — que l'alcoolisme tend à accroître continuellement ses ravages, surtout en France, si bien que dans un temps très proche, si ce n'est déjà fait, notre pauvre pays sera le premier... à la tête des nations alcoolisées! Et cela, avec l'approbation au moins tacite de nos bons gouvernants. Quoi de mieux, en effet, en ce genre que l'incitation à la boisson par l'installation de wagons-bar, de tramways-bar? Il manque dans les fiacres un distributeur automatique où, en glissant une menue pièce, on pourrait récolter un verre d'absinthe. Aussi bien est-on en droit de faire son examen de conscience et de se demander si chacun, dans sa sphère, fait tout ce qu'il faut pour prévenir les dangers croissants de l'alcoolisation continue. Cette question intéresse les médecins, surtout, car s'ils ont mission de guérir, ils ont aussi le devoir d'indiquer le péril et d'en prévenir les autres. M. Le Gendre a fait, dans son service, une tentative qui mérite tous les encouragements. Pensant, avec raison, qu'on ne parvient à un résultat quelconque qu'avec l'aide d'une volonté tenace, il a voulu créer comme une obsession autour de ses malades, il

a rédigé une courte note qu'il a fait imprimer sur papier rouge, et qu'il a fait apposer partout à l'hôpital, dans tous les coins de son service, dans tous les lieux, « en particulier dans ceux où on lit tout... avec tranquillité. »

Voici cette note qu'il nous paraît intéressant de publier *in extenso* :

AVIS IMPORTANT. — La plupart des maladies soignées dans les hôpitaux sont causées ou aggravées par l'abus des boissons alcooliques.

Toutes les boissons alcooliques sont dangereuses. Les plus nuisibles sont celles qui contiennent, avec l'alcool, des essences aromatiques, comme la liqueur d'absinthe, qui ne peut jamais être bienfaisante, le vulnéraire et les prétendus apéritifs appelés « amers ».

Les boissons alcooliques sont encore plus dangereuses quand on les prend le matin à jeun et entre les repas.

L'homme devient *inévitablement* alcoolique, c'est-à-dire empoisonné lentement par l'alcool, même sans avoir été jamais en état d'ivresse, quand il boit tous les jours de l'alcool, de la liqueur ou trop de vin (plus d'un litre par jour).

— L'alcool est un poison, dont l'usage habituel détruit plus ou moins vite, mais inévitablement, les organes les plus nécessaires à la vie : l'estomac, le foie, les reins, les canaux du sang, le cœur et le cerveau.

— L'alcool excite l'homme, mais *il ne le fortifie pas*.

— Il ne remplace pas la nourriture, mais il en fait perdre le goût.

Quand on boit souvent de l'alcool, ou quand on boit trop de vin (plus d'un litre par jour), on est plus exposé aux maladies et, quand on est devenu malade, la maladie est toujours plus grave, elle se complique souvent de *délire mortel*.

— L'alcool cause très souvent la *phtisie*, en affaiblissant les poumons ; chaque année nous voyons des malades qui entrent d'abord à l'hôpital pour alcoolisme et qui reviennent quelques mois plus tard atteints de *phtisie*.

Les parents, qui ont fait abus des boissons alcooliques, ont souvent des enfants qui naissent mal conformés ou idiots, ou qui meurent de convulsions.

La communication de M. Le Gendre a entraîné l'approbation unanime de tous les membres présents : M. Triboulet, que cette même question préoccupe depuis longtemps, s'est montré un apôtre ardent de la tempérance. M. Florand, en son nom et au nom du professeur Debove, qui vient de publier deux si remarquables leçons sur l'alcoolisme, a demandé que la Société mette à son prochain ordre du jour la question de l'alcoolisme dans l'hôpital. M. Jacquet exprime le vœu que des conférences soient faites aux malades dans tous les hôpitaux. En un mot, la question de l'alcoolisme est posée, nous espérons que la Société médicale y consacrera plusieurs séances et que les médecins des hôpitaux consentiront à sortir pour un temps de leur assoupissement bien connu, pour aider de toutes leurs forces au succès d'une œuvre véritablement d'utilité publique.

M. Rénon relate l'histoire d'une enfant de huit ans atteinte d'une **infection caractérisée par un début brusque**, avec troubles intenses, mais très fugaces, du côté de l'appareil digestif et des voies respiratoires (vomissements, congestion pulmonaire), et qui s'est jugée le troisième jour par une poussée d'herpès presque généralisée. Le seul intérêt du fait clinique réside dans la localisation et la fixation, pendant vingt et un jours, de quelques vésicules herpétiques sur l'index gauche, ce qui est exceptionnel.

M. G. Marinesco résume un travail sur **l'origine réelle du nerf phrénique**. Il a étudié antérieurement l'origine réelle des nerfs radial, médian et cubital, et a montré qu'il existe dans la moelle épinière un noyau principal pour le radial et un noyau commun pour le médian et le cubital. Cette constatation lui avait permis de poser en principe que chaque nerf spinal tire ses origines de plusieurs segments médullaires : deux, trois et même davantage.

Il a pensé à appliquer la méthode qui l'avait guidé jusqu'ici, à la détermination de l'origine du nerf phrénique chez le chien et chez le lapin.

Après avoir réséqué le tronc de ce nerf, il a constaté que son noyau apparaît au niveau de la partie inférieure du quatrième segment cervical et se continue jusqu'à la moitié inférieure du sixième segment cervical.

M. Jacquet présente un malade atteint d'**amyotrophie à distance et de rétraction de l'aponévrose palmaire consécutives à une brûlure du bras datant de l'enfance.**

M. Claisse lit une note sur trois cas personnels de **méralgie paresthésique.**

M. Florand rapporte l'observation curieuse d'un **cas de rage suivi de mort** survenue après treize mois d'incubation. La longueur de cette incubation est déjà un fait curieux, quoiqu'il existe des observations où la durée en a été plus longue encore (deux ans, deux ans et demi). En deuxième lieu, il faut signaler combien le diagnostic peut être hésitant puisque chez ce malade, le jour même de sa mort, M. Roux crut pouvoir affirmer qu'il s'agissait, non pas de rage vraie, mais d'hystérie rabiforme.

---

## SUR UN CAS DE BOULIMIE

Par M. le docteur Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La boulimie est une affection de l'estomac caractérisée par la répétition incessante, et l'exagération de la sensation de faim. Souvent observée dans sa forme légère associée à d'autres phénomènes de dyspepsie nerveuse, cette sensation morbide peut, rarement, il est vrai, être assez intense pour attirer par elle-même l'attention, et constituer un type spécial de névrose de l'estomac.

Nous avons étudié à la clinique des maladies de l'estomac de l'hôpital Andral, un type de cette curieuse affection. Il nous a paru intéressant d'en rappeler l'histoire, et de présenter sur ce point quelques observations.

B... s'est présenté le 15 mai 1898 à l'hôpital Andral.

C'est un homme de trente-quatre ans, peintre de sa profession, maigre, ayant assez mauvaise mine. Il a craché le sang en 1889, et a pris dès ce moment, et pendant plusieurs années, de l'huile de foie de morue créosotée. Il tousse et crache un peu par moment, et en l'auscultant on note l'existence d'une induration du sommet du poumon gauche. Cette lésion est légère, et il semble qu'il s'agisse là d'un foyer tuberculeux guéri.

L'anémie que présente ce malade ne peut guère s'expliquer par cette lésion. Elle trouve plutôt sa cause dans un léger degré d'intoxication saturnine. Le malade a eu des coliques de plomb ; il a le liséré saturnin ; ses artères sont un peu indurées, le deuxième temps du cœur est claquant, ce qui indique un léger degré d'athérome des sigmoïdes aortiques.

Mais ce qui domine dans l'histoire de cet homme, c'est son état de nervosité. C'est un neurasthénique parfait. Il est d'un caractère triste, morose, instable, s'inquiétant de tout, ne sachant ce qu'il veut. Plusieurs fois il est sorti de l'hôpital puis y est rentré sans raisons. Il a de l'insomnie, des cauchemars. Il se plaint d'avoir un casque qui étreint son front, un clou à la nuque, un étau au niveau des reins. Il est toujours courbaturé et brisé le matin dès son réveil. Nous insistons à dessein sur ces troubles qui priment tout le tableau clinique et montrent bien à quel névropathe nous avons affaire.

Il est venu consulter pour des maux d'estomac qui, dit-il, lui durent depuis quatre ou cinq ans, avec des intervalles de rémission, des crises paroxystiques; mais depuis un mois ces accidents se sont beaucoup exagérés.

Dès son réveil, le malade éprouve des crampes d'estomac qui se calment dès qu'il prend un peu de nourriture. De nouveau vers dix heures, il ressent des douleurs qui se calment par le déjeuner. Nouvelles crises à quatre heures, à sept heures, à onze heures du soir. Les douleurs qu'il ressent sont très spéciales. Elles se montrent à distance des repas. Elles consistent en un tiraillement épigastrique assez pénible, vraie sensation de faim. Elles s'accompagnent d'une sensation de fatigue, de vertige, qui peut aller jusqu'à la lypothimie et même la syncope si le malade ne prend rien. Il est d'ailleurs vite rassasié par une très petite quantité d'aliments, une bouchée de pain, un peu de chocolat, un verre d'eau. Une fois n'ayant aucun aliment sous la main, il a mangé un peu de papier et s'est trouvé rassasié.

D'ailleurs, il est à noter que le malade n'est pas un gros mangeur : il n'a pas un appétit dévorant. Il a aussi fort bien remarqué que ses accès de faim revenaient toujours à la même heure, quelle que soit la quantité d'aliments qu'il ait pris au repas précédent.

Ainsi la sensation de faim n'est pas excessive, mais elle est impérieuse. Aussi le malade ne sort-il jamais sans mettre dans ses poches quelques aliments. De même ne peut-il s'endormir le soir que s'il en a mis à côté de son lit. La peur de la faim l'obsède, il y pense constamment.

Il n'existe aucun autre trouble dyspeptique que celui-là. Les selles sont d'habitude régulières et normales.

Actuellement, il y a un peu de diarrhée. La langue est propre. Le malade urine en moyenne 1200 à 1500 centimètres cubes ne contenant ni albumine ni sucre, et 20 grammes d'urée en vingt-quatre heures.

Étudions l'état de l'estomac.

A l'inspection, nous ne trouvons rien d'anormal. La palpation de l'estomac n'est pas douloureuse. Il y a du gargouillement intestinal, mais pas de clapotage. Par la percussion pratiquée après insufflation, nous pouvons constater que l'estomac n'est pas dilaté.

Voici, maintenant, les résultats fournis par le cathétérisme.

L'estomac est vide à jeun : il ne renferme ni aliments, ni suc gastrique.

Une heure après administration d'un repas composé de 400 centimètres cubes de thé léger et de 60 grammes de pain, on retire une bouillie fluide, assez homogène, contenant encore de nombreux débris de pain assez bien divisés. La couleur et l'odeur en sont normales. La filtration se fait assez rapidement.

Par la méthode de M. Mathieu, on mesure la quantité de liquide existant dans l'estomac au bout d'une heure. Elle est de 155 centimètres cubes au lieu de 250 centimètres cubes chiffre normal. Il paraît donc y avoir une évacuation hâtive de l'estomac, pas cependant très marquée.

Le liquide filtré fait virer assez énergiquement le vert brillant et le Gunzbourg. Pas d'acide lactique. Peptones moyennement abondants.

| | | |
|---|---|---|
| Acidité totale | 2,08 p. 1000. | |
| Chlore total | 2,92 | — |
| Chlore fixe | 0,80 | — |
| Chlore libre | 0,73 | — |
| Chlore combiné | 1,39 | — |
| Chlorhydrie | 2,12 | — |
| T | 3,65 | — |

Le malade entre à l'hôpital pour y être observé et pour y être traité. On lui donne du lait et deux degrés. Il trouve cette alimentation insuffisante et sort de l'hôpital. Il y rentre quelques jours après pour en ressortir de nouveau au bout de quatre jours. Sa boulimie ne se calme pas par l'emploi des alcalins. Elle semble s'amender par l'usage d'une potion contenant de la morphine et de la cocaïne.

Nous n'avons pas revu le malade depuis sa sortie de l'hôpital.

L'étude de cette observation donne matière à quelques remarques intéressantes.

Nous avons vu que, chez notre malade, la sensation de faim s'accompagne d'une sensation d'anéantissement, de défaillance presque syncopale. C'est là un caractère essentiel et bien spécial à la boulimie. Ce trouble de l'état général, toujours assez prononcé, est cependant plus ou moins intense selon les sujets; habituellement, le boulimique qui ne peut satisfaire sa faim est atteint d'un sentiment de faiblesse très prononcée; il se déclare incapable de toute activité physique et intellectuelle. Un des malades de Bouveret ne pouvait se tenir debout. Un malade d'Ewald était incapable de parcourir son journal. On a noté encore de la céphalée, des bourdonnements d'oreille, du vertige, de l'amblyopie, de l'agitation, du délire. D'autres fois on observe des troubles circulatoires, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls. Pendant ses accès, mon malade a une hypotension artérielle très marquée que je n'ai malheureusement pu mesurer au sphygmomanomètre.

Le besoin de manger est plus ou moins fréquent. Il revient souvent à heure fixe, présentant une certaine régularité. Il en est ainsi dans l'observation que nous présentons. D'autres fois, il est irrégulier, se montrant subitement. Aussi les malades sont-ils dans un état d'anxiété perpétuelle, redoutant sans cesse d'être pris au dépourvu; ils ne sortent jamais sans avoir quelque chose dans leur poche. La nuit, ils ne peuvent s'endormir s'ils n'ont à côté d'eux un aliment ou une boisson quelconque. Beard raconte l'histoire d'un malade qui, avant de se coucher, se faisait servir à côté de son lit un repas copieux. Cette crainte de la faim devient chez la plupart des malades une véritable obsession.

L'intensité et la répétition de la sensation de la faim ne paraissent pas être en rapport avec la quantité des aliments ingérés, et il faut se garder de confondre la boulimie et la polyphagie. On observe à cet égard toutes les variétés et ce n'est pas là une des moindres bizarreries de cette curieuse névrose que ces irrégularités de l'appétit. Notre malade calmait sa faim avec infiniment peu de chose. D'autre part, l'ingestion d'un repas copieux n'a jamais pu empêcher l'accès boulimique de revenir à heure fixe. Il est vrai de dire que la plupart des boulimiques sont gros mangeurs; mais d'autres ont un appétit normal, ou même un très

petit appétit. Dans quelques cas, on a vu, surtout chez les hystériques, les crises de boulimie alterner avec des périodes d'anorexie nerveuse. Enfin le boulimique peut être rassasié par des substances non alimentaires. On cite même des malades pris au dépourvu avalant du papier, du sable, des feuilles d'arbre, etc.

Les remarques que nous venons de faire ne s'appliquent qu'à la boulimie névropathique. A notre avis, il y a lieu, en effet, d'établir une distinction capitale entre la boulimie des neurasthéniques et celle qu'on observe chez les diabétiques, chez les malades ayant subi des pertes sanguines ou en convalescence de maladies aiguës, etc. Ces malades sont, en réalité, des polyphagiques. Il leur faut une quantité très grande d'aliments pour réparer les pertes de l'organisme. Le besoin de la nourriture est réel. Il n'en est pas de même des boulimiques neurasthéniques. La sensation de faim qu'ils ressentent si fortement, beaucoup plus vivement même que les malades dont nous venons de parler, la sensation de faim, dis-je, est tout à fait illusoire : *c'est la comédie de la faim.*

La boulimie procède souvent par accès plus ou moins espacés, ou durant plus ou moins longtemps. Elle est seule ou associée à d'autres phénomènes dyspeptiques avec lesquels elle peut alterner. On observe à ce point de vue toutes les variétés imaginables, dont il est tout à fait hors de propos de donner ici un aperçu même succinct.

Abordons maintenant l'étude des fonctions de l'estomac. Comment se comportent la motilité et la sécrétion de cet organe chez notre malade ?

Au point de vue des fonctions motrices, nous avons vu que l'estomac était tout à fait vide après un jeûne de douze heures. Une heure après un repas d'épreuve d'Ewald nous avons trouvé une certaine quantité de bouillie gastrique, d'aspect sensiblement normal. Cependant, la recherche par la méthode de M. Mathieu du volume total du liquide contenu dans l'estomac, nous a montré que celui-ci était un peu moins abondant que chez un individu sain (155 au lieu de 250). Il y aurait donc une évacuation un peu hâtive de l'estomac. Il aurait été intéressant d'explorer l'organe à plusieurs reprises, après un repas plus copieux, et, notamment, de voir si au moment où se produisait la sensation de faim, l'estomac était réellement vide ; l'indocilité du malade et son départ précipité nous ont empêché de faire ces expériences.

En ce qui concerne la sécrétion, voici les résultats que nous avons obtenus : Notre malade a, au bout d'une heure, un chimisme gastrique à peu près normal. L'acidité 2,08 est à peine au-dessus de la moyenne. La chlorhydrie atteint le chiffre physiologique 212. Les chiffres du chlore fixe 80 au lieu de 110, et du chlore total 292 au lieu de 320, sont peut-être un peu au-dessous du chiffre normal. Mais ces modifications minimes ne sauraient retenir notre attention, et le chimisme gastrique peut être ici considéré comme normal.

Nous avons vu aussi qu'il n'y avait pas de liquide à jeun, alors que le malade se plaignait d'une sensation de faim assez prononcée.

En résumé, s'il existe de légères anomalies dans le fonctionnement de l'estomac chez notre malade, elles ne sont pas suffisantes pour donner l'explication des troubles subjectifs.

Les notions fournies par les différents auteurs sur ce point ne sont pas concordantes.

Trousseau accusait l'incontinence du pylore. Leo a observé un cas de boulimie dans lequel l'estomac était vide très peu de temps après l'ingestion des aliments. Mais, par contre, chez un malade de Rosenthal, la faim canine était associée à la dilatation et à un retard de l'évacuation gastrique. D'autre part, il existe un certain nombre d'observations où l'estomac a été extirpé chez les animaux (Czerny, Carvalho et Pachon, Monari), et par des chirurgiens (Schlatter, Brooks Brigham, Tuffier, etc.). Dans tous ces cas, on a noté la répétition fréquente de la sensation de faim. Le malade de Schlatter ressentait une faim très vive avec sensation de défaillance trois heures après le repas. Mais cette faim s'explique par ce fait que les individus privés d'estomac ne peuvent prendre que peu de nourriture en une fois et qu'ils doivent recommencer souvent leur repas pour arriver à se nourrir suffisamment.

Dans les curieuses expériences de Frémont, qui abouche le duodénum à l'œsophage tout en laissant en place l'estomac, cet auteur a noté les mêmes faits, mais il a remarqué que la réplétion ou la vacuité de l'estomac ainsi isolé ne paraissait pas avoir d'influence sur la sensation de faim.

La même indécision existe en ce qui concerne la sécrétion gastrique. Il est bien connu, d'autre part, que l'appétit est ordinairement conservé et même exagéré dans les maladies qui s'accompagnent d'un excès de sécrétion, tandis qu'elle est diminuée dans les maladies avec sécrétion insuffisante ; mais l'analyse du suc gastrique pratiqué, dans plusieurs cas de boulimie a montré les types les plus variés de chimisme.

En l'absence de troubles des fonctions motrices et sécrétoires, on en arrive naturellement à incriminer des altérations de la sensibilité. Broussais et Barras admettaient une vive hyperesthésie gastrique ; Stiller place l'excitation sensitive dans les nerfs de l'estomac. Bouveret se rallie à cette opinion. Cependant, Rosenthal localise cette excitation dans un point spécial des centres nerveux.

Cette idée paraît plus conforme à ce que les physiologistes nous ont appris sur la sensation de faim normale. En effet, les animaux l'éprouvent encore, chez qui la section du pneumogastrique (Cl. Bernard) et la destruction du sympathique stomacal (M. Schiff) ont enlevé toute communication centripète de l'estomac avec les centres nerveux.

Il semble donc, d'après tout ce que nous venons de dire, qu'il n'est guère possible de considérer la boulimie comme liée à un trouble des fonctions stomacales. Elle relève évidemment d'un état nerveux général. En effet, elle est le plus souvent fonction de la neurasthénie, de l'hystérie, des vésanies, des névropathies ou de la dégénérescence mentale. Sa marche irrégulière, par accès ; la bizarrerie de ses allures ; son alternance avec d'autres troubles nerveux, entre autres avec l'anorexie nerveuse qui est un état morbide diamétralement opposé, doivent la faire considérer comme une véritable névrose. Enfin, ce qui plaide surtout en faveur de cette manière de voir, c'est l'état mental tout spécial du boulimique. Chez lui, la peur de la sensation de faim devient une *idée fixe*, une obsession. Il est dans l'angoisse perpétuelle de la voir revenir, et cette préoccupation constante aggrave encore l'intensité et la fréquence des crises. M. Mathieu, qui a bien voulu examiner ce malade avec nous, croit que la boulimie névropathique peut rentrer dans le groupe des *phobies* et qu'elle est en tous points comparable à l'agoraphobie par exemple. Nous adoptons entièrement cette opinion.

Le *traitement local*, symptomatique, n'a pas grande in-

fluence sur la boulimie : le laudanum, la morphine, la cocaïne, les médicaments nervins, en général, ne donnent le plus souvent aucun résultat. La médication bromurée peut agir d'une façon plus efficace. C'est en réalité du traitement général qu'il faudra attendre la guérison ou l'amélioration. Le repos, l'hydrothérapie, l'électrisation générale, l'isolement sont les meilleurs moyens à employer. Dans le cas où ces traitements auront échoué, on devra s'adresser à la suggestion sous toutes ses formes : suggestion à l'état de veille, suggestion médicamenteuse, suggestion hypnotique.

---

## REVUE DE LA PRESSE

**Du pseudo-rhumatisme puerpéral ; son identité avec le rhumatisme blennorragique.** — Dans la première partie de son travail, M. Bégouin s'attache à démontrer que le rhumatisme puerpéral n'est pas autre chose que du rhumatisme blennorragique ; dans la seconde, il étudie les caractères de cette arthrite blennorragique puerpérale.

La nature blennorragique du rhumatisme puerpéral est établie par des preuves d'ordre historique et critique, des preuves d'ordre clinique et des preuves d'ordre bactériologique.

Pour Lorain, le rhumatisme puerpéral serait une affection spéciale aux femmes grosses et aux accouchées, due à la résorption d'écoulements vaginaux et uréthraux normaux pendant la puerpéralité; il doit être séparé de l'arthrite blennorragique. Or les arguments fournis par les partisans de cette distinction sont de peu de valeur et n'ont jamais été pleinement acceptés par tout le monde. — Cliniquement, l'analogie entre le rhumatisme blennorragique et le rhumatisme puerpéral est frappante. Ce n'est qu'en se basant sur l'absence de la blennorragie chez leurs malades que Lorain et ses élèves ont rejeté l'origine blennorragique de l'arthrite qu'ils présentaient. En reprenant les observations qui ont été publiées en faveur de l'individualité du rhumatisme puerpéral, on voit que la plupart d'entre elles ne mentionnent même pas l'état des organes génitaux de la femme. Rencontrait-on de la leucorrhée? on ne la reconnaissait pas de nature blennorragique, si elle ne s'accompagnait pas d'uréthrite. — Bactériologiquement, la preuve de la nature blennorragique du rhumatisme puerpéral est donnée par la constatation du gonocoque dans les articulations malades ou dans le muco-pus des organes génito-urinaires; témoins deux examens de Bar et trois examens personnels. La présence des microbes de Neisser est difficile à déceler, ce qui explique pourquoi il a fallu si longtemps pour fournir la preuve bactériologique de la nature du rhumatisme puerpéral.

Le rhumatisme puerpéral est une affection rare : on l'observerait seulement une fois sur cinq ou six cents femmes enceintes ou nouvellement accouchées. Il se montre à toutes les époques de la grossesse, mais plus souvent dans les derniers mois; après l'accouchement, il apparaît dans les premiers jours qui suivent la délivrance. Le début du rhumatisme puerpéral peut s'opérer suivant trois modes : tantôt l'arthrite simule une hydarthrose banale (cas le plus rare); tantôt, c'est le cas le plus habituel, des arthralgies multiples ouvrent la scène, puis disparaissent assez rapidement pour se fixer définitivement à une seule jointure; tantôt la douleur se produit au niveau de l'articulation qui sera seule le siège de la maladie. Ce sont les grandes articulations qui sont presque exclusivement atteintes : sur 48 observations, M. Bégouin a trouvé 17 fois les genoux, 18 fois les poignets, 9 fois les coudes, 2 fois le cou-de-pied, 2 fois la hanche. A noter que le côté droit est plus souvent atteint que le gauche.

Quant aux symptômes ils sont identiques à ceux de l'arthrite blennorragique. Cette arthrite, mono-articulaire, est tenace, rebelle au traitement et se termine fréquemment par l'ankylose.

Le diagnostic de la nature blennorragique de l'arthrite se fait par les caractères mêmes de l'arthrite et par l'examen minutieux des circonstances dans lesquelles la maladie s'est développée; mais, seul, l'examen bactériologique du liquide articulaire et des sécrétions génito-urinaires peut donner une certitude à cet égard.

L'accouchement ne semble pas avoir d'influence sur l'évolution de l'arthrite. Il faut donc condamner la pratique de l'accouchement prématuré, basée sur cette opinion que la délivrance exerce une action heureuse sur la marche de la maladie. De même l'influence néfaste de l'allaitement est rien moins que démontrée. A son tour, le rhumatisme gonococcique puerpéral ne trouble pas l'évolution normale de la grossesse.

Pour le traitement du rhumatisme puerpéral on se conduira comme pour le rhumatisme blennorragique avec lequel il se confond. Le meilleur traitement est l'immobilisation rigoureuse obtenue à l'aide d'un appareil plâtré. Au besoin, on pourrait avoir recours à la ponction aseptique, à la ponction suivie d'injection modificatrice, à l'arthrotomie. Concurremment on combattra la blennorragie vaginale, uréthrale ou cervicale, qui a donné naissance à la maladie articulaire. (Bégouin. *Ann. de gynécol*, 1898, t. XLIX.)

Dr P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Traitement des dermatoses** (1), *par la petite chirurgie et les agents physiques*. Leçons faites à l'hôpital Broca-Pascal par L. Brocq, médecin des hôpitaux, recueillies par le docteur Déhu.

Depuis leur introduction dans la thérapeutique dermatologique, les méthodes chirurgicales ont été l'objet d'une faveur sans cesse grandissante, et leurs applications deviennent chaque jour plus nombreuses.

Il importe donc que tous les praticiens les connaissent et soient en état d'y recourir, le cas échéant. Pour ceux qui habitent les grands centres et peuvent suivre les services hospitaliers de dermatologie, rien de plus simple que de s'instruire à l'exemple des maîtres et de se familiariser *de visu* avec la technique opératoire. Mais les médecins qui ne peuvent fréquenter les cliniques spéciales se heurtent souvent, à propos de la moindre intervention, à de petites difficultés imprévues, qui les embarrassent et les arrêtent.

Si, par exemple, consultant pour un cas donné leur Traité de maladies cutanées, ils y trouvent recommandés le grattage ou la scarification, cette simple indication ne les renseigne nullement sur les moyens de réaliser le traitement. Comment faut-il pratiquer l'opération? Quels instruments convient-il d'employer? De quelle façon doit-on s'en servir? Peut-on recourir à l'anesthésie et par quel procédé? Quel doit être le pansement consécutif?

Le livre que vient de publier le docteur Brocq a précisément pour but de répondre à toutes ces questions. C'est, en même temps, le résumé de l'expérience personnelle de l'auteur pour tout ce qui concerne le traitement chirurgical des dermatoses. Non seulement les procédés techniques, mais aussi les indications et les résultats de chaque méthode

---

(1) In-8°, 288 p., avec 20 fig. Prix : 6 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

y sont exposés avec cette précision et ce souci du détail, qui caractérisent l'enseignement du distingué médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 26 AU 31 DÉCEMBRE 1898)

### Examens de doctorat.

**LUNDI 26 DÉCEMBRE 1898**, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Mathias-Duval, Poirier et Launois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Blum, Humbert et Varnier; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Lejars et Mauclaire; — (2e série) : MM. Tillaux, Delbet et Legueu; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Méry; — M. Dupré, suppléant.

**MARDI 27 DÉCEMBRE**, à une heure. — 2e (oral, 1re partie) : MM. Blanchard, Rémy et Langlois.

3e (oral, 1re partie) : MM. Guyon, Quénu et Bonnaire; — MM. Hallopeau, Ménétrier et Charrin.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Proust, Gley et Thoinot; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Panas, Le Dentu et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Achard et Vaquez; — (2e série) : MM. Debove, Roger et Marfan; — M. Thiéry, suppléant.

**MERCREDI 28 DÉCEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Humbert, Lejars et Sébileau.

2e (2e partie) : MM. Retterer, Teissier et Broca (André).

3e (oral, 1re partie) : MM. Blum, Reclus et Lepage; — (2e partie) : MM. Lancereaux, Gilles de La Tourette et Dupré.

4e, *Laboratoire de pharmacologie, salle de matière médicale* : MM. Potain, Pouchet et Wurtz; — M. Desgrez, suppléant.

**JEUDI 29 DÉCEMBRE**, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Hartmann.

3e (oral, 1re partie) : MM. Le Dentu, Budin et Poirier; — M. Chassevant, suppléant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat* (Séance du 16 décembre). — « Artère poplitée. — Anévrysme artériel poplité. »

MM. Theuveny 19 + 16 = 35. — Mettey 19 + 14 = 33. — Carton 18 + 14 = 32. — Roy 19 + 12 = 31. — Aubourg 18 + 10 = 28. — Dauzats 16 + 12 = 28. — Diel 15 + 13 = 28. — G. Weill, 14 + 11 = 25. — Mauban 14 + 8 = 22.

— Par décret, en date du 13 décembre 1898, les médecins et pharmaciens stagiaires dont les noms suivent sont nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, pour prendre rang à compter de la date du 17 juin 1898 :

*Au grade de médecin de deuxième classe*. — MM. GaudUcheau, Guillon, Sauzeau de Puyberneau, Dupuy, Ferris, Andrieux, Rapin, Marmey, Mul, Chaze, Guiol, Couderc, Féray, Michel, Mayer, Gibert, Germain, Bouet, Lartigue, Fraissinet, Regnier, Martin, Quesseveur, Astier et Bireaud.

*Au grade de pharmacien de deuxième classe*. — MM. Serphe et Michel.

— *Hôpitaux de Bordeaux*. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint de la Maternité vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Fieux.

— *École de médecine de Poitiers*. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, s'ouvrira le 1er mai 1899, devant la Faculté de médecine de Bordeaux. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— M. le médecin de première classe Martenot, major au 2e régiment d'infanterie de marine, est réintégré au service général des officiers du corps de santé de son grade et affecté au port de Brest;

M. le médecin de première classe Ropert, provenant des bataillons d'infanterie détachés à Paris (emploi supprimé), comblera la vacance ouverte au 2e régiment par le départ de M. Martenot.

— L'arrêté ministériel du 21 septembre 1881 dispose que les arrérages d'une rente annuelle de 400 francs, léguée au département de la marine par M. Blache, ancien premier médecin en chef, seront affectés à la fondation d'un prix à décerner tous les trois ans au médecin de la marine militaire française ayant fait la découverte la plus utile ou le meilleur mémoire ou travail sur la thérapeutique exclusivement médicale.

Le prix du docteur Blache devra être décerné en 1899, et les candidats à ce prix auront à faire parvenir leurs titres le 1er juillet 1899, au plus tard.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bidard (de Domfront); P.-F. Busquet (de Cadillac); Claisse (de Pérenchies); Flin (d'Aubigny); sir William Jenner, ancien président du Collège royal des médecins de Londres; Leboué (de Douvres-la-Délivrande).

— *Faculté de médecine de Paris*. — Des exercices pratiques de bactériologie, sous la direction de M. Fernand Besançon, chef du laboratoire de bactériologie, commenceront aux dates ci-après : lundi 9 janvier 1899, lundi 6 mars 1899, lundi 5 juin 1899.

Ces exercices auront lieu de deux à cinq heures, tous les jours, excepté le vendredi. Les élèves seront exercés individuellement aux diverses manipulations. — Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les lundi, mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

— *Hôpital Andral*. — MM. Albert Mathieu, Maurice Soupault et J.-Ch. Roux commenceront, le 9 janvier 1899, un cours complet sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. — Ce cours durera un mois. — Les élèves seront exercés aux manipulations indispensables pour le diagnostic, par M. Laboulais, pharmacien de première classe, ancien interne des hôpitaux. — Le prix de l'inscription pour les conférences et les exercices pratiques est de 120 francs.

Pour les renseignements et l'inscription s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

— *Postes médicaux*. — ANJOU, chef-lieu de canton. S'adresser à M. Buquin, à Durtal (Maine-et-Loire). — VENDÉE, chef-lieu de canton. S'adresser à M. Lucas, 30, rue Boissière, Paris. — A deux lieues de Paris, bonne clientèle à céder. S'adresser à M. Dalché, médecin des hôpitaux, 10, rue du Mont-Thabor, à Paris.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 146. — JEUDI 22 DÉCEMBRE 1898. 71e ANNÉE. JEUDI 22 DÉCEMBRE 1898. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



### SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a procédé à l'élection de son bureau :

M. Marey a été élu vice-président, au premier tour de scrutin, par 73 voix sur 75 votants.

M. Vallin a été élu à l'unanimité secrétaire annuel.

Au premier tour de scrutin, MM. Potain et Polaillon ont été nommés membres du conseil, le premier par 56 voix, le second par 53 voix, sur 66 votants.

Puis, après avoir entendu son président, M. Jaccoud, rendre hommage à la mémoire de M. Laboulbène, et M. Hallopeau lire le discours qu'il a prononcé aux obsèques du très regretté ancien président de l'Académie, la séance a été levée en signe de deuil.

### ACADÉMIE DES SCIENCES

La séance publique annuelle de l'Académie des sciences a eu lieu le lundi 19 décembre 1898, sous la présidence de M. Wolff.

Après l'allocution du vénérable président ont été proclamés les prix décernés pour 1898.

Voici les noms des heureux lauréats :

PRIX MONTYON. — *Médecine et chirurgie.* — Trois prix de 2500 francs chacun sont décernés : 1° à M. le docteur Widal; 2° à M. le professeur Bard; 3° à MM. les docteurs Poncet et L. Bérard. — Des mentions sont attribuées à MM. les docteurs Le Double, Variot et Kirmisson.

PRIX BARBIER. — Le prix est décerné à M. le docteur J. Comby.

PRIX BRÉANT. — Un prix est décerné à M. le docteur Phisalix.

PRIX GODARD. — Le prix est partagé entre MM. les docteurs B. Motz et F. Guiard.

PRIX MÈGE. — Un prix est décerné à MM. les docteurs Labadie-Lagrave et F. Legueu.

PRIX LALLEMAND. — Le prix est partagé entre M. le docteur A. Thomas et M. Ed. Phelps Allis.

PRIX DU BARON LARREY. — Le prix est accordé à M. le docteur J. Regnault et M. de Raoul.

PRIX MONTYON. — *Physiologie.* — Le prix est décerné à M. le docteur J. Tissot. Des mentions honorables sont attribuées : 1° à M. Lesbre; 2° à Mlle Pompilian, docteur en médecine; 3° à M. Reynaud.

PRIX POURAT. — Le prix est décerné à MM. les docteurs D. Courtade et J.-F. Guyon.

PRIX PHILIPEAUX. — Le prix est attribué à M. G. Moussu.

PRIX MONTYON. — *Statistique.* — Le prix est décerné à M. Alfred des Cilleuls. — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Hublé.

PRIX MONTAGNE. — *Botanique.* — Le prix n'est pas décerné. Un encouragement de 500 francs est accordé à M. le docteur Ledoux-Lebard.

Le secrétaire perpétuel, M. Berthelot, a lu une notice sur la vie et les travaux de Brown-Séquard.

### ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

#### CONSÉCUTIVE A UNE GRANDE FATIGUE SUIVIE D'UNE CHUTE

Par le docteur J. CAMESCASSE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

OBSERVATION. — Femme M... à R., vingt-trois ans ; primipare; grossesse datant de fin juin 1897. Accident de voiture le 22 février 1898 : le cheval, effrayé par la trompe d'une automobile, s'emballe ; 1° la dame M... fait des efforts prolongés en tirant sur les guides ; la *fatigue* lui fait lâcher les guides ; 2° chute et contusions multiples, mais légères ; courbature violente les jours suivants. Troubles de la vue attribués, par elle, à une légère contusion péri-orbitaire ; œdème des membres inférieurs le 26 février. Je vois la malade pour la première fois, le 28, et je la mets au régime lacté intégral ; *en attendant une analyse d'urine* je n'ose ni saigner ni purger. Le régime lacté est mal suivi.

2 mars. On a oublié de m'envoyer les urines demandées ; cinq attaques d'éclampsie convulsive, de sept heures du soir à minuit ; crises modérées, semi-coma dans les intervalles ; début de travail. Saignée entre la quatrième et la cinquième attaque. L'obnubilation persiste ; chloral ; lavements d'*eau pure*.

3 mars. Accouchement facile ; enfant de 2375 grammes seulement ; bien vivant quoiqu'on en ait pu croire, en raison 1° de l'impossibilité de constater des mouvements actifs, 2° de l'impossibilité (agitation de la mère) d'entendre les bruits du cœur, 3° de la présence du méconium dans les eaux.

Albuminurie maternelle constatée seulement le 3 mars, à

cause de la négligence de la malade et de sa famille. Quasi anurie, d'ailleurs, les 2 et 3 mars.

4 mars. La mère reprend connaissance. Urines, 1000 centimètres cubes environ. La mère nourrira elle-même son enfant.

11 mars. La vue est encore troublée. Il y a plus d'urine, 1800 centimètres cubes, mais l'albumine est encore très abondante. Le régime lacté est cependant mitigé par l'usage des féculents parce que l'enfant tête bien.

13 mars. L'enfant pèse 2280 grammes seulement. Encore un peu d'albuminurie chez la mère.

15 mars. On donne à l'enfant deux biberons de lait de vache coupé, en supplément.

20 mars. L'enfant pèse 2400 grammes. L'albuminurie tend à disparaître.

25. La vue est tout à fait revenue à gauche. Le nuage central, constaté à droite le 28 février, persiste encore, mais il est devenu un peu transparent, semble-t-il.

Je n'insisterai que sur un point de cet exposé clinique ; l'évolution des troubles de la vue.

Pendant les deux ou trois jours qui suivirent l'accident, la malade attribua sa mauvaise vue au coup qu'elle s'était, en tombant, donné à l'œil. Elle ne sait pas, d'ailleurs, si c'était un reste de l'étourdissement causé par la chute ou bien si cela est venu plus tard.

Le 28 février (soit six jours après l'accident), voici ce que j'ai constaté. La vision de l'œil gauche est à peu près bonne; mais, l'œil gauche fermé, la malade voit de son œil droit ce qui entoure l'objet visé, mais non cet objet. Visant mon nez, par exemple, elle voit très bien mon œil gauche (à sa droite à elle); elle voit très bien ma main au-dessus de ma tête et au-dessous de mon menton; elle voit mal mon oreille droite. Elle ne voit pas du tout mon nez et mon œil droit.

Les 2, 3 et 4 mars, l'obnubilation intellectuelle empêche toute constatation.

Du 4 au 7 mars, la malade se plaint encore d'un brouillard général, qui restreint à bien peu de chose l'acuité visuelle aussi bien à gauche qu'à droite.

Le 8, on peut reconnaître la localisation primitive.

Le 25 mars, on peut constater que la tache sombre conserve les contours qu'elle avait le 28 février, mais la malade affirme que la tache est transparente et qu'elle aperçoit mon nez. Il m'est impossible d'être plus précis parce qu'à force d'explorer sa vision, la dame M... a appris à tricher ainsi qu'on peut le constater par les mouvements rapides et inconscients du globe oculaire.

Avant de commenter le fond de mon observation, je place ici le résumé (1) d'une observation due à Freudenberg (de Dresde) :

*Avortement à la suite d'une chute de vélocipède.* — Une femme âgée de vingt-sept ans, enceinte au mois de juillet 1897, n'en continuait pas moins d'user du sport vélocipédique. Le 9 novembre, elle fit une chute grave qui, en apparence, ne lui avait causé aucun mal et seulement quelques légères contusions aux genoux. Quelques jours après, l'urine contenait quelques caillots de sang. Bientôt *des maux de tête* et une toux violente se déclarèrent.

Elle sentit, au milieu d'un fort accès de toux, qu'un liquide chaux s'épanchait dans son vagin. Elle se mit au lit et fit appeler le médecin. Le surlendemain elle eut des douleurs et accoucha d'un fœtus de quatre mois.

(1) Emprunté à l'*Indépendance méd.*, Der Frauenartz, 12 déc. 1897.

Il est évident que cet avortement est la conséquence de la chute grave, et ce cas est un exemple manifeste du danger qu'il y a à pratiquer le sport vélocipédique pendant la grossesse.

D'autre part, l'auteur a eu l'occasion de constater que, *souvent, on se sert des courses à bicyclette pour provoquer un avortement.*

Le rapprochement des deux faits n'a pas seulement pour but de montrer, qu'au point de vue des chutes, la voiture est aussi dangereuse pour les femmes grosses que la bicyclette ; pas davantage de montrer qu'on peut *se surmener* en maintenant un cheval aussi bien qu'en pédalant. Si la première proposition est vraie, la seconde est fausse, d'ailleurs : on emballe difficilement le cheval qu'on conduit, on s'emballe très facilement sur une bicyclette.

Ces considérations ont sans doute quelque intérêt, mais ce n'est pas à ce point de vue que je me suis placé en rapportant l'histoire de la dame M... Si simple qu'elle soit en apparence, l'histoire de ma cliente m'a mis trois fois de suite dans l'embarras.

La première fois, quant au diagnostic, en l'absence de l'urine. L'obstacle venait de la concommitance d'un traumatisme péri-orbitaire bénin. Il fut facilement levé, grâce à l'œdème des membres inférieurs brusquement apparu la veille.

Le deuxième embarras fut, en l'absence d'urine, de prendre une détermination thérapeutique suffisante.

Le troisième vint de la question de responsabilité soulevée par ma cliente, pour son œil seulement, le premier jour, mais étendue depuis par la force des choses à l'ensemble de sa maladie.

La critique de ces deux points sera faite tout au long un peu plus loin. Mais, comme les résolutions à prendre dans l'un et l'autre cas m'ont paru entièrement subordonnées aux notions pathogéniques, je débute par l'exposé de celles-ci.

Pathogénie. — Comment peut-on concevoir la pathogénie des accidents observés chez la dame M...? Quelle importance relative doit-on accorder : 1° à la grossesse, 2° à la fatigue, 3° à la chute, dans la genèse de l'éclampsie considérée dans son ensemble : troubles visuels, œdèmes, convulsions, accouchement prématuré ?

Le genèse de l'éclampsie, en général, n'est pas encore parfaitement élucidée. On peut cependant déduire, tant des faits observés que des expériences des biologistes (1), la théorie suivante qui fait de l'éclampsie *une simple exagération* du processus normal de l'accouchement.

Le fœtus se débarrasse de ses excreta, plus ou moins bien solubilisés, à travers le placenta (Lannois et Briau), ce qui provoque une exagération de l'activité du foie de la mère. Normal, le foie maternel fournit à cette suractivité; il est *suffisant* et au delà (Labadie-Lagrave) pour parfaire la solubilisation des matériaux excrémentitiels, de telle sorte que le rein maternel, s'il est sain, ne soit pas surmené.

Mais, cette parfaite solubilisation (2) des excreta, mater-

(1) Voir, entre autres, car je ne saurais apporter une bibliographie complète : *a.* Labadie-Lagrave, Boix et Noé. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1896, p. 1044; — *b.* Van de Velde. Anal. in *Journ. des prat.*, 1897, n° 2, p. 29; — *c.* Lannois et Briau. Soc. de méd. de Lyon, 21 janvier 1898.

(2) *Solubilisation* pour *transformation* telle que l'excrétion soit facile.

nels et fœtaux, exige l'emploi constant de la totalité des cellules hépatiques avec la plénitude de leurs capacités actives; aucune partie de l'organe ne reste au repos; il n'y a plus de disponibilités; toutes les réserves donnent, comme on dit aujourd'hui.

Il est probable que le développement progressif du fœtus, ayant ainsi entraîné progressivement la mise en activité des susdites réserves, il arrive un moment où le foie *ne peut davantage*. Ce commencement d'insuffisance est un phénomène normal, inévitable, fatal, puisque le fœtus augmente et l'ensemble de ses excreta aussi. C'est le signal de la parturition. La grossesse n'était pas une maladie, elle est devenue une cause d'empoisonnement; le muscle utérin, plus sensible normalement, ou rendu plus sensible par la distension qu'il subit, entre en action le premier : c'est l'accouchement normal.

Mais que, avant cette époque, intervienne une toxémie, une ptomaïnémie accidentelle, même modérée, le foie deviendra insuffisant (1). Il n'y a pas à attendre de secours du rein qui, gêné mécaniquement dans son fonctionnement pendant la grossesse, ne peut suffire au moindre surcroît de besogne, ne peut éliminer le moindre résidu incomplètement solubilisé.

Ainsi l'éclampsie est constituée — ou, tout au moins, ainsi l'accouchement a lieu prématurément, ce qui est la forme la plus atténuée de l'éclampsie.

Car, c'est un phénomène d'observation courante que, pendant les derniers mois de la grossesse, l'éclampsie (toxémie surajoutée) provoque toujours (ou presque) un début de travail. Cette *toxémie surajoutée* peut être d'origine gastro-intestinale : mauvaise qualité des ingesta, fermentations anormales, constipation, etc. ; elle peut être aussi d'origine rénale : lésions antécédentes ; exagération de la compression (2) de la vessie ou des uretères; elle a enfin nombre d'autres origines que je ne saurais énumérer ici. Peut-elle avoir pour cause une fatigue excessive, une chute?

Je n'en doute pas, pour mon compte. La *fatigue-toxémie* s'appelle le surmenage, c'est une notion théorique qui est admise par tout le monde en dehors de l'état de grossesse. On l'observe dans les conditions les plus différentes : difficile chez les sujets entraînés qui sont habitués à mettre en jeu au moment propice leurs réserves, musculaires, pulmonaires, hépatiques, rénales, etc., le surmenage est facile chez les sujets non entraînés; il est plus facile encore chez les sujets tarés qui, en l'un ou l'autre de leurs organes, n'ont pas de réserves disponibles.

La femme enceinte, quant à son foie, est dans ce cas. Puisque toutes ses cellules hépatiques sont employées, vers la fin de la grossesse surtout, aucun travail supplémentaire ne peut être demandé à cet organe. La dame M..., en luttant pendant quelques centaines de mètres pour retenir son cheval, s'est surmenée : elle manquait d'entraînement; et, parce qu'elle était enceinte, ce surmenage a dépassé la mesure d'une simple fatigue : il a laissé derrière lui une toxémie grave.

Cette interprétation peut vraisemblablement s'étendre à nombre de circonstances dont l'action abortive est mal expliquée : voyages, sports, et particulièrement usage de la bicyclette allant jusqu'à la fatigue. Mais je suis, de plus, disposé à considérer que l'action abortive d'une chute doit être expliquée de la même façon.

Rien ne ressemble plus, en effet, à la symptomatologie de la fatigue, douleurs musculaires, état saburral léger, etc., que le tableau clinique présenté, vingt-quatre heures après l'accident, par la personne qui a dégringolé les marches de son escalier *sans se faire aucun mal*. Hors les enfants, les ivrognes et... les pompiers de la Ville de Paris, quiconque a pris, une fois dans sa vie, une *tape* sérieuse se rappelle l'abominable courbature du lendemain (1).

Je ne sache pas que cette toxémie ait été l'objet de vérifications expérimentales quelconques, mais elle est un fait clinique. Elle a dû contribuer à provoquer les accidents chez la dame M..., en s'ajoutant à la toxémie de la fatigue. Indifférente chez un sujet normal, comme cette fatigue, la chute est, comme cette fatigue encore, une chose grave chez une femme enceinte.

Je puis donc résumer ainsi l'histoire de la dame M... : *Vers la fin de la grossesse, toxémie accidentelle par suite de surmenage et de chute ; éclampsie et accouchement prématuré.*

Cette interprétation n'est certainement pas indiscutable. Est-elle au moins acceptable comme il me semble? Ce point d'interrogation, j'ai dû le poser, non ici, pour la simple satisfaction de discuter, mais bien dans la réalité pour déterminer mon action à venir en matière MÉDICO-LÉGALE ; pour juger mon action passée en matière de THÉRAPEUTIQUE.

Cette longue, trop longue théorie a donc eu deux buts immédiatement pratiques, dont j'aborde maintenant l'examen. (*A suivre.*)

## THÉRAPEUTIQUE

### Traitement de la néphrite aiguë a frigore.

Dans la néphrite aiguë a frigore, l'indication principale est de lutter contre la congestion rénale se traduisant par une diminution du taux des urines. Avant tout, il faut donc pratiquer une révulsion énergique au niveau du rein, les communications intimes, existant entre les vaisseaux de la peau et les vaisseaux du rein, assurent le succès certain de cette médication.

Toutes les fois que le sujet est suffisamment sanguin et résistant, M. Lemoine (de Lille) conseille d'appliquer, au niveau du rein, huit à douze sangsues ; il faut avoir soin, par un trait tracé au crayon dermographique, d'indiquer l'endroit où elles doivent être placées. Il ne faut pas craindre de laisser saigner le malade ; à cet effet on applique sur les piqûres des cataplasmes bien chauds qui seront de bons adjuvants pour l'écoulement sanguin et la décongestion. Enfin, au bout de deux heures en moyenne, on arrête l'écoulement sanguin bien que, si le malade est résistant, il puisse être continué durant quatre à cinq heures.

Si l'entourage s'oppose formellement à l'emploi des sangsues, on peut recourir aux ventouses scarifiées qui

(1) Van de Velde (loc. cit.) montre qu'une *lapine pleine* est tuée par une dose d'urine humaine (toxémie surajoutée) bien inférieure à celle qui tue une lapine hors d'état de gestation.

(2) Cette compression est sans doute un des phénomènes qui, s'exagérant normalement à la fin de la grossesse, provoquent l'accouchement normal : addition de l'insuffisance rénale à l'insuffisance hépatique.

(1) Cette courbature est justiciable d'une thérapeutique peu connue, je crois, et, certainement, peu employée; je la signale en passant : *Prendre un grand bain chaud de quarante-cinq minutes.* Ce qui revient à dire : « Provoquer une sudation abondante afin de soulager momentanément le rein. »

donnent le même résultat. Enfin, si le malade est très anémié, si la famille s'oppose à toute émission sanguine, on peut employer les ventouses sèches ou les pointes de feu; mais, toutes les fois qu'on le peut, il faut avoir recours aux sangsues et aux ventouses scarifiées. Grâce à ces médications, le taux des urines est rapidement augmenté et la décongestion diminuée d'une façon notable.

On peut en même temps employer le traitement décongestif à distance, et M. Lemoine fait toujours purger ses malades, et cela pour deux raisons : il décongestionne leur intestin et le désinfecte en même temps. Comme purgatif, il faut rejeter ceux qui sont absorbés par osmose et s'éliminent par les reins, tels les purgatifs salins. On donnera par conséquent de l'huile de ricin à la dose de 20 à 30 grammes selon les individus.

Ce n'est pas encore tout. Si les urines ne sont pas assez abondantes, s'il survient en même temps quelques symptômes tels que céphalée, courbature persistante, il ne faut pas hésiter à faire une injection de sérum artificiel de 400 à 500 grammes.

A ces soins fondamentaux il faut joindre quelques précautions supplémentaires. Il faut faire boire abondamment le malade, lui donner des eaux alcalines : Pougues, Vals, Vichy, Contrexéville, Vittel, voire même de l'eau pure qu'on peut rendre agréable, en y ajoutant soit un peu de sirop de groseille ou de grenadine, soit du vin du Rhin, de la Moselle ou du Bordeaux blanc. Le malade doit boire ses trois litres d'eau par jour.

Les eaux alcalines sont utiles dans ces cas, car les alcalins jouent un rôle décongestif très notable dans les congestions rénales. On peut donc donner encore du benzoate de soude à la dose de 1gr50 à 2 grammes par jour, en trois paquets. Si la fièvre est violente et s'il existe des symptômes d'infection rénale, on peut associer le salol au benzoate de soude. (*Presse méd.*)

## VARIÉTÉS

### Les poisons du XVIIe siècle (d'après les manuscrits de la Bibliothèque de l'Arsenal).

Par le docteur Lucien Nass.

On dit et on écrit généralement que le temps des Borgia, l'époque admirable qui vit fleurir la renaissance italienne fut aussi — toute médaille a son revers — le règne du poison; et dans tous les esprits ce mot évoque les légendaires souvenirs, habilement exploités par les dramaturges et les romanciers. On oublie trop la période qui suivit : le siècle de Louis XIV et plus spécialement les dix années (1672-1682) où la Brinvilliers et ses adeptes, la Voisin, la Chéron, etc., encouragées par l'impunité, firent de la cour de Versailles une nouvelle Rome, que terrifiait ce nouveau fléau, encore presque inconnu en France : le poison.

Louis XIV se décida, trop tard, à sévir; un tribunal spécial fut créé, la Chambre ardente, qui eut pour mission de juger cette bande d'assassins à gages. Les documents manuscrits sont conservés à l'*Arsenal* et leur étude nous permet de connaître — d'après les aveux des accusés et les rapports des experts — ce qu'étaient ces fameux poisons, et comment les alchimistes, indignes successeurs de Nicolas Flamel, les fabriquaient.

Pour en simplifier l'étude, nous les diviserons en trois groupes, suivant qu'ils appartiennent aux trois règnes : minéral, végétal ou animal.

Dans le monde minéral nous trouvons en premier lieu l'arsenic; il était, suivant la pittoresque expression d'un accusé, le roi, le père des poisons. C'est l'arme de choix des criminels, et l'on comprend cette préférence si l'on veut bien se rappeler que les médecins ignoraient les procédés de recherche de l'arsenic (l'appareil de Marsh date du commencement du XIXe siècle) ainsi que les symptômes et lésions causés par l'intoxication. De plus, aucun édit n'en interdisait la vente, enfin l'emploi en était facile; encore aujourd'hui peut-on s'en procurer facilement sous couleur de « mort aux rats ».

Et cependant les criminels l'administraient bien rarement sous une forme simple : verser dans la boisson une solution incolore, inodore et insipide d'acide arsénieux, ou mêler aux aliments de la poudre du même corps. Ce procédé fut quelquefois employé (1).

Mais l'arsenic était généralement administré sous d'autres formes. Il est curieux de noter, en effet, que les criminels, au lieu d'user de procédés simples, étaient toujours à la recherche de combinaisons très complexes, destinées probablement à dérouter les soupçons des victimes et de la justice. Telle est par exemple, la « recepte » du crapaud. Voici succinctement le manuel opératoire : on prend un crapaud, on lui fait avaler de l'arsenic, puis lorsqu'il est mort, on le dessèche pour en conserver la poudre, ou bien on recueille les produits de la masse en putréfaction. On obtenait ainsi, paraît-il, un excellent poison, facile à administrer. Notons d'ailleurs que c'était un procédé renouvelé des Borgia, mais avec une variante : les Italiens se servaient d'un porc au lieu d'un crapaud.

Ce produit si bizarrement obtenu devait jouir d'une certaine efficacité : lorsqu'on empoisonne un animal et que l'on recueille les liquides qui s'écoulent de son cadavre, ceux-ci renferment un poison très violent, beaucoup plus actif que ne l'était la matière première, cause de la mort (Chapuis). Les alcaloïdes de la putréfaction, les ptomaïnes, se combinent étroitement avec les métaux ou métalloïdes introduits dans l'organisme, et le composé ainsi obtenu, l'amine, est un corps défini, stable dont le pouvoir toxique est plus grand que les différents facteurs qui l'ont créé.

Cette amine, qui en l'espèce porte le nom d'arsine, devait être isolée en 1872 par le professeur Selmi; celui-ci réussit à extraire, d'un chien empoisonné avec l'arsenic, une arsine volatile, d'une action vénéneuse, tétanique.

Mais les propriétés toxicologiques de cette substance sont encore peu connues. Il faudrait, pour en avoir une idée exacte, refaire expérimentalement le poison, d'après le procédé des Borgia, et en fixer ensuite la valeur, le coefficient toxique.

Cependant, à défaut de notions expérimentales, peut-on y suppléer en partie, en rappelant deux procédés presque analogues d'empoisonnement par l'arsenic : en premier lieu, l'empoisonnement spécial de l'arsenic mélangé aux corps gras; on sait que dans ce cas l'intoxication est retardée, et qu'en outre, les symptômes classiques qui la dénotent, peuvent totalement manquer. La mort, dit Chapuis, peut arriver subitement, accompagnée de phénomènes nerveux que rien ne peut faire prévoir. Voilà qui rappelle bien les propriétés tétaniques de l'arsine isolée par le professeur Selmi, et n'est-ce pas aussi mélanger de l'arsenic à un corps gras que d'ouvrir le ventre d'un porc, le saupoudrer d'arsenic, et recueillir les liquides s'écoulant de la graisse en décomposition (procédé Borgia) !

D'autre part, nous pouvons rapprocher l'empoisonnement par les arsines de celui causé par un gaz, proche parent pour ainsi dire, l'hydrogène arsénié. On connaît l'affinité qui existe entre les composés hydrogénés des corps tels que le phosphore, l'arsenic, etc., et leurs combinaisons organiques. (Chapuis a trouvé, dans les urines d'un animal empoi-

(1) Voir l'empoisonnement du marquis de Brinvilliers, in Manuscrit Pirot (Bibliot. nat.); l'histoire de la tourte de Villequoy, in Plumitif de la Tournelle (Bibliot. nat.), et bien d'autres encore.

sonné par une arsine, un composé spécial, qui dégageait de l'hydrogène arsénié.)

On peut donc comparer, croyons-nous, l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié, et celui provoqué par les arsines. Or, le premier est très connu aujourd'hui (voir Lucas, th. de Paris 1895). Tout le monde a lu la relation de la mort de Gehlen, ce savant suédois qui succomba à la suite de quelques inspirations d'hydrogène arsénié. Ce gaz a donc un pouvoir toxique considérable. « Nous sommes en mesure d'affirmer qu'une seule inspiration faite au niveau d'un tube dégageant de l'hydrogène arsénié, crée un véritable danger pour son auteur, et peut entraîner des accidents graves, sinon mortels » (Lucas); de plus, les signes de son intoxication sont très spéciaux : le rein est touché, le malade meurt d'anurie, au milieu d'un cortège de symptômes qui ne rappellent en rien ceux de l'empoisonnement banal par l'acide arsénieux.

Il est possible, par ces données, de se faire une idée de ce qu'était l'empoisonnement par les arsines, ainsi que le pratiquaient les Borgia et les criminels du XVII^e siècle. Ainsi donc ces propriétés si spéciales, de substances isolées seulement il y a trente ans, étaient déjà connues des empiriques du XVI^e siècle. On peut dire qu'ils avaient trouvé le moyen d'exalter la virulence de leur poison favori, l'arsenic, par son passage à travers un organisme vivant, — tout comme nous obtenons aujourd'hui une gamme de virulences différentes des cultures microbiennes, par leur passage sur tel ou tel organisme.

Ce procédé si curieux, si original, semble avoir fait beaucoup de victimes au XVII^e siècle. Ce fut probablement — à quelques variantes près — le poison de la Brinvilliers, de Fouquet peut-être, le surintendant des finances, célèbre par ses malheurs, pas trop immérités sans doute. Ajoutons, du reste, que cette drogue, cette poudre de succession était préparée par un grand chimiste du temps, l'illustre Glazer. Plus tard, après la Brinvilliers, la recette fut utilisée par la Voisin, la Chéron, la Bosse, et bien d'autres.

Ces différents procédés, consistant à mêler quelque drogue aux aliments ou aux breuvages, présentaient un grand inconvénient. Les rumeurs d'empoisonnements éveillèrent la méfiance des maris ou des grands seigneurs — les victimes ordinaires. Il fallait trouver autre chose, car leurs soupçons se portaient immédiatement sur les plats et sur les carafes qu'on leur présentait. La coutume fut admise de faire faire par ses domestiques, ses commensaux même, l'épreuve du vin et des mets. On sait qu'aujourd'hui encore cette coutume subsiste à certaines tables. Il y a une trentaine d'années, Pie IX ne touchait d'aucun aliment que n'eût goûté une personne de son entourage.

C'est alors qu'on intoxiqua le linge et les vêtements. On croit généralement qu'il s'agit là d'une légende. On peut cependant démêler le vrai du faux en étudiant les dossiers de la Chambre ardente : « La chemise empoisonnée, dit une accusée au tribunal, n'avait rien d'extraordinaire, sinon qu'elle était un peu plus rousse, et comme mal blanchie, et plus ferme qu'à l'ordinaire, et la lui faisant voir (à sa complice), elle dit qu'il n'y avait que le bas de la chemise qui fût préparé, et qu'elle n'avait rien fait au corps de la chemise, et que l'effet que la chemise devait produire était de causer uue grande inflammation et grandes douleurs au derrière et parties voisines de M. de Poulaillon, et que, quand on viendrait le visiter, on n'y reconnaîtrait rien. » Cette *inflammation* était diagnostiquée syphilis, la femme achevait aisément son mari soit en forçant la dose de mercure, soit par d'autres drogues, et le tour était joué. Quel expert aurait pu se douter qu'il était en présence d'un crime admirablement combiné et savamment exécuté?

Comment donc était préparée cette fameuse chemise? Il ne suffisait pas de la tremper dans une solution arsenicale ; nous pensons plus volontiers qu'elle était empesée avec un savon à base d'arsenic, analogue à celui qu'emploient les naturalistes ; c'est le seul moyen de concentrer une quantité suffisante de poison dans la trame de la toile. L'expérience que nous avons tentée en faisant des onctions sur la peau d'un cobaye avec une pommade arsénicale nous a, il est vrai, donné des résultats négatifs. L'expérience ne doit pourtant pas être considérée comme décisive : le cobaye mourut d'intoxication arsénicale ; mais le poison, qui cependant n'avait pu être absorbé que par la peau (l'animal avait été mis dans l'impossibilité de se lécher), n'avait provoqué aucune lésion caractéristique. Ajoutons pourtant que l'attentat imaginé par les empoisonneurs se produisait dans des conditions différentes : la chemise devait avoir une action beaucoup plus efficace que la pommade, grâce à ses frottements continuels sur une peau aussi sensible que celle des cuisses et que le scrotum ; le linge, dit le procès-verbal, était presque empesé, conditions suffisantes pour provoquer déjà une irritation et même une ulcération de l'épiderme ; l'effraction ainsi produite, le savon arsenical ne pouvait-il produire ces pseudo-chancres syphilitiques?

Il ne faut pas, du reste, confondre cette tentative d'empoisonnement par la chemise toxique avec cette légende des gants, manteaux, fleurs, empoisonnés. Louis XIV faillit être victime, dit-on, d'un attentat de ce genre. La Chambre ardente ne put ou ne voulut rien démêler dans cette histoire où se trouvait compromise la Montespan.

Par contre, il paraît certain que le duc de Savoie mourut intoxiqué par une chemise arsenicale. (Voir procès-verbaux de la Chambre ardente.)

Telles étaient les différentes manières d'utiliser les poisons minéraux ; ce que nous avons dit de l'arsenic s'applique aussi bien au sublimé (1), au vert-de-gris, à l'antimoine. D'ailleurs c'est l'arsenic qui généralement était préféré, nous en avons plus haut dit les raisons.

Cependant il existait un autre procédé qui permettait d'employer les acides : ceux-ci étaient introduits dans l'organisme par la voie rectale. On sait l'usage, même l'abus, qu'on fit des clystères au XVII^e siècle. Rien de plus facile à l'apothicaire complice, que de verser dans le lavement une certaine quantité d'eau forte, minime, croyons-nous, qui provoquait chez la victime soit une ulcération aboutissant à la perforation, soit un rétrécissement aigu de l'intestin amenant la mort par obstruction. Nous avons à ce sujet tenté une expérience qui tendrait à justifier cette dernière hypothèse (V. Thèse de Nass, 1898).

Quoi qu'il en soit, nous avons relevé des exemples probants d'empoisonnement par les acides (Procès-verbaux de question de différents accusés).

Dans le règne végétal, le nombre est considérable des substances employées par les empoisonneurs : pas une plante, pas une herbe, à effet plus ou moins toxique, qui ne soit mise par eux à profit. En premier lieu, le pavot, et avec lui les stupéfiants analogues : mandragore, stramoine, ivraie, etc. Le plus souvent on associait ces différentes drogues dans une même tisane. L'effet obtenu devait être plus ou moins sûr, car nous savons aujourd'hui que ces plantes presque magiques au XVII^e siècle (surtout la mandragore), sont reconnues d'une action variable et incertaine. Cependant il est certain que les matrones empoisonnaient les enfants avec de l'opium, car elles savaient combien

---

(1) Le sublimé corrosif fut, d'après la tradition, le poison qu'une main criminelle versa à Henriette d'Angleterre, belle-sœur de Louis XIV. Littré, puis, après lui, le professeur Brouardel, M. Frantz Funck-Brentano, ont fait justice de cette légende, qui cependant a trouvé un ardent défenseur dans le docteur Legué. (*Médecins et empoisonneurs du XVII^e siècle.*)

ceux-ci sont sensibles à l'action de ce médicament. De plus, il semble que cette drogue, entre les mains des criminels, était destinée à favoriser le vol au narcotique, très en honneur à cette époque (Cf. Ravaisson, *Archives de la Bastille*, tomes IV-VIII).

Après les hypnotiques, il faut citer les drastiques, aloès, épurge, pignon blanc, etc., puis certaines plantes réputées fort dangereuses à tort ou à raison : la morelle, la ciguë, etc. Enfin, d'après la déclaration d'une accusée, on se servait même de produits exotiques : une empoisonneuse célèbre faisait venir d'Amérique du manioc amer (très toxique lorsqu'il n'est pas préparé) et même des « flèches empoisonnées ». On voit, par cet exemple, que les matrones n'étaient guère embarrassées et qu'elles avaient à leur disposition les drogues les plus variées et les plus inconnues du public et des experts, à cette époque. Qui sait si plus d'une victime ne succomba pas alors à l'action du curare?

Reste le règne animal; peu de poisons importants sinon les cantharides. Leur usage en était très répandu malgré l'interdiction sévère qui en était faite, même aux apothicaires et médecins. Cependant ces mouches bleuâtres, qu'on trouvait à chaque perquisition chez les avorteuses, sages-femmes, empoisonneuses, etc., servaient peut-être moins comme poisons que comme aphrodisiaques. On sait la légende qui pendant longtemps, et encore aujourd'hui dans le peuple, attribue aux cantharides ce pouvoir magique d'exciter chez les impuissants la fonction génitale. Aussi cette substance entrait, croyons-nous, moins dans la « poudre de succession » que dans le « philtre d'amour ». D'ailleurs elle n'en était pas moins funeste, et depuis longtemps on connaissait l'empoisonnement soit criminel, soit accidentel par la cantharide (V. Ambroise Paré, Livre XXI, éd. princeps).

Tels sont à peu près les poisons favoris des criminels du XVII[e] siècle; à côté d'eux il faut placer toute une série de pseudo-poisons dont l'énumération serait trop longue ici : substances extraordinaires, auxquelles la sorcellerie seule pouvait attribuer une vertu quelconque. Mais par l'examen des véritables toxiques en usage à cette époque, on voit qu'il ne faut pas se borner à citer l'arsenic, comme le font beaucoup d'historiens. Certes l'arsenic fut peut-être le plus employé, et, pour cause, mais on aurait tort de négliger les autres substances accessoires, peut-être, mais qui firent aussi de nombreuses victimes dans « l'affaire des poisons ».

Ce qu'il faut aussi et surtout noter, c'est l'extraordinaire tournure d'esprit des criminels, qui, bien rarement, employaient des substances simples; par leurs procédés plus ou moins savants, ils obtenaient souvent un moins bon résultat qu'avec une vulgaire solution ou tisane; mais parfois aussi précurseurs des véritables chimistes, ils eurent l'intuition des découvertes modernes; ils recherchaient les alcaloïdes, en distillant, maladroitement, il est vrai, le « végétable » des plantes; ils employaient les amines en combinant aux matières organiques le métal ou le métalloïde. Ce que la science devait rationnellement établir, le crime l'avait deux cents ans avant empiriquement pressenti.

Bibliographie. — Manuscrits : Arsenal 10336, 10366; — Bibl. nat., 7610, 14055; — Collect. Morel de Thoisy. — Imprimés : Amb. Paré, *Œuvre*, Livres XXI et XXVII. — Gendry, *Rapports en justice* [1650]. — Chapuis. *Toxicologie*. — Nass. Thèse, 1898.

(1) Le chevalier de Vareus, le comte de Bachimont, avaient installé un laboratoire où, sous couleur d'alchimie, ils s'efforçaient d'isoler le principe des plantes. (V. interrog. de Bachimont à Saint-Pierre de Cizo.)

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat* (Séance du 19 décembre). — « Rapports de la crosse de l'aorte. — Séméiotique de l'asystolie. »

MM. Delaunay 21 + 15 = 36. — Le Gambier 16 + 17 = 33. — Vivier 18 + 14 = 32. — Heller 22 + 8 = 30. — Froin 19 + 11 = 30. Gougis 19 + 8 = 27. — G. Lelong 16 + 8 = 24. — Sabaréanu 15 + 7 = 22.

(Séance du 20 décembre). — « Configuration et rapports de la rate. — Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde au huitième jour. »

MM. Mantoux 20 + 18 = 38. — Joüon 22 + 15 = 37. — Calmels 21 + 14 = 35. — M[lle] Parizelle 19 + 13 = 32. — MM. Jomier 18 + 13 = 31. — Et. Guihal 22 + 8 = 30. — Debret 17 + 11 = 28. — Gauckler 15 + 5 = 20. — Léculier 15 + 4 = 19.

— Le concours des prix de l'internat des hôpitaux de Paris (chirurgie) s'est terminé par les nominations suivantes :

*Médaille d'or.* — M. Gosset.

*Médaille d'argent.* — M. Herbet.

— Dimanche a eu lieu, à l'hôpital Saint-Louis, l'inauguration d'une plaquette de bronze en souvenir du docteur Feulard. Cette plaquette a été placée dans la salle de la bibliothèque.

— Par décret, en date du 12 décembre 1898, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

*Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. Jeunhomme et Rivet, médecins principaux de deuxième classe, retraités; Lesbros, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

*Au grade de médecin major de première classe de l'armée territoriale.* — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités, Guilhem, Robert et Sauzède.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve.* — M. Bérard, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

*Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve.* — M. Mathis, médecin aide-major de première classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

*Au grade de pharmacien principal de première classe de réserve.* — M. Bouillon, pharmacien principal de première classe de l'armée active, retraité.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve.* — MM. les docteurs G. Brouardel, dont la démission de sous-lieutenant de réserve est acceptée; Brueys, Escat, Chabry, Lorrain, Vermorel, Jacob, Siron, Bouvart, Imbert, Dedieu, Garin, Poisson, Gardé, Couderc, Hurtaud, Merle, Dupré-Lefebvre, Winckler, Villière, Magne, Dimoux-Dime, Chevallier, Roques, Thiry, Pissavy, Degrenne, Fourestié, Duclos, Coumet, Thevenin, Casse, Verbeke, Pasquet, François, Mathieu, Dupuy, Pellerin, Coustols, Quidet, Beigbeder, Fichaux, Roguet, Thadée, Evesque, Thébault, Retournard, Jouin, Laffont, Bouyer, Guillemare, Dauphin, Maucuer, Labbe, Guedj, Dupau, Delage, Bret, Ott, Bonnemaison, Danis, Texier, Boissel, Follet, Rambal, Pelegrin, Castan, Vanhdegher, La Mouche, Rapine, Clavel, Moitessier et Fouineau.

*Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les docteurs Mahu, dont la démission de sous-lieutenant de réserve a été acceptée; Carrié, Villechauvaix, Plancard, Lenoble et Leray.

*Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de réserve.* — MM. les pharmaciens de première classe Barthélemy, Jollivet, Leroy, Grotard, Coquerel, Ritter, Job, Tronion et Hennequant.

*Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale.* — MM. les pharmaciens de première classe Focard et Vaubourdolle.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 décembre 1898, M. le docteur Voillot a été nommé médecin des colonies.

— Par décision ministérielle, en date du 19 décembre 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine les élèves

sortant de l'École du service de santé de Bordeaux, reçus docteurs en médecine :

*A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe.*— MM. Dagorn, affecté au corps de santé des colonies; Kérambrun, affecté à Brest.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Netter, agrégé libre, est nommé directeur-adjoint honoraire du laboratoire d'hygiène.

Sont nommés au laboratoire d'hygiène : MM. Wurtz, agrégé, chef du laboratoire de chimie; le docteur Bourgès, chef du laboratoire de bactériologie.

— M. le docteur Oursel, médecin-adjoint au lycée d'Évreux, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Guindey, décédé.

**Avis.** — L'Établissement hydrothérapique et la Maison de santé du docteur Keller, 127, faubourg Saint-Honoré (Paris), continuent sous la direction du docteur Martigny, collaborateur du docteur Keller pendant dix ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numero : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



## REVUE GÉNÉRALE

### De l'action de la laparotomie sur les processus chroniques de la cavité abdominale (tuberculose exceptée).

Par R. DE BOVIS,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Reims.

**Définition.** — Par « laparotomie » nous ne visons guère que l'acte d'ouvrir le ventre et les manœuvres exploratrices qui l'accompagnent. Nous aurons soin de signaler les cas, où d'*exploratrice* la laparotomie s'est faite *libératrice* ou plus encore; mais, nous laisserons de côté, et intentionnellement, presque tous ces cas.

**Historique.** — Ce sujet est assez neuf, comme la laparotomie elle-même. Les premières remarques ou études d'ensemble ne datent que de quelques années; avant, et même après, les opérateurs ne l'ont traité qu'incidemment. Aussi, éprouve-t-on quelque embarras, en le voulant aborder.

Ce n'est pas que les matériaux fassent défaut : la chirurgie abdominale en fournit d'inépuisables! Mais le difficile est de les recueillir, dispersés qu'ils sont dans une série indéfinie de travaux.

Un des premiers à signaler est la communication de Lawson Tait (1) sur les avantages de la laparotomie exploratrice et ses effets curateurs. Puis vient celle de Terrillon (Société de chir., 1885) et de Von Mosetig Moorhof (2). Mais, c'est Lawson Tait qui posa la question sur son véritable terrain, en discutant l'influence de la laparotomie. Cette influence fut heureuse dans les cas qu'il observa; mais, il détruit en quelque sorte la portée de son travail, en ne voyant là que de simples coïncidences.

Tout autre est la valeur de la communication de Richelot (1891). Elle donna lieu, au sein de la Société de chirurgie, à une discussion pleine d'intérêt, fertile en faits nouveaux, et à laquelle prirent part Pozzi, Reclus, Ch. Monod, Routier, Terrier, Marchand, Tillaux, etc.

(1) L. TAIT. *Brit. Med. Journ.*, 17 fév. 1883, p. 300, et 17 nov. 1888, p. 1096.

(2) VON MOSETIG MOORHOF. *Wien. med. Presse*, oct. 1888, n° 44.

Au même moment paraissait l'intéressant mémoire de Ch. White (1), qui étudia non seulement l'action de la laparotomie, mais encore celle de la trépanation, de la pleurotomie, etc.

A dater de ce moment, l'action de la laparotomie commence à être régulièrement étudiée, et plusieurs chirurgiens nous donnent les conclusions de leur expérience personnelle. Citons, en France, Duplay (2), Jaboulay (3), Villar; en Angleterre, Albert Dorran, Treves, Greig Smith, Bland Sutton; en Italie, Arcelaschi (4), Kiriac (5); en Allemagne, Tillmann; sans compter les auteurs ou opérateurs de nombreuses observations concernant les lésions abdominales les plus diverses. En outre, plusieurs thèses ont été soutenues sur ce sujet : Gratien (6), Lascoutx (7), André (8), Mlle Belly (9), Defaux (10). Celle de Défaux, inspirée par le professeur Folet (de Lille), est la plus richement documentée.

**Division.** — Nous étudierons successivement l'influence de la laparotomie dans les affections non néoplasiques et dans les affections néoplasiques.

I

**A. Affections non néoplasiques.** — I. PÉRITONITES CHRONIQUES. — 1° *Du petit bassin.* — Les péritonites chroniques

(1) CH. WHITE. The supposed curative affects of operations « per se », *Ann. of Surg.*, août et sept. 1891.

(2) DUPLAY. Des effets curatifs de certaines opérations exploratrices, *Semaine méd.*, 1892, n° 1, p. 1.

(3) JABOULAY. De la valeur de quelques opérations palliatives, *Lyon méd.*, t. LXXV, 7 janv. 1894, n° 1, p. 5.

(4) G. ARCELASCHI. Dell'Ascite e del suo trattamento chirurgico, *Il Morgagni*, 1893, XXXV, p. 194.

(5) KIRIAC. *Pressa med. Romana*, 10 mars 1897.

(6) P. GRATIEN. *De l'influence curative de la laparotomie*, Th. de Paris, 1893-1894, n° 265.

(7) L. LASCOUTX. *De l'action curative ou palliative de la laparotomie exploratrice*, Th. de Lyon, 1894-1895, n° 1006.

(8) J. ANDRÉ. *De la laparotomie exploratrice dans les processus fibreux du petit bassin et dans les tumeurs de l'abdomen.* Th. de Montpellier, 1896-97, n° 7.

(9) T.-B. BELLY. *Contribution à l'étude de la laparotomie exploratrice*, Th. de Bordeaux, 1896-1897, n° 7.

(10) G.-L. DEFAUX. *Contribution à l'étude de la laparotomie exploratrice*, Th. de Lille, 1895-1896, n° 151.

du petit bassin sont, pour la plupart, liées à des inflammations prolongées des organes génitaux internes de la femme. Leurs causes et leurs conséquences sont donc bien connues : métrites, pelvi-péritonites, annexites ou salpingites, hématocèles, flexions utérines, scléroses ovariennes, etc.

Dans les cas légers, il ne restera que quelques brides, gênant plus ou moins les mouvements physiologiques des organes pelviens. Mais, dans les cas graves, les adhérences forment d'énormes magmas fibreux, soudant ensemble trompes, ovaires, vessie, utérus et intestins, véritable coulée plastique, moulant contenant et contenu pelviens.

Ces adhérences engendrent de la douleur et de véritables tumeurs péri-utérines. Il y a parfois de la fièvre [Richelot (1), Van Egelen (2)], ce qui n'étonnera pas, puisqu'il s'agit de processus inflammatoires mal éteints. Une des malades de Richelot en était tombée, grâce à la combinaison de tous ces symptômes, au dernier degré de la cachexie. Le chirurgien, en l'opérant, céda à des prières et à des souffrances, qui auraient fait le refus barbare, et avec la ferme intention de n'exécuter qu'une simple boutonnière abdominale. Chez les autres malades, la situation, pour être moins désespérée, n'en était pas moins incompatible avec la marche, l'exercice ou le travail.

Tel est donc l'état clinique de ces malades; l'opération promet bien peu par elle-même, et moins encore, quand le ventre est ouvert. Villar (3) commença bien quelques manœuvres de débridement; mais, devant l'abondance et la vascularisation des adhérences, il referma simplement le ventre. De son côté, Hirons (4) fut arrêté par les adhérences de l'épiploon, des trompes et la dégénérescence scléro-kystique des ovaires : les kystes atteignaient jusqu'à un pouce de diamètre (25 millim.).

C'est ici pourtant que la laparotomie a recueilli ses succès les plus éclatants; d'autant plus merveilleux même, que l'opération a été plus simple et l'état des lésions ou de la malade plus compliqué. Chez sa première cliente, cachectique, fébricitante, Richelot constate dès le lendemain une amélioration manifeste de l'état général; l'albuminurie pré-opératoire a disparu, et, graduellement mais rapidement, on assiste à une véritable résurrection. Sur quatre opérations, quatre succès : deux sont certainement un peu moins brillants, mais cela tient simplement à la gravité moindre de la situation. Mêmes succès avec Hirons, Villar, van Engelen. Des malades, revues longtemps après, offrent tous les signes de santé et, qui plus est, des tissus pelviens parfaitement souples ou assouplis. La cliente d'Hirons, danse, monte à cheval, voyage : et celles, qui sont moins favorisées de la fortune, reprennent leur labeur quotidien (5).

Y a-t-il eu des échecs ou des accidents? Très probablement. Pour notre part, nous fûmes témoin d'un demi-échec : la laparotomie exécutée par notre maître, le professeur Decès, donna un brillant succès opératoire. Mais la malade, ayant repris au bout d'un mois seulement son dur labeur, retomba malade. Nous avons été assez heureux cette fois cependant pour la guérir par de simples moyens médicaux. Washburn (1) cite un échec complet en dépit de deux laparotomies.

Nous laissons de côté les opérations de Hadra; la section des brides, la mobilisation forcée des organes, les dissections mettent en pareille occurrence la laparotomie au second plan. D'ailleurs, les cures enregistrées auraient besoin d'être suivies de près. Nous citerons plus tard quelques faits donnant lieu à ces réserves.

2° *Péri-appendiculaires.* — Les exemples que nous apportons ici ne sont ni très nombreux ni très démonstratifs. La raison en est que les adhérences sont souvent peu étendues, et, surtout, que les chirurgiens n'aiment pas revenir « bredouille ». Les adhérences sont donc dilacérées jusqu'à ce qu'on ait mis la main sur l'appendice et celui-ci, dûment ligaturé, est réséqué sans autre forme de procès. Les appendices, les plus sains en apparence, n'échappent pas à la « prosphysectomie ». Il est vrai que le microscope est généralement tout aussi impitoyable. Bull (2), cependant, chez une femme de soixante-trois ans, affaiblie, rencontra une masse d'adhérences telle, qu'il n'osa pas insister : il ferma le péritoine, plaça un drain et le résultat fut en somme assez heureux, car le drain servit d'amorce à un petit abcès caché au fond des adhérences, modifiées elles-mêmes peut-être par la laparotomie. Au point de vue de l'histoire des récidives de l'appendicite, un cas de M. Moty (3) est très curieux : un malade en était à sa sixième récidive d'appendicite; on fait la laparotomie; l'appendice est invisible au milieu des adhérences; le ventre est refermé et depuis deux ans la guérison se maintient. M. Quénu (4) fit œuvre également de chirurgien conservateur à l'égard d'un appendice, entouré seulement de quelques adhérences; celles-ci furent libérées et le malade guérit fort bien. M. Schwartz (5), ayant rencontré des adhérences aussi marquées que dans l'observation de Bull, referma simplement le ventre et la guérison se maintenait depuis six mois. Citons, à titre de curiosité, car il s'éloigne un peu de notre sujet, le cas de F. Treves (6) : ayant affaire à une pyléphlébite suppurée d'origine appendiculaire, il ouvrit le ventre, un peu au petit bonheur, et le referma d'ailleurs aussitôt, ayant trouvé un foie gros, ramolli et tout parsemé de petites taches jaunes; mais les frissons cessèrent aussitôt et la malade guérit rapidement (7).

3° *Périhépatiques.* — La lithiase biliaire et les cholécystites infectienses donnent naissance à des processus fibreux extrêmement intenses. Ces synéchies péritonéales, avec sclé-

(1) Richelot. Soc. de chir., 29 juillet 1891, et *Gaz. des hôpit.*, 8 sept. 1891, n° 104, p. 970.

(2) Van Egelen. Cercle méd. de Bruxelles, 1er avril 1898, in *Gaz. hebd. méd. et chir.*

(3) Fr. Villar. Six cas de laparotomie exploratrice, *Arch. prov. de chir.*, juillet 1894, n° 7, Obs. III, p. 461.

(4) Hirous. *Amer. Journ. of Obst.*, 1891, t. XXIV.

(5) Nous omettons une observation de Spencer Wells, dont l'interprétation est trop délicate : tumeur, tuberculose ou péritonite chronique? En dépit d'une ascite, la malade guérit cependant très bien. (*Tumeurs de l'ovaire*, trad. Rodet, Paris 1883, p. 110.)

(1) G. H. Washburn. Cœliotomy for intestinal adhesions, *Boston med. and. surg. Journ.*, 9 juillet 1896, p. 41.

(2) Bull. Practitioner's Society of New-York, in *Med. Record*, 26 avril 1890, n° 17, p. 477.

(3) Moty. Soc. de chir., 3 mars 1892.

(4) Quénu. *Ibid.*, 6 déc. 1893.

(5) Schwartz. In Damaye, *Traitement de l'appendicite à répétition*, Th. de Paris, 1894-1895, n° 148, Obs. III, p. 85.

(6) F. Treves. Med. Soc. of London, in *The Lancet*, 5 mars 1898, p. 61.

(7) Dans la statistique de G.-K. Lennander, que nous mettons plus loin à contribution, est mentionné encore un cas de laparotomie suivie de la libération des adhérences appendiculaires : le résultat est indiqué comme bon.

rose (1), envahissent le pourtour de la vésicule et des canaux excréteurs de la bile, l'épiploon gastro-hépatique, le pancréas et le côlon, en un mot tous les tissus ou organes placés au-dessous de la face inférieure du foie. Il en résulte des gâteaux épais, au milieu desquels on a grand'peine à se reconnaître, quand il faut aller explorer la vésicule, le cystique ou le cholédoque et s'assurer s'ils contiennent ou non des calculs.

Le premier cas est le plus commun et nous le laissons naturellement de côté. Mais, assez souvent aussi, il n'y a pas de calculs, au moins appréciables. L'expérimentation et l'anatomie pathologique ont d'ailleurs démontré, que ces scléroses peuvent être la conséquence d'une lithiase ancienne et guérie, ou d'une infection.

Mais, la nécessité de s'assurer de l'état des voies biliaires fait, que la laparotomie, purement exploratrice, est ici bien rare : les adhérences sont fouillées, dissociées, sectionnées. Nous ne pouvons donc faire appel à tous les cas et nous choisissons simplement ceux où le traumatisme paraît avoir été le moindre.

C'est ainsi que Knowsley Thornton (2) obtint une guérison parfaite dans un cas d'adhérences très étendues, et où il se borna simplement à libérer l'épiploon et le ligament suspenseur du foie. Résultat non moins bon dans une observation de M. le professeur Le Dentu (3); la tumeur de l'hypocondre était due à l'agglutination de l'épiploon au voisinage et autour de la vésicule biliaire. Nous pouvons citer encore, au nombre des succès très enviables, une observation de Reynier (4), trois de Gersuny (5), une de Quénu (6), une d'Ozenne (7). Krause, répondant à Kümmell (8), parle de ces cholécystites fibreuses : il déclare qu'il a eu souvent l'occasion d'observer les douleurs et les tumeurs qu'elles engendrent, mais qu'il suffit de les libérer et de remettre un peu d'ordre dans la cavité abdominale pour voir disparaître tous les symptômes qu'elles occasionnent. Citons en dernier lieu une observation de Tilmann (9), qui mérite une mention d'autant plus particulière, que les manœuvres opératoires furent moindres et la guérison plus longtemps confirmée et suivie (six ans).

Voici par contre quatre insuccès, qu'il nous faut détailler un peu en faveur de nos conclusions.

Le premier est de Musser et Keen (10) : chez un homme de trente-deux ans, ictérique, on se met en devoir de faire une cholécystotomie ; on trouve d'énormes adhérences, qu'on dilacère et qui saignent abondamment; après de vaines recherches de la vésicule le ventre est refermé. Les douleurs diminuèrent après l'opération ; mais la tumeur persista ainsi que l'ictère. Un traitement thermal parvint à dissiper ce dernier au bout de six mois. Le second est de Bœckel (1) : on cherche aussi en vain vésicule ou calculs; les adhérences saignent beaucoup. On obtient bien la guérison opératoire, mais, malgré cette laborieuse libération, le résultat clinique fut nul : ictère, tumeur et douleurs persistèrent. Dans un cas de Riedel (2), il existait des adhérences non seulement sous-hépatiques, mais encore coliques, mésocoliques, et appendiculaires. Les premières furent respectées tant elles étaient intimes, mais les secondes furent dissociées. La malade, cardiaque et albuminurique, gagna au moins des périodes de rémission, pendant lesquelles ses troubles gastro-intestinaux cessaient complètement; mais de temps à autre, elle souffrait cruellement; un bandage approprié sembla finalement améliorer son état. Enfin, dans un dernier cas de Riedel (3), échec complet : la malade était d'ailleurs hystérique.

Nous opposons volontiers ces dernières observations aux précédentes, où le trauma opératoire fut, semble-t-il, de moindre importance.

4° *Périgastriques.* — Les périgastrites fibreuses, dues pour la plupart à de vieux ulcères, ont beaucoup préoccupé ces derniers temps médecins et chirurgiens. Citons les communications de M. Terrier (4), les discussions de la Société de médecine interne de Berlin (juin à décembre 1894), les mémoires d'Obolensky (5) et de O. Guelliot (6).

Nous passons sur le côté clinique ; remarquons simplement que le diagnostic est à peu près impossible d'après Ewald, et quoi qu'en dise Rosenheim.

Ici, également, en raison des incertitudes du diagnostic, la laparotomie est souvent accompagnée de manœuvres complémentaires, qui laissent indivis dans ses causes le résultat final. Telles sont, par exemple, les observations de Lucas-Championnière (7), d'Obolensky, de Guelliot.

Il semble, par contre, qu'on puisse mettre à l'actif de la méthode les deux succès de Terrier, où il s'agissait de périgastrites antérieures.

Quand les scléroses se developpent au voisinage du pylore, on a tout le tableau d'un rétrécissement pylorique. Billroth (8) obtint deux succès par une libération assez simple du pylore. Mais, le succès le plus « élégant » est celui de von Hacker (9) : après l'ouverture du ventre, le cas parut si peu propice à la résection, grâce à de nombreuses brides, adhérences ou ganglions, qu'on referma l'abdomen, mais sans espérer grand'chose de pareille intervention. Or, deux ans après, la malade écrivait qu'elle allait fort bien, et que le port d'une ceinture avait achevé de la guérir. Plus

(1) Elles s'accompagnent parfois d'une lipomatose (Routier. Soc. de chir., 21 déc. 1892), comparables à celles des péricystites, périnéphrites, péri-arthrites, etc.

(2) K. Thornton. The surgical treatment of diseases of the liver, *Brit. med. Journ.*, 13 nov. 1886, p. 901.

(3) Le Dentu. Soc. de chir., 8 fév. 1893.

(4) Reynier. Soc. de chir., 14 déc. 1892.

(5) Gersuny. Club méd. de Vienne, 14 nov. 1894, et *Semaine méd.*, 1894, p. 538.

(6) Quénu. Soc. de chir., 31 mars 1897.

(7) Ozenne. *Journ. de méd. de Paris*, 10 mars 1895.

(8) Kummel. Chirurgische Erfuhrungen über Gallensteinerkrankung u. ihre Behandlung durch die ideale extra-peritoneale Operations-Methode, *Mitheil. aus der Hamburg. Staatskranken-Anstalten*, 1897, I, Heft. 2.

(9) Tillmann. Zur Frage ver Laparotomia exploratoria, *Deuts. Med. Wochens.*, 5 déc. 1895.

(10) Musser et Keen. Cholécystotomie. Deux cas inédits, etc., *Rev. de chir.*, 10 juin 1885, n° 6, p. 493.

(1) Bœckel. Cong. franç. de chir., 22 avril 1892.

(2) Riedel. Ueber Adhæsiventzündungen in der Bauchhöhle, *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, Bd. XLVII, Heft. 2, p. 153, Obs. X.

(3) Riedel. Ueber den Zungen förmigen des rechten Leberrlappens etc..., *Berlin. klin. Wochens.*, 1888, n° 30, p. 603, Obs. II.

(4) Terrier. Soc. de chir., 16 mai et 31 oct. 1894.

(5) Obolensky. Les adhérences intra-péritonéales, leur pathogénie et leur diagnostic (en russe), *Med. Obozr.*, 1895, XLIII, p. 9. — Périgastrite adhésive guérie par l'intervention chirurgicale, *Gaz. clin. de Botkine*, 1896, n° 16, anal. in *Gaz. des hôpit.*, n° 113, p. 1115.

(6) O. Guelliot. Symphyse stomacale, *Congr. franç. de chir.*. 21 oct. 1896, p. 433.

(7) Lucas-Championnière. Soc. de chir., 31 oct. 1894.

(8) Billroth. *Wien. klin. Wochens.*, 1891, n° 34, p. 625.

(9) Hacker. Ueber Verengerungen des Magens durch Adhæsinstrænge, etc., *Ibid.*, 1886, n°s 37 et 38.

tard, von Hacker put voir et faire voir le sujet de cette cure merveilleuse; il signale une autre observation analogue et nous pouvons y joindre celles de Mayo-Robson (1) : dans l'une, la situation était satisfaisante, quinze mois après l'opération; dans l'autre, plus récente (deux mois), le malade qualifiait lui-même l'opération de « grand succès. » Enfin, la laparotomie « transforma » un malade de Bouveret, opéré par Jaboulay : les phénomènes de sténose pylorique disparurent, bien qu'il restât un point d'interrogation à côté de la véritable cause des adhérences (2).

Mais, il paraît que les récidives sont à redouter et O. Guelliot en cite un cas personnel; mais chez sa malade, il y eut une véritable opération et non une simple laparotomie. D'autre part, Riedel (3) eut un cas de mort à déplorer; mais il est à remarquer que la malade, par l'ancienneté de son affection, en avait été réduite au dernier terme de la cachexie.

6° *Périnéphrétiques.* — Nous omettons plusieurs observations de Riedel (*l. c.* et congrès allemand de chir., 1898), car le traitement fut trop complexe. En voici une d'Ebstein (4) où les choses semblent s'être passées plus simplement : chez un malade, atteint de phénomènes d'occlusion intestinale, qu'on croyait dus à une hydronéphrose, grâce à une énorme tumeur (tête d'enfant) de la région lombo-abdominale droite, Ebstein fit la laparotomie et tomba simplement sur des adhérences, qu'il libéra un peu, puis referma le ventre. La guérison s'ensuivit.

*Addenda.* — Nous signalons ici trois laparotomies suivies de guérison, et exécutées par Güsserow (5), dans ce qu'il appelle la « péritonite noueuse ». L'une de ces guérisons datait de vingt ans. Mais, comme il n'y eut ni examen microscopique, ni bactériologique, ces nodosités pourraient être aussi bien considérées comme tuberculeuses.

II. Ascites (6). — Nous ne trouvons guère, sous cette rubrique, que des cas assez mal définis, et chez lesquels la cause de l'ascite a généralement échappé. Plusieurs pourraient rentrer sans doute, comme beaucoup des cas précédents, dans ce que Huchard (7) appelle des « périviscérites ».

Arcelaschi, Parona (cité par le premier), citent deux cas de péritonite chronique avec ascite guérie par la laparotomie. Arcelaschi n'admet comme contre-indications à l'opération que le mal de Bright et les lésions organiques du cœur. Cette formule nous paraît beaucoup trop élastique, et nous dirons plus tard les réserves que nous inspire l'étude

(1) Mayo-Robson. *Trans. of the clin. Soc. of London*, 1894.

(2) In Bouquet de la Jolinière. *Des adhérences considérées comme causes de phénomènes douloureux*, Th. de Lyon, 1895-1896, n° 1173. — Nous négligeons une observation intéressante de Mickulicz (torsion de l'estomac et adhérences), où les manœuvres opératoires dépassent de beaucoup l'importance d'une simple laparotomie (Die chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs, *Centralbl. f. Chir.*, 1897, Beilage, p. 87).

(3) Riedel. Cité par Tuffier et Marchais, Des rétrécissements du pylore d'origine hépatique, *Rev. de chir.*, 1892, p. 100.

(4) Ebstein. Ueber einem durch einfache Laparotomie geheilten Fall von Peritonitia circumpscripta, *Prag. med. Wochens.*, 1892, n° 43, p. 507.

(5) Gusserow. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd. XLII, Heft 3.

(6) Nous ne parlons pas de *l'ascite des jeunes filles*, qui est très probablement tuberculeuse (Cf. G. Bouilly. *Abeille méd.*, 1897, n° 26).

(7) Huchard et Deguy. Un nouveau syndrome clinique : les périviscérites, *Journ. des prat.*, 4 déc. 1897, n° 49, p. 774.

des faits. Dans deux cas d'ascite enkystée, Dohorn (1) obtint aussi deux guérisons; dans le troisième, l'ascite était généralisée, il y avait des nodules, considérés comme cancéreux (?), sur le péritoine, et cependant le succès fut encore complet. Chez une femme de quarante ans, dont l'ascite demeura inexpliquée, Terrillon (2) vit également survenir la guérison : elle se maintenait un an après l'opération. Enregistrons encore le succès de Lennander (3) à l'égard d'une ascite généralisée, due à une néphrite chronique; avant l'opération, il n'y avait pas eu moins de trente-sept ponctions, ayant donné chacune, en moyenne, dix litres de liquide. Chez un enfant de cinq ans, la laparotomie réussit encore là où échouèrent les ponctions [Henoch (4)].

Dans un autre cas de Lawson Tait (5)], le résultat fut nul ou à peu près : l'ascite se reproduisit un peu plus tard, et la malade succomba aux progrès d'une néphrite, cause probable de l'épanchement.

III. Divers. — M. Bazy (6) a rapporté un exemple de laparotomie purement exploratrice, qui, pour laisser indécis la nature et même le siège de l'affection, n'en eut pas moins un résultat magnifique : un homme de quarande-deux ans entre à l'hôpital avec de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée et une tumeur ombilicale, qui le mettent bientôt dans une situation critique. Laparotomie : on trouve une grosse tumeur adhérente à la colonne vertébrale; on suppose qu'il s'agit d'une adénopathie symptomatique de quelque cancer intestinal et le ventre est refermé. L'état général se relevait dès le lendemain, la tumeur fondait à vue d'œil et, le quatorzième jour, le malade quittait l'hôpital en pleine voie d'une guérison, qui s'est depuis maintenue. Quant à la tumeur, il n'y en a plus trace.

On peut citer trois observations non moins singulières de Greig Smith et Bland Sutton (7). Dans les trois cas, il s'agissait de tumeurs pariétales ou mésentériques, de volume considérable : l'une d'elles était aussi grosse qu'un utérus au huitième mois. Le diagnostic porté fut, chaque fois, cancer, sarcome ou lympho-sarcome. Cependant, guérison opératoire et disparition complète de la tumeur. Greig Smith put même s'assurer, dans une laparotomie secondaire, que la tumeur avait réellement et totalement disparu.

Nous n'osons faire figurer ces dernières observations aux néoplasmes : en face de tumeurs pariétales ou mésentériques, on peut toujours penser à des cellulites rétro-péritonéales, à des adénites ou à des pancréatites, selon leur siège.

*Intestins.* — En même temps qu'un des cas précédents, Bland Sutton signalait le suivant : en ouvrant le ventre pour une tumeur du flanc gauche, il trouvait une masse diffuse occupant l'S iliaque et ayant contracté des adhérences avec l'utérus. L'aspect des lésions, l'âge de la malade (cinquante-

(1) Dohorn. *Deuts. Med. Wochens.*, 1879, p. 566.

(2) In V. Garilian. *De l'incision exploratrice dans les tumeurs abdominales*, Th. de Paris 1885, n° 127, p. 25.

(3) G. K. Lennander. Rapport öfver operationer, etc., *Upsala lækarefær. fœrhandl.*, 1892-1893, p. 493. — De cette intéressante observation, nous ne possédons malheureusement que quelques mots : remarquons aussi que la laparotomie fut suivie d'un lavage à 0,6 p. 100 de NaCl.

(4) Henoch. Ueber einen durch Laparotomie geheilten Fall von chron. Perit., *Berlin. Klin. Wochens.*, 1891, n° 28 (avec examen microscopique).

(5) L. Tait. *The Lancet*, 7 fév. 1891, p. 292.

(6) Bazy. Soc. de chir., 7 oct. 1891.

(7) B. Sutton. *Brit. Med. Journ.*, 17 janv. 1894.

deux ans) firent penser à un cancer de l'S iliaque, diagnostic qui fut plutôt infirmé par une guérison parfaite; en l'absence de tout trouble fonctionnel, le ventre avait été simplement refermé. Citons aussi un succès très beau et très démonstratif de Riedel (1), et sur lequel nous aurons à revenir. Dans le cas de Phocas (2), il s'agissait sans doute d'une typhlite inflammatoire.

F. Treves (3) rapporte qu'il est intervenu dans certains cas de *constipation chronique* ayant résisté à tous les moyens médicaux; tantôt, il y avait des adhérences, tantôt il a observé un allongement sensible du côlon transverse; il aurait également rencontré cet état caractérisé du nom de « dilatation idiopathique du côlon », et pour lequel il a fait récemment une énorme résection intestinale (4). Oscar E. Ollson (5) rapporte aussi un cas analogue, traité par la laparotomie simple, chez un enfant de quatre ans; mais au traitement médical, qui suivit, revient très probablement l'amélioration présentée au bout d'un an par le malade. Quoi qu'il en soit, F. Treves s'est déclaré très satisfait des résultats que lui a donnés la laparotomie. On pourrait même se demander si elle ne suffirait pas dans les cas de ptoses intestinales, au lieu d'un traitement chirurgical plus compliqué (6). Mais, arrêtons-nous devant ce domaine inexploré, surtout en entendant Launder Brunton proposer la laparotomie à l'égard de la tuberculose pulmonaire.

*Pancréas.* — On connaît encore assez mal les inflammations du pancréas, entré d'hier en chirurgie. Deux fois cependant il semble que les opérateurs aient eu affaire à des inflammations chroniques de cet organe. Il en résultait une tumeur prise pour un néoplasme, contre lequel on se promettait d'agir par la laparotomie. Le premier est de Lawson Tait; en raison du siège et de la fixité de la tumeur, de l'altération des traits de la malade et de son âge (quarante-neuf ans), il crut à un cancer du pancréas : à l'ouverture de l'abdomen, il trouva en effet une masse indurée de la tête de cet organe, mais tellement adhérente qu'il referma le ventre. La malade recouvra toute sa santé en six ou sept semaines et, trois ans après, elle se portait très bien : la tumeur avait complètement disparu. Lawson Tait ne se prononce pas sur la nature de cette tumeur; mais on peut la rapprocher de la suivante, de Sendler (7). Il s'agit encore d'une femme, amaigrie, affectée de crampes gastriques, de vomissements, etc., âgée de vingt-six ans seulement. Le diagnostic fut : cancer de l'estomac. Dans le ventre on trouva une tumeur dure, grisâtre, occupant le pancréas. Sendler réforme alors le diagnostic du siège, mais maintient celui de cancer. N'empêche que la malade se rétablit parfaitement et que, trois ans après, elle se portait aussi bien que possible. Sendler conclut *a posteriori* qu'il s'agissait de pancréatite chronique.

*Splénomégalie et cachexie palustre.* — Les tumeurs fantômes ont fait ouvrir bien des ventres : le cas de MM. Brault et Rouger (1), dont nous allons rapprocher celui de Raymond, est curieux à plus d'un titre. Un Arabe, paludéen très avancé (hypertrophie du foie, de la rate, ascite, œdème des membres inférieurs), présentait en outre une soi-disant tumeur abdominale. La laparotomie fut blanche à ce dernier dernier point de vue, mais elle permit d'évacuer l'ascite et de jeter un coup d'œil sur les viscères : il n'y avait, disent les auteurs, que de la « sclérose, de la ptose et de l'hypertrophie des organes ». Guérison et amélioration rapides de l'état général : « l'intervention avait fait merveille. » De son côté, Reymond [de Limoges (2)] voulait enlever une rate hypertrophiée, chez une femme à antécédents palustres et présentant également de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs et un état fébrile. L'opérateur recula devant des adhérences trop étendues et la malade n'eut pas à s'en plaindre; deux mois après la laparotomie, la rate avait réintégré l'hypocondre, l'ascite disparu et la santé reparu. Lawson Tait déclare n'avoir jamais eu l'occasion de pratiquer une splénectomie; les adhérences l'en ont toujours empêché, et cependant, sur quatre laparotomisés, trois ont guéri et se trouvaient, au moment où il écrivait, vivants, bien portants, et pourvus d'une rate normale.

Voilà donc six opérations et cinq succès : ça vaut bien, nous semble-t-il, la splénectomie. En tout cas, l'on pourrait toujours commencer par là (3).

*Hépatites.* — Des erreurs de diagnostic, très excusables dans leurs causes, ont eu quelquefois de très louables effets. Segond (4) cite un malade atteint d'hépatite ancienne, d'origine tropicale, et qui souffrait au point de songer au suicide : après laparotomie, on ne découvrit rien autre qu'un foie congestionné et gros. Guérison opératoire, disparition des accidents et le malade ne parla plus de se détruire. Chez un enfant de vingt-huit mois, offrant un foie énorme, et chez lequel la syphilis était protestée hautement, P. Delbet (5) ne trouva que de l'hypertrophie hépatique, ainsi que des ganglions nombreux et volumineux. Le ventre fut refermé, la guérison rapide; mais des stigmates ultérieurs vinrent proclamer la syphilis. Dans deux autres cas [Ahlenstiel (6), Lennander (7)], il s'agit encore de syphilis hépatique; mais dans le premier, le traitement mercuriel eut sans doute une part importante dans la guérison; quant au second, nous n'avons aucun détail sur lui. J. Wallace (8), qui prône le traitement de l'ascite par l'incision et le drainage, dit qu'il a vu réussir cette méthode à l'égard d'une cirrhose alcoolique. La simple laparotomie a donné un beau succès à Quénu (9) pour une ascite avec cirrhose atrophique.

(1) Riedel, Loc. cit., Obs. XVI, p. 193.

(2) Phocas. Tumeur probablement inflammatoire du cæcum, guérie à la suite d'une laparotomie exploratrice, *Nord méd.*, 15 mai 1897.

(3) F. Treves. Med. Soc. of London, in *The Lancet*, 5 mars 1898, p. 64.

(4) F. Treves. *The Lancet*, 29 janv. 1898, p. 276.

(5) O. E. Olsson. Rapport öfver operationer, etc., *Upsala lækarefær færhandl.*, 1895-1896, p. 407.

(6) F. Treves. The treatment of Glenard's disease by abdominal section, *Brit. Med. Journ.*, 1896, I, p. 1027.

(7) Sendler. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1896, XLIV, nos 3 et 4, p. 329.

(1) Brault et Rouger. Fausses tumeurs de l'abdomen, *Presse méd.*, 18 déc. 1897, no 105, p. 372.

(2) Reymond. Soc. de chir., 2 nov. 1892, et *Gaz. des hôpit.*, 10 nov. 1892, no 128, p. 1202.

(3) C'est peut-être le cas de rappeler l'heureuse et ingénieuse « exo-splénopexie » de M. Houzel, inspirée par les opérations de Jaboulay (Acad. de méd., 1er juin 1897). Cette méthode a cependant échoué entre les mains de F. Villar (de Bordeaux).

(4) Segond. *Traité de chirurgie* (Duplay-Reclus), t. VII, p. 346.

(5) Pierre Delbet. Syphilis du foie. Laparotomie exploratrice. Guérison. *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1892, p. 681.

(6) W. Ahlenstiel. Die Lebergeschwülste u. ihre Behandlung, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd LII, Hft 4, p. 905.

(7) G. K. Lennander. Rapport öfver operationer, etc., loc. cit., 1894-1895.

(8) J. Wallace. *Brit. med. Journ.*, 10 juillet 1897.

(9) In L. Longuet. *Traitement de l'angiocholécystite non calculeuse.* Th. de Paris, 1895-1896, no 151, Obs. II, p. 207.

Quant aux autres observations : Folet (1) [hépatite syphilitique, 2; cirrhose atrophique, 1], Quénu (2) [cirrhoses hypertrophiques, 2], Dayot (3) [cirrhose hypertrophique], le résultat fut médiocre ou nul. Une des observations de Folet ne peut certainement pas passer pour un succès : l'ascite guérit bien, mais ce fut six mois après l'opération et nombre de ponctions.

Pour finir nous signalerons un cas où la laparotomie eut probablement une action tout aussi négative : il s'agissait d'une *fistule* d'origine syphilitique, mettant en communication *la vessie et l'S iliaque*. Au bout de quatre mois la fistule se fermait [Mac-Graw (4)].

Remarques. — Voici donc environ soixante-dix observations, dans lesquelles la laparotomie a eu une action le plus souvent heureuse ou curative. Mais, afin de pouvoir juger plus tard son action et son emploi, deux questions préjudicielles sont à résoudre :

1° *Ne s'agit-il pas de péritonites tuberculeuses plus ou moins localisées?* Cette idée appartient surtout à Alban Dorran, qui la mit en avant à propos des cas de Treves, Bland Sutton, Greig Smith.

Qu'il y en ait un certain nombre, parmi tous ces faits, la chose est fort possible : nous avons fait des réserves pour plusieurs au cours de cet exposé. Mais, il paraît évident, que toutes ces péritonites, périgastrites, périhépatites, ayant souvent des causes bien déterminées, ne pourraient être mises au compte de la tuberculose, sans donner une entorse sérieuse aux principes les mieux établis de l'anatomie pathologique.

2° *L'expectation ou le traitement médical n'obtiendraient-ils pas le même résultat?* Nous n'avons garde de mettre en doute la valeur du traitement médical. H. Henrot [de Reims (5)] a ainsi obtenu de très beaux succès dans deux cas, où il avait posé le diagnostic, toujours épineux, de périgastrites. Bouilly (6), Brossard (7), Ewald (8) ont rapporté plus récemment des succès analogues.

Mais, les moyens médicaux agissent-ils toujours et agissent-ils vite? Non, certainement. Deux malades de Richelot étaient traitées, l'une depuis deux ans, l'autre depuis quatre ans, celle de Villar, depuis deux ans, etc. D'autres (Richelot, Raymond, Brault, Bazy, Riedel, etc.) étaient dans une situation si compromise que la laparotomie devenait la seule chance de salut. Or, les améliorations immédiates et les guérisons rapides, qui en furent la conséquence, ne permettent guère de douter de l'impuissance ou de l'action trop lente du traitement médical.

Résultats. — 1° *Léthalité.* — Nous ne pouvons citer qu'un cas de mort, survenu à une date assez rapprochée de l'opération. Il concerne une femme épuisée, grâce à une sténose pylorique fibreuse de vieille date (Riedel).

Nous triompherons modestement sur cette faible léthalité : d'abord, parce que notre travail n'a pas la valeur d'une statistique intégrale, et ensuite, parce qu'il serait vraiment malheureux de voir une simple laparotomie être fatale, sous le règne de l'antisepsie, et en l'absence de toute diathèse.

2° *Résultats éloignés.* — Il faut les étudier par groupes.

Nous avons vu qu'un certain nombre d'affections, jusqu'ici purement médicales (hépatites surtout), ont encouru la laparotomie. Les cas sont peu nombreux; mais, en ce qui concerne les hépatites, ils n'autorisent guère à aller de l'avant — pas même le beau succès de Thiéry. Les hépatites spécifiques sont justiciables du traitement médical et les cirrhoses avec ascite peuvent céder, on le sait, à des ponctions répétées et à une hygiène appropriée.

Qu'a donc fait la laparotomie (Quénu, J. Wallace)? Elle a remplacé l'aspirateur, ne faisant pas mieux et risquant, comme nous le verrons, de faire plus mal.

La splénomégalie, nous l'avons dit, semble avoir réellement bénéficié de ces interventions blanches.

De même toute une série de néoplasmes, probablement inflammatoires : adénites, pancréatites, cellulites rétro-péritonéales [Treves (1)]. Les cures sont généralement rapides et durables.

Dans le dernier groupe, le plus important, celui des péritonites chroniques, plus ou moins diffuses ou circonscrites, nous voyons, à côté de succès éclatants, des cas plus douteux et même des échecs. Ces derniers, il est vrai, sont en petit nombre.

Mais, le plus instructif est de comparer le résultat avec la façon, dont a été exécutée la laparotomie elle-même.

Une chose frappe certainement les yeux : plus la péritonite a paru au-dessus des ressources chirurgicales, plus l'opérateur s'est abstenu, plus léger a été le traumatisme et plus parfait a été le résultat immédiat et éloigné.

Par contre les récidives, les résultats imparfaits s'observent surtout avec les périgastrites et les péricholécystites. Les nécessités d'une exploration attentive des organes conduisent le chirurgien à dilacérer, couper, réséquer largement les masses fibreuses qui le gênent. Beaucoup de semblables observations annoncent la guérison : remarquons cependant que les faits sont récents.

Ces échecs, il semble qu'on les obtienne surtout avec des procédés chirurgicaux plus parfaits, avec une technique en apparence moins impeccable. Du côté de l'appendice, c'est un fait bien connu, quoique les cas publiés soient rares, que les résections de cet organe laissent souvent après elle des crises fort douloureuses. De même après les salpingectomies et, d'une manière générale, après toutes les opérations occasionnant plaies, adhérences et cicatrices péritonéales. C'est ce qui inspire de nos jours les modifications apportées au traitement des pédicules intra-abdominaux.

C'est donc, pensons-nous, s'exposer grandement à la récidive que de fouiller trop scrupuleusement, de libérer ou de sectionner trop attentivement des adhérences. Un important mémoire de Riedel [d'Iéna (2)] est à ce sujet très instructif : il contient vingt et une observations de péritonites chroniques traitées avec toute la minutie de la chirurgie allemande : les intestins sont déployés, les brides coupées, le mésentère déplissé, les vésicules biliaires sculptées, etc.

(1) In Deffaux. Loc. cit., p. 132, 134 et 136.
(2) In L. Longuet. Loc. cit., p. 215 et 216.
(3) P. Gratien. Loc. cit., p. 48.
(4) T. A. Mac-Graw. Some observations relative to the surgery of the large intestin, *Transact. of the Amer. surg. Assoc.*, t. XIV, Philadelphie 1896.
(5) H. Henrot. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., 1887.
(6) Bouilly. Soc. de chir., 23 mai 1894.
(7) Brossard. *Poitou méd.*, juin 1894.
(8) Ewald. Soc. de méd. int. de Berlin, 19 nov. 1894.

(1) Treves. *The Lancet*, 5 mars 1898, p. 644.
(2) Riedel. Ueber Adhæsivendtzündungen in der Bauchhöhle, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1894, t. XLVII, Hft 3, p. 153.

Sur ces vingt et un cas, il n'y a vraiment que neuf bons résultats éloignés : les autres gardent des douleurs, des tumeurs ; ou bien, ils sont obligés de vivre de régime, de se faire masser ; ou enfin, ils ont de franches récidives. Parmi ces dernières se trouve la malade de l'observation XVI (1), dont l'histoire vient confirmer les avantages de la laparotomie purement EXPLORATRICE sur celle qu'on pourrait appeler LIBÉRATRICE. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, qui a eu divers incidents ou accidents du côté de l'appareil génital et de l'intestin, ayant eu pour conséquence une sorte de péritonite chronique à foyers multiples. A l'opération, on trouve le mésentère de l'S iliaque fortement pelotonné, formant une masse cicatricielle atteignant le ligament large. Le côlon transverse, grâce à d'autres adhérences, était coudé et tordu sur son axe d'environ 180 degrés. Mêmes altérations sur le côlon ascendant. Riedel se mit en devoir de tout remettre en ordre et en place. Suites opératoires normales ; mais quatre semaines après, tout le syndrome antérieur à l'opération rentrait en scène : douleurs, constipation, tympanisme, coliques, etc. A la demande de la malade, et avec l'intention de faire une entéro-anastomose, Riedel rouvre le ventre : ce qu'il vit « l'affligea profondément » : il retrouvait non seulement toutes les adhérences déjà et si laborieusement détruites, mais l'intestin, libre jusqu'ici, s'était agglutiné en masse ! Il dut renoncer à son entéro-anastomose, referma le ventre et déclara la malade perdue. Les suites opératoires furent assez sérieuses, puis tout s'amenda progressivement : le vingt-deuxième jour, la malade se levait, allait spontanément à la selle et se trouvait huit jours après en état de partir. Depuis, elle va de mieux en mieux et s'il ne tenait qu'à elle, toutes les « abdominales » se feraient ouvrir le ventre !

II

**B. Processus néoplasiques.** — 1° NÉOPLASMES GÉNITO-PELVIENS. — Ici, les troubles fonctionnels interviennent moins dans la détermination du chirurgien que l'espoir d'enlever le mal d'une manière radicale ; et c'est devant les impossibilités matérielles qu'on s'arrête. Dans un cas de ce genre, et pour une *tumeur utérine* allant jusqu'à l'ombilic, diagnostiquée *sarcome*, Duncan (2) put constater, un an après la laparotomie, sa disparition complète. Les observations de von Mosetig-Moorhof (3), Villar (4), Reboul (5) sont presque aussi belles : dans le premier cas, il s'agissait d'un myome utérin, et dans les suivants, au dire des auteurs, d'une tumeur maligne ou sarcome du bassin. Dans l'intervalle de quelques mois à un an, la première se réduisit au volume du poing ; la seconde, à un petit noyau, perceptible seulement au palper bimanuel ; et celle de Reboul avait diminué des deux tiers et s'était mobilisée en moins d'un an. Quand une tumeur diminue de moitié en quinze jours, comme dans le cas de von Mosetig-Moorhof, il ne semble guère permis de ne voir là qu'une coïncidence.

Deux autres observations [Reclus (6), Mendé (7)], méritent jusqu'à un certain point de prendre place ici, bien qu'il y ait eu extirpation d'un petit myome pédiculé péritonéal dans l'une, et drainage de l'abdomen, à l'aide d'un tube de verre, dans l'autre. Guérison dans les deux cas : complète dans celui de Reclus, partielle dans celui de Mendé ; mais, s'il est vrai qu'il s'agissait, d'après Mendé, de tumeurs papillaires de l'ovaire, on n'en demandera pas plus. A noter aussi, dans cette dernière observation, la *double* laparotomie : la première ayant été suivie d'un rapide retour de l'ascite.

(1) RIEDEL. *Ibid.*, p. 193.
(2) DUNCAN. *Trans. of the Obst. Soc.*, 1893.
(3) VON MOSETIG MOORHOF. *Wien. med. Presse*, oct. 1888, n° 44.
(4) F. VILLAR. *Arch. prov. de chir.*, loc. cit. Obs. I, p. 460.
(5) In ANDRÉ. Loc. cit., Obs. XLV, p. 38.
(6) RECLUS. Soc. de chir., 29 juillet 1891.
(7) MENDÉ. *Trans. of the New-York obst. Soc.*, 1891, in Lascoutx, loc. cit., p. 37.

Par contre, la liste des cas où la laparotomie n'a eu qu'une action négative est longue. Citons trois observations de Gusserow (1) [cancers ovariens ou péri-ovariens], une de Monod (2) [kyste végétant de l'ovaire], trois de Spencer Wells (3) et Thornton (4) [tumeurs malignes, ovaire ou utérus], deux de Folet (5) [sarcome du bassin, cancer abdomino-pelvien], trois de Langenmeister (6) [sarcomes de l'ovaire]. Il y a bien eu quelquefois une légère amélioration de l'état général, voire même assez durable (Folet), mais l'état local reste le même et les malades finissent par succomber, dans les délais, en apparence normaux, des tumeurs malignes.

Au titre obituaire, en y comprenant tous les décès du premier mois, on peut citer deux cas de Terrillon (7) [kyste gélatineux de l'ovaire, cancer des ganglions mésentériques], un cas d'Ott (8), deux de Gusserow et deux de Bouilly (9), un premier de Lovrich (10) [tumeurs malignes des ovaires], et un second du même auteur (cancer gélatineux du rectum avec invasion des ovaires et métastases nombreuses).

2° NÉOPLASMES DE L'INTESTIN. — Ici nous n'avons guère à enregistrer que des résultats indifférents ou mauvais. Une heureuse exception est à faire pour le cas de Snow (11) ; on trouve à l'opération une infiltration cancéreuse étendue de l'S iliaque, qui enlève toute idée d'intervention radicale. Dans la suite, la malade put revenir à une alimentation solide ; son poids augmenta, sa santé devint florissante et elle se sentit très bien pendant trois mois. Au bout de ce temps, le cancer reprit sa marche et amena la mort.

A peine est-il besoin de faire remarquer que les résultats sont mauvais dans les cas opérés en pleine occlusion intestinale et où l'obstacle trop profond n'a pu être levé [Thiéry, Ricard (12)]. Dans la plupart des autres cas, la laparotomie

(1) GUSSEROW. *Arch. f. Gyn.*, 1892, Bd XLII, Hft 3.
(2) MONOD. Soc. de chir., 25 mai 1892. — Nous citons ce cas pour mémoire et à titre de curiosité : trois laparotomies rapprochées chez la même malade.
(3) WELLS. *Tumeurs de l'ovaire*, trad. Rodet, 1883, p. 110.
(4) THORNTON. *Med.-chir. Trans.*, 1867, p. 549.
(5) In DÉFAUX. Loc. cit., p. 126 et 128.
(6) LANGENMEISTER. Ueber Sarkom des Ovariums, *Beitr. z. klin. Chir.* XVI, 2, 1896.
(7) In CARILIAN. Loc. cit., p. 27, pour le premier, et Soc. de chir., 6 janv. 1886, pour le second.
(8) Malade épuisée et tellement cachectique qu'on l'opère à la cocaïne. (RATCHINSKY. Soc. obst. et gyn. de Saint-Pétersbourg, in *Gaz. des hôpit.*, 1895, n° 58, p. 575.)
(9) G. BOUILLY. Le pronostic des kystes végétants de l'ovaire, *Cong. de chir.*, 23 oct. 1897, p. 894. — L'auteur cite aussi deux cas de guérisons opératoires, mais sans parler du résultat éloigné.
(10) LOVRICH. Sect. gyn. de la Soc. roy. de méd. hongr. de Budapesth, 18 janv. 1898, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, n° 23, p. 626.
(11) SNOW. Brit. gyn. Assoc., 13 mai 1897, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 52, p. 1527.
(12) THIÉRY, RICARD. Deux cas de laparotomie exploratrice, etc., *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1891, p. 508.

semble s'être bornée à ne pas faire de mal; dans les cas de Dayot (1), Tillmann (2), Reboul (3), la survie (4) est respectivement d'un an, deux ans et demi, quinze mois (vit encore). Dans un cas, observé par nous dans le service de notre maître, M. le professeur Decès (de Reims), cancer du cæcum, la mort survint treize mois après la laparotomie, seize mois après le début apparent de l'affection. Deux petits incidents marquèrent l'évolution de la maladie : ce furent une petite fistule stercorale et une poussée péritonitique, mais c'était huit mois déjà après l'opération; on ne peut donc l'en rendre responsable. C'est d'ailleurs un accident encore assez commun dans le cancer du gros intestin [Gangolphe (5)].

Par contre, dans les deux cas d'Adam (6), la mort arriva le surlendemain dans l'un d'eux, trois semaines plus tard dans l'autre; mais l'état général de ces malades était rien moins que florissant. Mort rapide également, chez un jeune homme de vingt-trois ans, atteint de sarcome du duodénum, avec métastase hépatique [Tiling (7)].

3° Néoplasmes du foie. — Citons d'abord trois succès complets [deux de Michaux (8), un de Tillmann (9)], et un presque complet (Lawson Tait). Dans les trois premiers, on crut à du cancer; dans le quatrième, L. Tait avoue qu'il ignore complètement ce que pouvait être cette tumeur solide, non kystique, à pédicule hépatique, mais plongeant jusque dans le petit bassin : trois ou quatre ans après l'opération, elle n'était pas plus grosse que le poing. De son côté, Michaux a rencontré des nodules multiples, qu'il prit pour du cancer (10). Enfin, chez la malade de Tillmann, âgée seulement de trente-huit ans, une tumeur dure, bosselée, à limites postérieures diffuses, tenait lieu de vésicule.

Était-ce bien du cancer et même des néoplasmes? Les auteurs eux-mêmes sont perplexes, et nous nous bornons à en prendre acte pour l'instant.

Dans un cas plus authentique, F. Villar (11) n'a certainement pas obtenu la guérison, mais une amélioration telle que la malade, d'infirme qu'elle était, put reprendre la vie commune. Il y avait une ascite abondante, qui disparut presque entièrement à la suite de l'opération : mort huit à neuf mois plus tard et due à une broncho-pneumonie.

Mais ici s'arrête la série des interventions heureuses contre les néoplasmes du foie : une observation de Jaboulay trouvera mieux sa place parmi ceux de l'estomac.

Nous n'avons plus guère qu'à signaler des résultats indifférents [Terrier (1), A. Heddæus (2), Hasler (3)], ou mortels [Terrillon (4), au douzième jour, Burkart (5), au onzième jour], ou des aggravations [Czerny (6)].

4° Néoplasmes de l'estomac. — Le cancer de l'estomac est assez typique au point de vue clinique ou anatomique. C'est peut-être la raison pour laquelle nous ne trouvons pas de ces succès étonnants dont nous avons cité déjà pas mal d'exemples. Treves (7) a vu pourtant une amélioration telle, après la laparotomie, qu'on se prit à douter de l'exactitude du diagnostic. Récemment, il en apportait un second exemple : le malade réduit à la condition la plus misérable put reprendre son travail. L'évolution du mal finit cependant par l'emporter (8). Un malade de Richelot (9) devait à un cancer de l'estomac un spasme œsophagien tel, qu'on put croire à un cancer du cardia : la laparotomie affermit le véritable diagnostic et eut l'inestimable avantage de faire cesser les spasmes. Cette dernière action apparaît bien vive dans le cas de Jaboulay (10) : un cocher, atteint de néoplasme hépatique, offrait en même temps un petit noyau secondaire pylorique, et, surtout, des adhérences hépatico-duodéno-pyloriques. Elles enlevèrent toute idée d'intervention radicale. Mais, l'opéré, qui ne faisait jusque-là que vomir, avalait le soir même du lait et le lendemain un « beefsteak » ! Il alla de ce pas pendant six mois; mais, il revint alors à l'Hôtel-Dieu, où il succombait deux mois plus tard, en pleine généralisation. Le cas de Dayot (11) mérite encore d'être signalé : la douleur et les vomissements disparurent, mais la tumeur devint fixe, de mobile qu'elle était. Disparition des vomissements, encore, dans un cas de Quénu (12), et deux autres de Czerny et Rindfleisch.

Voici maintenant les cas négatifs : Czerny, cinq cas; Boas (13) cinq cas, Demons (14) deux cas, Folet (15) un cas, Porges (16) trois cas, Ekehorn (17) 1 cas. Krönlein (18), a dressé au point de vue qui nous occupe une statistique de grande valeur : prenant, pour point de départ de son

(1) In Th. Gratien, p. 47.
(2) Tillmann. Loc. cit.
(3) In Th. André, Obs. XVII, p. 24.
(4) Les auteurs français admettent un an à deux en moyenne. Certains auteurs allemands récents, Eichhorst, F. König, prétendent à une durée beaucoup plus longue : cinq ans.
(5) Gangolphe. Des phlegmons abdominaux consécutifs aux tumeurs cancéreuses de l'intestin, *Lyon méd.*, 30 oct. 1897, nº 10, p. 129, t. LXXXVI.
(6) Adam. *Tribune méd.*, 5 juin 1895, nº 23, p. 451.
(7) In G.-A. Schapiro. Deux cas de sarcomes viscéraux à siège et symptômes peu communs (en russe), *Vratsch*, 1897, nºs 42-43.
(8) Michaux. Soc. de chir., 16 mai 1894.
(9) Tillmann. Loc. cit.
(10) Lawson Tait rencontra des granulations fort semblables sur le péritoine, dans un cas où la simple laparotomie suffit à guérir le malade.
(11) F. Villar. Loc. cit., Obs. V, p. 465.

(1) Terrier. Soc. de chir., 30 nov. 1892.
(2) A. Heddæus. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1892, Bd XII, Hft 2.
(3) Hasler. *Lyon méd.*, 1896, t. LXXXI, nºs 1 et 8, p. 5 et 254. — Les suites éloignées manquent, mais le résultat immédiat fut nul.
(4) Terrillon. Soc. de chir., 31 déc. 1889.
(5) Burkart. Gesellsch. f. Geburtsh. zu Köln, 29 avril 1897, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1898, nº 17, p. 448.
(6) Czerny et Rindfleisch. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1892, t. IX, p. 712 (Obs. XI des laparotomies exploratrices).
(7) Treves. *Brit. Med. Journ.*, 7 fév. 1889.
(8) Treves. *The Lancet*, 5 mars 1898, p. 643.
(9) Richelot. Soc. de chir., 23 mai 1894.
(10) Jaboulay. In Th. Lascoutx, Obs. XV, p. 29.
(11) Dayot. In Th. Gratien, p. 41.
(12) Quénu. Soc. méd. des hôpit., mai 1895.
(13) Boas. Soc. de méd. int. de Berlin, 3 déc. 1894, et *Semaine méd.*, p. 562.
(14) Demons. In Th. Belly, p. 65 et 68. — Dans ce dernier cas, les suites éloignées font défaut.
(15) Folet. In Th. Defaux, p. 120. — L'auteur pense que la laparotomie a accéléré la marche du néoplasme. Le malade ayant succombé, en somme, dix mois après le début apparent du mal, ce scrupule est peut-être exagéré.
(16) Porges. Chirurgisch-Kasuistische Mitteilungen aus der Praxis in dem Spital, *Wien. klin. Wochens.*, 1897, nº 13.
(17) G. Ekehorn. Ytterligare nogra of magkræfta, med særskildt af seende pa myölsyre reaktion, *Upsala läkar. færhandl.*, 1896-1897, Bd II, p. 337.
(18) Krönlein. Chirurgische Erfahrungen über das Magencarcinom, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1895-1896, Bd. XV, Heft 2.

calcul, le jour du premier examen des malades à sa clinique, et les classant à ce moment en trois groupes : opérables, inopérables et opérations exploratrices (nous laissons de côté les opérations radicales), a trouvé les chiffres suivants :

6 opérables (qui ne se firent pas opérer) 209 jours de survie.
20 inopérables . . . . . . . . . . . . . . 77 —
22 opérations exploratrices . . . . . . . 139 —

*Tout compte fait*, les opérations exploratrices semblent donc abréger l'existence. Mais il faudra revenir un peu sur ce calcul, qui, pris à la lettre, paralyserait injustement le chirurgien.

Du côté des morts rapides, signalons donc les cas de Verneuil (1), Dayot (2) où la mort suit dans les vingt-quatre heures, de Zweifel (3), dans les onze jours; trois de Czerny (huit à quinze jours) et deux de Krönlein (trois et seize jours). *(A suivre.)*

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 décembre 1898. — Présidence de M. Berger.

### DISCUSSION

**Des abcès cérébelleux.** — M. Picqué, à propos du procès-verbal, répond à M. Broca. Laissant de côté les questions de priorité soulevées par M. Broca, il ne l'argumentera que sur quelques points, en particulier sur la distinction importante qu'il n'a d'ailleurs pas faite entre le temporal de l'enfant, et celui de l'adulte.

On ne saurait, en effet, conclure de l'un à l'autre, puisque, chez l'un, la mastoïde n'existe pour ainsi dire pas, et que le rocher présente lui-même un aspect différent. Le temporal, envisagé à deux périodes très différentes de son évolution, fournit en réalité deux os tout à fait dissemblables et nullement comparables au point de vue des lésions dont ils sont le siège, et des manœuvres opératoires que l'on peut avoir à y pratiquer.

M. Picqué arrive ensuite au point capital de l'argumentation de M. Broca. Ainsi qu'il l'a dit dans sa première communication, les voies d'accès dans la loge cérébelleuse ont été l'objet de travaux importants qui démontrent le peu d'accord qui existe sur ce point entre des chirurgiens éminents de l'étranger, et les opérateurs discutent encore sur le meilleur chemin à suivre pour arriver sur les collections si différentes de siège de la loge cérébelleuse.

M. Picqué, lui-même, pénétré de ces difficultés, avait proposé un procédé, résultat de longues recherches expérimentales et qui n'est que l'application à la loge cérébelleuse du principe des larges craniectomies appliquées depuis quelques années avec tant de succès à la face latérale du crâne. Qu'il me suffise de rappeler, ajoute M. Picqué, qu'il permet, comme le demande M. Broca, d'arriver droit au sinus et d'y arriver sans accident.

On a donc été de la sorte amené à poser la question entre les voies larges et les voies étroites. Doit-on continuer à recourir aux voies étroites qui ont donné tant de mécomptes? Doit-on adopter pour la loge cérébelleuse le principe des larges voies? Tel est le problème que M. Picqué a posé.

(1) Verneuil. In Th. de Carilian, p. 55, et Debove, *Union méd.*, 23 oct. 1883.
(2) Dayot. In Th. Gratien, p. 44.
(3) Zweifel. *Berlin. klin. Wochens.*, 1881, p. 329.

M. Broca l'envisage d'une façon très simple. Il fait table rase de tous les procédés employés par les auteurs.

Il va jusqu'à dire que le procédé de Mignon, si spécial cependant pour qui veut lire cet auteur, consulter ses dessins et voir un temporal d'adulte, ne saurait constituer un procédé à part.

Quant au nôtre, il ne s'agit que d'un procédé cadavérique. Il n'admet en résumé que l'opération de Wheeler, c'est-à-dire l'opération étroite reconnue dangereuse par tant d'auteurs distingués.

C'est là l'opinion de M. Broca.

M. Broca n'a pas appuyé cette opinion sur des preuves cliniques et M. Picqué avait pour la craniotomie postérieure apporté des preuves d'ordre expérimental, il ne pouvait faire davantage. Quant à M. Broca, il peut faire plus et il doit non pas nous citer Mac Ewen, mais il doit apporter sa statistique personnelle s'il veut entraîner la conviction de ses collègues. Il doit démontrer qu'après l'opération de Wheeler faite dans le but d'ouvrir une collection cérébelleuse, on est exposé à ne voir succomber que les malades qui échappent par la diffusion extrême du pus à toute tentative opératoire, qu'aucune mort post-opératoire n'est due, autopsie à l'appui, à une collection méconnue de la loge cérébelleuse, enfin, que par la voie étroite de Wheeler, il n'a jamais ouvert le sinus latéral.

Pour sa part, M. Picqué se déclarerait alors convaincu de la supériorité de l'opération qu'il a préconisée après Wheeler. Jusqu'alors il maintiendra ses réserves et continuera à penser que la meilleure voie n'est pas encore trouvée et que la question est justiciable de nouvelles recherches.

M. Reynier insiste, avec M. Picqué, sur les différences qui, dans l'espèce, existent entre l'enfant et l'adulte. Il rappelle, en outre, que M. Poirier a parfaitement indiqué les points de repère qu'il fallait avoir présents à l'esprit et que c'est, en particulier, la partie postérieure de l'apophyse mastoïde qu'il faut attaquer pour aller à la recherche d'un abcès cérébelleux.

M. Broca maintient ses premières assertions. Pour lui, il n'est qu'un point de repère important pour la recherche d'un abcès cérébelleux, c'est le sinus latéral. Il ajoute, pour répondre à M. Picqué, qu'il ne l'a jamais ouvert.

### RAPPORT

**Fistule congénitale du cou.** — M. Jalaguier fait un rapport sur une observation adressée par M. Delagénière (de Tours). Il s'agit, dans cette observation, d'une fistule congénitale du cou, chez un garçon qui présenta d'abord une tumeur de la grosseur d'une noix. M. Delagénière pratiqua l'opération en décembre 1897; il fit une incision parallèle au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, fit une dissection difficile et qui le conduisit sur un pédicule attenant à l'os hyoïde. Il s'agissait d'un kyste congénital avec fistule secondaire.

### COMMUNICATION

**Filariose.** — M. Le Dentu appelle l'attention sur plusieurs cas de filariose, qu'il a eu l'occasion d'observer et d'opérer. Dans un premier cas, il s'agit d'un homme venant de la Guadeloupe et qui avait une hydrocèle laiteuse. Il existait dans le sang des filaires bien vivaces. Cet homme, opéré depuis quatre ans, est resté depuis parfaitement guéri. Un second cas a trait à un jeune homme de seize ans, né dans les environs de Paris, n'ayant jamais voyagé. Il avait un grand nombre de varices lymphatiques. Ce jeune homme fut opéré et a très bien guéri. Enfin, M. Le Dentu a opéré, au mois de novembre, un jeune homme qui habite la Cochinchine, et qui portait un lymphangiome pédiculé du canal inguinal. Ce sont des lymphangiomes qui descendent

du ventre, comme des hernies intestinales. Au reste, le diagnostic porté, dans ce cas, avait été celui de hernie épiploïque. On sait, en effet, que dans ces cas le diagnostic devient impossible. Peut-être, cependant, dans le lymphangiome la réduction se fait-elle plus en masse. Quoi qu'il en soit, le diagnostic est certainement très difficile. Il s'agissait, dans ce cas, d'un lymphangiome pédiculé. M. Le Dentu en a vu un autre cas semblable, qui avait été opéré du côté droit par M. Robert, et qu'il vient d'opérer du côté gauche. Il y a deux jours, ce dernier avait encore des filaires dans le sang.

Enfin, M. Le Dentu cite le cas d'un jeune homme de dix-huit ans, venant de la Réunion, et qui présentait un type de lymphoscrotum. La tumeur occupait toute la région de l'aine; il y eut une lymphorragie abondante; l'opération fut complexe. Il fit une large résection du scrotum. M. Le Dentu fait connaître la technique opératoire à laquelle il a recours. Il estime qu'il y a tout avantage, dans ces cas, à faire la résection totale des varices lymphatiques.

M. TILLAUX a observé, il y a quatre ans, une filariose du scrotum chez un jeune homme de vingt ans. Il croyait avoir affaire à une énorme hernie épiploïque. Ce jeune homme venait de Tahiti. M. Audin qui le vit avec M. Tillaux, et qui avait observé un grand nombre de ces faits à Tahiti, éclaira M. Tillaux et lui dit que c'étaient des varices lymphatiques qui occupaient le scrotum. En effet, on fit une ponction, on examina le liquide et on trouva une masse de filaires. Sur le conseil de M. Audin, M. Tillaux pratiqua l'opération; il n'enleva rien, il se contenta, comme on le fait à Tahiti, d'exciser une grande portion de la peau du scrotum, de refermer le scrotum et de réduire la masse dans le ventre. Ce jeune homme est resté parfaitement guéri.

M. ROBERT a vu, ces jours derniers, un jeune homme venant de la Réunion, qui était atteint d'un énorme scrotum. Celui-ci a déjà beaucoup diminué pendant la traversée.

M. RECLUS a vu, il y a quatre mois, un médecin de la Havane qui est venu le prier de lui enlever le scrotum. L'opération fut faite et le résultat fut parfait.

M. LE DENTU a vu un jeune homme de la Guadeloupe qui avait subi l'opération incomplète. Il avait encore des crises très douloureuses dans le ventre. Aussi M. Le Dentu croit-il qu'il vaut mieux ouvrir largement et tout enlever, ce qui n'est nullement dangereux et ce qui assure une guérison beaucoup plus certaine.

## PRÉSENTATIONS

**Eléphantiasis du scrotum.** — M. MONOD présente un énorme éléphantiasis du scrotum qu'il a enlevé le matin même. Il entre dans quelques détails sur certaines particularités de cet éléphantiasis et sur l'oschéotomie qu'il a nécessitée.

**Coxa vara.** — M. NIMIER présente un jeune soldat qu'il croit atteint de cette affection de la hanche à laquelle on a donné le nom de coxa vara.

M. KIRMISSON ne croit pas que ce malade soit un exemple de coxa vara. Il pense qu'il s'agit, dans ce cas, de rhumatisme.

**Guérison d'un anus artificiel.** — M. LEJARS présente une fillette de treize ans qui est née avec une imperforation de l'anus. M. Péan pratiqua l'anus artificiel deux jours après la naissance. Après plusieurs tentatives infructueuses faites par divers chirurgiens pour guérir cet anus artificiel, M. Lejars, à son tour, fit une opération réparatrice, mais sa suture se rompit après quatorze jours. Il ouvrit alors largement le ventre, et vit que le petit orifice constitué par l'anus artificiel correspondait à une vaste poche allant jusqu'à l'S iliaque. Il put remettre les choses en état et fermer définitivement cet anus artificiel qui avait été pratiqué deux jours après la naissance.

**Opération de Syme.** — M. POTHERAT présente un malade qui était atteint d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du pied, et auquel il a pratiqué une amputation du Syme. Ce malade marche bien.

**Appareils immobilisateurs.** — M. MÉNARD (de Berck) présente plusieurs appareils immobilisateurs constitués par du feutre durci. C'est tout simplement du feutre du commerce que M. Ménard fait durcir par un procédé très simple.

La séance est levée.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat* (Séance du 22 décembre). — « Artères de la base de l'encéphale. — Symptômes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale. »

MM. Aguinet 24 + 15 = 39. — Civatte 23 + 16 = 39. — Guibal 23 + 16 = 39. — Nicaise 24 + 12 = 36. — Fr. Daimville 21 + 13 = 34. — Le Roy des Barres 19 + 15 = 34. — Mahar 19 + 14 = 33. — Aubertin 19 + 10 = 29.

— Par décret, en date du 21 décembre 1898, a été promu dans le corps de santé de la marine :

*Au grade de médecin de première classe.* — M. le docteur Cairon, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. le docteur Caire, décédé.

— Par décret, en date du 21 décembre 1898, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

*Au grade de médecin de deuxième classe.* — M. Gargam, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Par décision ministérielle, en date du 20 décembre 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

*A l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe.* — MM. les docteurs Guibaud, affecté à Toulon; Lebeaupin, affecté à Brest; Thébaud et Audiau, affectés au corps de santé des colonies.

— *Hôpitaux de Caen.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Germain et Postina; — interne provisoire : M. Durand.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Grimal, chef des travaux de physique et de chimie est prorogé dans ses fonctions.

— *École de médecine de Caen.* — Les concours de fin d'année ont donné les résultats suivants :

*Médecine.* — Première année, mentions honorables : MM. Delarue et Pichereau. — Deuxième année, premier prix : M. Lesauvage; mention honorable : M. Germain. — Troisième année, deuxième prix : M. Bucaille; prix Lesauvage : M. Lesauvage.

— M. le docteur Bodin est élu membre titulaire de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alessandri (de Pietraserena); Berthiot (d'Héricy); Bimsenstein (de Paris); Bonnan (de Marseille); Lebouc (de Douvres).

— *Clinique Baudelocque.* — M. Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, et M. Funck-Brentano, chef de clinique, commenceront le mardi 10 janvier 1899, à cinq heures, un cours pratique d'accouchement, avec manœuvres opératoires. Ce cours sera complet en six semaines, et aura lieu tous les jours à la même heure, à la clinique Baudelocque. — Le prix du cours est de 50 francs. — Seront admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits. — Les bulletins de versement

relatifs à la carte d'immatriculation et au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Cancer de l'utérus, par le docteur AUVARD, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis. Une brochure in-8° de 112 pages avec 42 figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.



Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.





N° 148. — MARDI 27 DÉCEMBRE 1898. 71e ANNÉE. MARDI 27 DÉCEMBRE 1898. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

*La Lancette française*

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.



Paris, le 26 décembre 1898.

### SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

En quelques lignes, mon compte rendu tiendra aujourd'hui. La plus grande partie de la séance a été consacrée à la lecture, par M. Rendu, de son très remarquable rapport sur les travaux de l'année. Une place très restreinte a été réservée aux communications.

M. Danlos présente un malade atteint de **tabes fruste** et chez lequel on constate une arthropathie, type Charcot-Féré.

A cette présentation, M. Danlos joint l'observation d'un autre tabétique chez lequel existent également des arthropathies des pieds.

MM. L. Rénon et R. Follet rapportent une observation d'**hémispasme facial total, d'une extrême intermittence, chez une hystérique.** Les auteurs ont observé, chez une malade de cinquante-quatre ans, alcoolique et hystérique, un hémispasme facial total, dans la zone du facial supérieur et du facial inférieur, sans déviation de la langue, et avec contracture du sterno-mastoïdien.

Cet hémispasme facial est intermittent ; les crises de spasme surviennent sans raison, et elles sont si fréquentes qu'elles se produisent soixante-dix à quatre-vingts fois par jour. Cette intermittence n'a commencé qu'après les deux ou trois premiers mois de la contracture permanente à son début et qui date aujourd'hui de huit ans.

C'est là un fait rare dans la pathologie nerveuse, car les auteurs n'ont pu trouver que très peu de cas d'hémispasme sans participation de la langue, encore moins d'hémispasmes totaux et d'hémispasmes intermittents. La notion d'intermittence a été signalée par M. Gilles de La Tourette, dans un cas où la compression du globe de l'œil droit faisait cesser le spasme.

---

### ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

CONSÉCUTIVE A UNE GRANDE FATIGUE SUIVIE D'UNE CHUTE (1),

Par le docteur J. CAMESCASSE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

THÉRAPEUTIQUE. — De ce qui précède, il résulte que j'aurais dû, dès le 28 février, en présence des seuls troubles visuels, *purger* sérieusement ma malade, sans attendre les urines, qu'on ne m'a d'ailleurs remises qu'après l'accouchement. J'aurais même dû *saigner* tout simplement Mme M...

J'aurais, par l'une ou l'autre intervention préalable, permis l'action diurétique du régime lacté ; action qui a manqué complètement jusqu'après l'accouchement.

Mais, ce 28 février, il n'y avait aucun signe de début de travail. Et, dans ce pays, une femme enceinte qui se purge est censée vouloir se faire avorter ! Une femme enceinte qui se laisse saigner !?! Cela se faisait du temps de nos ancêtres (qui avaient raison parfois), mais aujourd'hui ça ne se fait plus ! C'est tout juste si j'ai pu pratiquer la saignée dans deux ou trois cas où les malheureuses parturientes étaient assez malades pour que le PUBLIC *jugeât que tout était permis*, qu'on ne devait plus songer qu'à la mère.

Je craignais l'éclampsie prochaine, je craignais l'accouchement prématuré, je craignais la mort de l'enfant, tous dangers invisibles pour tout autre qu'un médecin. Je craignais toutes ces choses et je n'étais nullement certain que mon intervention, si énergique fût-elle, réussirait à conjurer ces dangers.

En purgeant, en saignant, j'assumais toute la responsabilité de ce qui pourrait advenir.

Car l'apparence extérieure de ma malade ne justifiait, a priori, aucune intervention active : je la voyais, en effet, ce jour-là, seule en sa maison, occupée des soins de son commerce, allant, venant, la mine satisfaisante et au delà, l'intelligence lucide et active. Ce n'était pas une malade. Elle croyait, dans sa chute, s'être abîmé le dedans de l'œil : un nuage qui l'empêchait de voir seulement ce qu'elle regardait, et c'était tout. Ce nuage, s'il persistait, pouvait autoriser une demande d'indemnité à l'auteur de l'accident. On me demandait s'il persisterait, premier point ; second point, ma visite donnait date à tout constat ultérieurement utile.

C'est mon questionnaire qui me fit connaître l'œdème des membres inférieurs survenu brusquement la veille. Pas de

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 1349.

céphalalgie, pas d'épistaxis, pas d'hématurie, pas de pertes, pas de constipation, pas d'engourdissements localisés. Le pouls était tendu, mais ce signe est difficile à apprécier quand on a l'onglée.

Et je me suis abstenu ! Ce moyennant quoi, j'ai eu tort. J'ai eu tort parce que je savais, par une autre expérience, que le régime lacté n'agit pas d'emblée : il m'avait fallu purger une autre fois une autre malade avant de voir la polyurèse s'établir (*Journal des praticiens*, 1897). Mais, dans cette circonstance-là, j'avais eu plusieurs jours pour me retourner; probablement parce que l'accident initial de l'insuffisance hépatico-rénale avait été *curateur*, en même temps que dénonciateur. Dénonciateur singulièrement habile en sa dénonciation : épistaxis nocturne qui, ayant simulé une hémoptysie, avait assez ému ma cliente pour exiger impérieusement la venue et l'intervention du médecin.

La femme M... n'était malheureusement pas émue du tout, le 28 février. Elle aurait peut-être pris très mal mes propositions actives : j'ai d'ailleurs *hésité*.

J'ai hésité parce que sans doute je ne la voyais pas bien malade moi-même. C'est là la raison que je me suis avouée à moi-même, mais sais-je pour combien l'arrière-pensée pénale ambiante (*pénale et non civile*) a pesé dans ma détermination? Il est très difficile de mesurer la part du fait actuel et celle du fait d'hier en ces circonstances : le fait actuel, c'est ce que l'on connaît de ses réflexions; le fait d'hier, c'est presque de l'instinct; c'est une habitude intellectuelle : on pense comme ça, comme on marche, sans savoir comment. Les récents événements médico-judiciaires, pour si favorable (?) qu'ait été leur issue dernière, n'ont pas pu ne pas nous impressionner profondément. Tout médecins que nous sommes, nous restons modifiables par le milieu, à l'égal de n'importe qui, — et nous avons été modifiés de tant et si belle façon que nos malades en peuvent pâtir.

La preuve en est que, quand ceci sera imprimé, je me considérerai comme couvert à l'avenir en semblables circonstances; que je saigne, que je purge, et quoi qu'il en advienne !

C'est pourquoi je publie cette observation, avec ses commentaires. J'ai bien fait mon diagnostic; j'ai mal ordonné ma thérapeutique. J'ai eu raison d'attribuer le trouble visuel, si localisé qu'il fût, non au traumatisme, mais à la toxémie consécutive; j'ai eu tort de donner du lait, pour diluer les toxines, sans avoir au préalable soulagé les deux grands dépurateurs, foie et rein, laboratoire et égout, par un abaissement, si momentané qu'il fût, de la pression intra-vasculaire; par une désintoxication partielle, mais un peu brutale des tissus.

Responsabilité civile. — Les éléments de la responsabilité civile sont nombreux. Je supposerai donc ici, pour simplifier, que le conducteur de l'automobile a bien à répondre de l'emballement du cheval et de la chute finale : circonstances de fait qui ne relèvent pas de l'appréciation du médecin.

Je pars de cette donnée et je pose le problème ainsi :

1° La subordination pathogénique des accidents observés chez la dame M..., tant à la fatigue — lutte contre le cheval — qu'au choc final, courbature, est-elle assez évidente pour ouvrir une action en dommages-intérêts?

2° La grossesse concomitante, circonstance indispensable à la genèse des accidents, limite-t-elle la portée de cette action ?

J'ai essayé plus haut, en ce qui concerne la première question, d'éclaircir les dires. On pourrait me faire remarquer qu'il n'était pas besoin de tant d'explications pour conclure. L'observation empruntée à Freudenberg, même résumée telle qu'elle figure ici (et c'est pour cela que je l'ai rapportée), montre que la doctrine médicale admet, qu'entre la chute et l'accouchement anticipé, il y a relation de cause à effet. Les auteurs que j'ai pu consulter sont unanimes sur ce point : une chute, même bénigne, peut causer soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

Mais je ne pouvais me contenter d'appliquer cette doctrine. Entre la chute de la dame M... et l'accouchement, il y a eu l'éclampsie.

Au lieu d'une simple fausse couche, *précédée de maux de tête* (observation rapportée), j'ai observé une hémorragie rétinienne (localisée comme cela s'observe dans l'urémie), des convulsions, de l'obnubilation et, à la suite, un accouchement prématuré.

Les auteurs de l'accident pourront dire que, si une chute hâte la délivrance quelquefois, il est notoire que l'éclampsie donne presque toujours le même résultat.

Ç'a été, d'ailleurs, ma première impression.

J'ai pensé tout de suite à l'éclampsie, quand on m'a parlé de troubles visuels, mais, en même temps, j'écartais le traumatisme. Ce n'est qu'en regrettant mon inactivité thérapeutique que j'ai été amené à trouver bonne, au point de vue médico-légal, la conception pathogénique qui servait de base à ma critique thérapeutique.

C'est ainsi que j'ai été conduit, par les faits cliniques et par la nécessité de donner une opinion *en fait*, à étudier la genèse de l'éclampsie, voire même le *primum movens* de l'accouchement.

Mon opinion est, en résumé, que, dans le cas de la dame M..., il y a lieu, médicalement parlant, à responsabilité. Le fait de la localisation précise du seul symptôme dont il reste trace aujourd'hui, troubles visuels, fait qui eût été embarrassant, il y a quelques années, n'a plus rien d'anormal aujourd'hui. Les toxémies, grande urémie et éclampsie, donnent lieu souvent à des lésions aussi précisément localisées : monoplégies, aphasies, etc.

Reste maintenant la seconde question :

« La grossesse concomitante, *circonstance indispensable à la genèse des accidents observés*, limite-t-elle la portée de l'action en responsabilité ? »

C'est un cas particulier de la discussion ouverte, le 14 février dernier, à la Société de médecine légale par le docteur Floquet, discussion dont l'objet peut être défini ainsi : « Du départ à faire, dans les suites d'un accident, entre l'état morbide antécédent et l'accident lui-même. »

Il est bien certain ici que, si la dame M... n'avait pas été enceinte, rien ne serait arrivé de ce qui a été observé. La circonstance grossesse domine toute la cause, et ce fait est complètement étranger à la volonté des auteurs de l'accident.

Ce raisonnement me paraît d'une portée précaire : tout à fait à côté. Le principe de la responsabilité civile est de remettre les choses en l'état, et, si cela est impossible, de compenser le dommage causé. C'est ainsi qu'une compagnie de chemin de fer responsable paiera, par exemple, plus cher la mort d'un médecin que la mort d'un manœuvre.

Le fait « médecin » est pourtant absolument étranger aux actes de la Compagnie.

Le fait grossesse aussi. Ainsi donc, tant qu'une loi ne

défendra pas aux femmes grosses de monter en voiture, les auteurs de l'accident de voiture resteront responsables des suites de cet accident, quand bien même il serait établi qu'il n'y aurait pas eu de « suites » en l'absence de la grossesse.

## REVUE DE LA PRESSE

**Résection et suture de la trachée.** — Oscar Föderl, assistant de la clinique chirurgicale de Gussenbauer (de Vienne), rapporte le cas intéressant d'un enfant de cinq ans et demi, chez lequel il fut amené à pratiquer la résection de la trachée.

Cet enfant avait eu, le 17 juin 1896, la trachée coupée par un couteau ainsi que les muscles sterno-hyoïdiens, sterno-thyroïdiens, les artères thyroïdiennes supérieures, le muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche et le nerf récurrent du même côté. A cette époque, le docteur Lähne avait suturé le tout, y compris le nerf; la trachée, qui ne tenait plus que par un lambeau de muqueuse postérieure, avait été rattachée par quatre points de suture placés au niveau de la paroi postérieure; une canule avait été introduite dans la portion antérieure de la plaie restée béante. Tout alla bien jusqu'au 5 juillet, époque à laquelle on fut obligé de réintroduire la canule retirée quelques jours auparavant par suite de la difficulté qu'avait l'enfant à respirer. Vers le milieu de juillet, l'examen laryngoscopique permit de reconnaître la présence d'une énorme masse cicatricielle sous-laryngée, obstruant presque complètement la trachée.

Le 1er août 1896, on pratiqua à la clinique de Gussenbauer une nouvelle trachéotomie basse, dont le milieu était situé à 1 centimètre et demi environ au-dessous du cartilage cricoïde à peu près, le pourtour de la canule fut tamponné avec de la gaze pour éviter de mettre la tête en position déclive, tout en empêchant l'aspiration du sang.

L'incision fut menée de la fourchette sternale au cartilage thyroïde; la fistule trachéale, vestige de la première trachéotomie, libérée de la peau avoisinante et séparée supérieurement d'une masse cicatricielle occupant la place de la trachée. Cette masse, dans laquelle il ne fut pas possible de découvrir un orifice de communication bien net avec la cavité laryngienne sus-jacente, fut séparée de l'œsophage en arrière, du cricoïde supérieurement, sur une longueur de 3 centimètres environ.

Pour permettre l'adaptation des deux bouts de l'arbre aérien, Föderl fut contraint d'isoler non sans peine la trachée du tissu cicatriciel qui l'enserrait jusqu'au voisinage de la trachéotomie nouvelle. Cela fait, il passa une dizaine de catguts à travers les parois des deux portions du conduit qu'il noua solidement : les postérieurs du côté de la lumière de la trachée; les antérieurs sur sa face externe; pour plus de sûreté, il fit par-dessus des points de suture supplémentaires englobant le tissu cellulaire et passés à la manière des fils.

Les suites de l'opération furent relativement simples ; la canule fut retirée le cinquième jour; la respiration était redevenue libre, la parole perceptible, les points de suture de la plaie cutanée furent enlevés le quatorzième jour.

Trois semaines après l'opération, la présence de deux petites granulations correspondant à la ligne de suture et provoquant de légers phénomènes d'asphyxie, nécessitèrent l'intervention de Koschier, assistant du professeur Stoerk, qui extirpa les deux petites tumeurs, après cocaïnisation, à l'aide d'une longue pince laryngée.

De plus, pour éviter la possibilité d'une seconde constriction cicatricielle, il pratiqua la dilatation au moyen des tubes de Stoerk. A la fin d'août, la respiration était libre, la voix haute et intelligible.

En terminant, l'auteur de cette intervention insiste sur la nécessité de laisser la tête dans une attitude de flexion pour éviter la déchirure de la ligne de suture. Il fait remarquer l'effet favorable que peut avoir la résection dans les cas d'oblitération et de sténose de l'arbre aérien siégeant sur les confins du larynx et de la trachée.

Parmi eux, il convient de faire une place à part aux sténoses qui résultent quelquefois du tubage. Ces rétrécissements répondent, pour Kolisko, dans la majorité des cas, à la portion annulaire du cartilage cricoïde.

Föderl fait également remarquer que les plaies récentes de la trachée reproduisent tout à fait les conditions dans lesquelles le chirurgien se trouve après la résection et que, s'il peut être prudent de ne suturer qu'incomplètement la trachée en pareil cas pour permettre le passage d'une canule, la suture complète d'emblée a l'avantage d'éviter peut-être plus sûrement les rétrécissements ultérieurs. (*Wien. Klin. Wochens.*)

**Restauration ostéoplastique des deux points d'appui antérieurs de la voûte plantaire.** — Soucieux de ménager la statique du pied, le docteur Joseph Bayer, assistant du professeur Bardenheuer (de Cologne), a eu l'ingénieuse idée de remplacer, dans la mesure du possible, la tête du premier métatarsien ou du cinquième, suivant le cas, par le second ou le quatrième, en leur donnant une direction oblique par rapport à l'axe antéro-postérieur du pied, et en maintenant fixe cette nouvelle position par des points de suture osseuse.

C'est ainsi que chez une première malade, âgée de vingt-trois ans, à qui il était obligé de réséquer la moitié antérieure du premier mélatarsien et la moitié postérieure de la phalange adjacente, il eut l'idée de libérer la tête du deuxième métacarpien de ses attaches ligamenteuses et de la réunir par un fil d'argent à la portion de la deuxième phalange du gros orteil restée en place.

Chez un autre malade, à qui il fut obligé d'extirper le cinquième métatarsien dans sa totalité, il libéra l'extrémité postérieure du quatrième de ses attaches avec le troisième, le cuboïde et le troisième cunéiforme, de façon à lui faire occuper la place du cinquième métatarsien. Un simple tamponnement serré entre les troisième et quatrième métatarsiens suffit à maintenir ce dernier en place.

Dans les deux cas, les résultats de cette intervention, au point de vue de la stabilité du pied et de son indolence absolue, même après une longue marche, étaient parfaits au bout de quatre mois. Les métatarsiens déplacés étaient complètement immobilisés dans leur nouvelle position. (*Centralbl. f. Chir.*)

**Épidémie familiale de syphilis extra-génitale.** — Le docteur Gobert (de Berlin) rapporte l'observation d'une série de cas de syphilis propagés par des voies détournées et relativement rares. Découvrant chez une ouvrière qui vient le consulter les signes d'une syphilis secondaire, sans pouvoir retrouver aucune trace de l'accident primitif, il est amené à penser que les mamelons, chez cette femme qui nourrit, ont pu servir de porte d'entrée au virus. Il constate, en effet, que l'enfant de la femme est syphilitique et le mari indemne. Poussant ses investigations plus loin, il découvre que les six membres d'une famille, à qui était souvent confiée la garde de l'enfant dont nous venons de parler, avaient tous été contaminés par l'aînée des filles, qui l'avait été elle-même un an auparavant par son fiancé. Tout ce monde avait été infecté par les lèvres. L'enquête révéla par surcroît la contamination d'une enfant de deux ans, appartenant à une troisième famille voisine des deux autres. (*Wien. Klin. Woch.*)

**Contrôle du bromure d'éthyle.** — Pomeranzew préconise le nitrate d'argent en solution à 1 p. 100 comme moyen de s'assurer de l'état de pureté de bromure d'éthyle. S'il est impur, il se forme immédiatement par l'adjonction de quelques gouttes de la solution, un précipité nuageux qui en peu de temps passe au blanc laiteux. Selon lui, l'anneau jaune donné par l'adjonction d'acide sulfurique serait moins probant; cette réaction serait due à la présence de matières organiques tenant à la façon dont les flacons auraient été bouchés. Les flacons de bromure bouchés à l'émeri ne lui ont jamais permis d'obtenir cette réaction, et il ne rejette pas le bromure qui la présente à un faible degré. Le bromure d'éthyle, renfermé dans des flacons sombres bien bouchés, peut se conserver plus de six mois. (*Centralbl. f. Chir.*)

**Absence de réaction pupillaire dans les attaques d'hystérie.** — Le docteur Karplus, assistant de la clinique des maladies nerveuses du docteur Krafft-Ebing, à Vienne, a constaté l'absence complète de réaction et la dilatation de la pupille durant quelques secondes, au cours d'une contracture tonique, généralisée et violente chez une hystérique; phénomène qui, jusqu'ici, faisait rejeter de propos délibéré le diagnostic d'hystérie.

A l'aide d'un écarteur des paupières, manié avec prudence, et d'une lampe à main, celle de Prietley-Smith, il a pu faire contrôler, au cours d'une attaque, la réalité de ce fait par plusieurs médecins, dont un ophtalmologiste. Il l'a constaté lui-même chez deux autres malades.

L'immobilité pupillaire n'a lieu naturellement qu'au moment des spasmes et cesse lors des détentes nerveuses; on la constate cependant, paraît-il, quelques secondes après le spasme, au cas de fortes contractures, en arc de cercle, par exemple. (*Wien. Klin. Woch.*)

**Diagnostic des fractures.** — Le diagnostic des fractures, quand elles s'accompagneut de lésions des parties molles, est souvent difficile; on ne sait souvent pas si les parties molles sont seules lésées, s'il y a fracture de l'os ou l'un et l'autre.

Le docteur P. Shröter (Pabianice) s'en assure en saisissant l'os par ses deux extrémités et en exerçant sur elles une pression en sens inverse, suivant l'axe de l'os.

Prenons pour exemple le bras: sa main gauche empoigne l'épaule du patient, la droite, le coude fléchi à angle droit; puis il exerce une pression lente, régulière, faible d'abord, puis progressivement croissante et de sens contraire avec ses deux mains. Si l'os est intact, le patient ne ressent pas la moindre douleur, si blessées que soient les parties molles et si forte que soit la pression; au contraire, si l'os est lésé, la moindre pression réveille immédiatement une douleur plus ou moins vive. (*Centralbl. f. Chir.*) P. VIOLLET.

---

## THÉRAPEUTIQUE

**Traitement de la gale**, d'après M. le docteur GAUCHER.

La gale est une affection souvent méconnue, surtout dans la clientèle de la ville, où elle est cependant plus fréquente qu'on ne le pense. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire l'intéressante leçon que M. Gaucher a consacrée à l'étude de cette maladie parasitaire dans le *Journal de médecine interne*, d'où nous extrayons la partie relative au traitement.

Il se résume en deux opérations : la première est une friction énergique au savon noir pour ouvrir les sillons, détruire les souterrains, mettre l'acare à nu; la deuxième est l'application d'une pommade parasiticide, le plus souvent à base de soufre.

En Belgique on se sert beaucoup de la lotion de Tleminks avec laquelle on badigeonne le malade. C'est de l'eau tenant en suspension de la chaux vive et du soufre :

| | | |
|---|---|---|
| Chaux vive | 500 | grammes. |
| Fleur de soufre | 250 | — |
| Eau | 2500 | — |

En Angleterre, en Allemagne, en Autriche, on emploie la pommade de Wilkinson qui est un mélange de soufre, de cade, de savon noir et de craie incorporés à l'axonge. On supprime ainsi la friction préalable en réunissant dans une même pommade le savon décapeur et le soufre tueur.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Soufre / Huile de cade | ââ | 180 | grammes. |
| Savon noir / Axonge | ââ | 500 | — |
| Craie | | 120 | — |

La préparation la plus usitée en France et à l'étranger est la pommade sulfo-alcaline d'Helmerich :

| | | |
|---|---|---|
| Soufre | 2 | parties. |
| Carbonate de potasse | 1 | partie. |
| Axonge (ou vaseline) | 8 | parties. |

Cette pommade est très irritante, Hardy l'a remplacée par la suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Soufre | 2 | parties. |
| Carbonate de potasse | 1 | partie. |
| Axonge (ou vaseline) | 12 | parties. |

qui est suffisante et efficace, comme le prouvent les guérisons journalières des malades de l'hôpital Saint-Louis.

Chacun d'eux est couvert des pieds à la tête de savon mou de potasse et vigoureusement frictionné; puis prend un bain chaud de une heure dans lequel il se frotte encore. L'eau chaude ramollit l'épiderme; le savon décape. Quand la frotte a été suffisamment vigoureuse, prolongée, le malade s'essuie et alors, des pieds à la tête, on l'enduit, toujours par frictions, de la pommade de Hardy. Puis il remet sa chemise, ses vêtements contaminés et il s'en va. Théoriquement, au bout de quelques heures, il est guéri. Mais on préfère — parce que la guérison est plus sûre et plus complète — le laisser couvert de sa pommade, pendant vingt-quatre heures. C'est donc seulement le lendemain de la frotte, qu'il revient à l'hôpital où il prend un bain simple, pendant que l'on passe ses habits à l'étuve. Et il s'en va guéri. Telle est la technique vulgaire du moyen le plus simple, le plus efficace pour traiter la gale.

C'est le plus commode à Paris, où il suffit d'envoyer tout malade à Saint-Louis, même les gens du monde, car il y existe un service payant.

Quand la maladie est récente, peu étendue, que ses victimes sont ennuyées de venir à l'hôpital pour se faire traiter, on peut conseiller des pommades plus agréables, moins irritantes. Les deux plus connues sont celle de Bourguignon et celle de Fournier, toutes deux à base de soufre.

La pommade de Bourguignon se compose de :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Essence de lavande / Essence de canelle / Essence de girofle / Essence de menthe | ââ | 2 | grammes. |
| Gomme adragante | | 4 | — |
| Carbonate de potasse | | 30 | — |
| Fleur de soufre | | 90 | — |
| Glycérine | | 180 | — |

Voici la formule de M. Fournier :

| | | |
|---|---|---|
| Glycérine | 200 | grammes. |
| Gomme adragante | 1 | — |
| Soufre | 100 | — |
| Carbonate de soude | 50 | — |

Essences multiples au goût du malade.

M. Fournier conseille la technique suivante :

Friction au savon ordinaire ou de toilette et bain, friction avec la pommade, et le lendemain, bain.

Si la gale est récente, minime, on peut se contenter de la friction au savon ordinaire; mais il ne faut pas s'y fier.

Bien que ces pommades au soufre soient moins irritantes que celle de Hardy, il est des cas où elles le sont encore trop.

Pour les jeunes enfants, pour les gens atteints de maladies aiguës et couchés dans leur lit, pour les cachectiques, les albuminuriques, les cardiaques, les personnes souffrant de bronchite chronique, les femmes enceintes; lorsqu'il existe de l'impetigo, de l'ecthyma, des ulcérations de la peau, on ne peut appliquer le traitement classique. Pour ces cas, on a imaginé différents moyens dont le but est de dispenser de la friction préalable. Voici les principaux :

L'odeur du pétrole chasserait le parasite. On a recommandé spécialement chez l'enfant les frictions au pétrole faites trois ou quatre jours de suite, avant la nuit et suivies d'un bain le lendemain matin. Ce badigeonnage est dangereux : dans un cas, le pétrole a pris feu, l'enfant a été brûlé.

La pommade de Kaposi au naphtol est peu irritante, mais est encore un peu douloureuse.

| | |
|---|---|
| Naphtol β | 5 ou 10 grammes. |
| Alcool | q. s. |
| Eau | 100 grammes. |

Un moyen de choix, pour les enfants et les femmes grosses, c'est l'onction et la friction avec la composition suivante :

| | |
|---|---|
| Huile d'olive | *āā* parties égales. |
| Onguent styrax | |

On a proposé le baume du Pérou qui, sans savon noir ni bain, en frictions prolongées, guérit la gale. La dose pour un adulte est de 60 grammes, elle est de 30, 40 pour un enfant, suivant sa grandeur. Le soir, en se couchant, le malade se frotte pendant 20 minutes sur tout le corps avec ce baume non irritant et d'agréable odeur. Il remet sa même chemise et se couche dans ses draps de galeux. Le lendemain matin, il prend un bain. Il est guéri ou, s'il ne l'est pas, il renouvellera bien aisément sa première opération.

Mais guérir le mal ne suffit pas, il faut, après avoir tué l'acare sur le corps, le tuer dans les vêtements. Donc, à la lessive tout ce qui se lave, à la désinfection par l'étuve tout ce qui ne se lave pas. Ne pas oublier que pour tuer l'acare, une température de 120 degrés est absolument nécessaire. A la campagne, les fours seront utilisés en guise d'étuve.

La gale est guérie, les vêtements sont débarrassés, il faut encore calmer l'irritation qu'a subie, par suite du traitement, cette peau déjà si éprouvée. Ici se place l'indication des bains d'amidon, des onctions à la vaseline; s'il y a du prurit, recourir en outre à la médication interne, aux antispasmodiques, à l'extrait de valériane de préférence, sans négliger les bains tièdes prolongés, les lotions chloralées chaudes, l'usage de la pommade mentholée à 1 p. 100.

Et il reste à faire le diagnostic de la guérison qui est ordinairement définitive après le traitement. Si le prurit persiste, et bien que dans la majorité des cas ce soit chez des sujets nerveux ou ayant la phobie de la maladie dont ils viennent d'être atteints, il faut se mettre à la recherche de sillons ou de papules *récentes*. Ceci est une condition essentielle pour affirmer la récidive. Si les lésions ne sont pas *indiscutablement* récentes, il suffit de soigner les démangeaisons. Enfin, si un doute subsiste, ne pas hésiter à faire suivre une deuxième fois un traitement antipsorique. (G. M. *Gaz. hebd.*)

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

**Maladies du larynx, du nez et des oreilles** (1), par le docteur A. Castex, chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté de médecine de Paris.

M. Castex, chargé du cours de laryngologie, rhinologie, otologie à la Faculté de médecine de Paris, vient de faire paraître un traité des maladies du pharynx et du larynx, du nez et des oreilles.

Plusieurs chapitres sont des leçons déjà exposées à son cours.

La première partie traite des maladies du pharynx.

La deuxième partie comprend les maladies du larynx (moyens d'exploration, laryngites diverses, nodules vocaux, maladies de la voix, si importantes dans cette spécialité, névroses, tuberculose du larynx, syphilis et tumeurs du larynx, affections de la trachée).

La troisième partie étudie les maladies du nez et de ses cavités annexes (rhinoscopie et toucher rhino-pharyngien, difformités du nez, rhinites diverses, ozène, syphilis, tuberculose, lèpre, sclérome, tumeurs bénignes et malignes, corps étrangers, troubles de l'odorat). Une place importante est réservée aux tumeurs adénoïdes et aux affections des sinus maxillaire, frontal, sphénoïdal et des cellules ethmoïdales.

La quatrième et dernière partie est consacrée aux affections de l'oreille (examen technique des diverses parties de l'organe, maladies de l'oreille externe, affections de la membrane tympanique, otites moyennes diverses et leurs complications). L'auteur passe encore en revue les suppurations de l'attique, les maladies de l'apophyse mastoïde et ses trépanations, les affections de l'oreille interne (maladie de Ménière, etc.), surdité, surdi-mutité et lésions traumatiques.

Un grand nombre de figures, la plupart inédites, facilitent l'intelligence des descriptions.

Ce livre nouveau sera particulièrement utile, non seulement aux spécialistes, mais encore aux praticiens qui désirent s'initier à la spécialité des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat* (Séance du 23 décembre). — « Nerf radial. — Signes et diagnostic de la luxation du coude en arrière. »

MM. Alexandre 24 + 17 = 41. — Follet 22 + 14 = 36. — Godineau 20 + 15 = 35. — Mesnil 17 + 13 = 30. — Gaultier 20 + 9 = 29. — Brocard 18 + 10 = 28. — Laffitte 17 + 11 = 28. — Bricet 14 + 13 = 27. — Fromageot 15 + 10 = 25. — Cotar 13 + 6 = 19.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi 24 décembre 1898, par la nomination de 438 candidats dont les noms suivent classés par ordre de mérite :

1. Chevassu, Braillon, Lecène, M. Petit, Mlle Francillon, MM. Halbron, Roussel, P. Gilbert, Et. Le Sourd, P. Dubois.

11. Delion, Béal, L. Rousseau, Mlle Mouroux, MM. Okinczye, M. Claret, Mortier, da Silva Paranhos, Hébert, Masson.

21. Rivet, Berthaux, Bosc, Caldaguès, Capette, Dauchez, Denécheau, Gaudemet, d'Oebnitz, Gambier.

31. Borst, Cloeys, Omiecinski, Bouquet, Bresard, Katz, Labarrière, Le Louet, Lucet, Manoussi.

41. Cailleux, Desmarets, Dumény, Guillemard, Jullich, Pernot, Loederich, A. Delille, Bloch, Tallon.

(1) In-16. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

51. Mme Margouliès, MM. Romanescu, Trèves, Chastagnol, Demargue, Follet, Gasne, Carlotti, de Chadzyneski, Goujon.

61. Hornus, Lestelle, Barbier, E. Guihal, Poissenot, Roche, Labadie-Lagrave, Marais, Maringer, Martin.

71. Mauban, Mlle Pariselle, MM. Grégoire, Roubaud, Do-Huu, Gadaud, P. Camus, Coudert, Detot, Salomon.

81. Guiard, Haas, Andrieu, Langevin, G. Legros, Leroux, Lesage, Merlet, Riboulet, Moureyre.

91. Vanwtberghe, Barthélemy, Brunat, Caubet, Courcoux, Crouzon, G. Grellet, Remoussenard, Bing, Brelet.

101. Courtellemont, Coussieu, Roussy, Marmasse, Espitalier, Masmonteil, de Fourmestraux, Sigre, Gaultier, Rabuel.

111. Mesly, Sourdille, Tournay, Lafosse, Lesauvage, Vermeil, Lafitte, Millon, Chahuet, Le Gambier.

121. Darcanne, Leh, Ogé, Pallegoix, Pamard, Rauzy, Le Meur, Regnard, Robin, Roblot.

131. Léri, Fromageot, Leuret, Allard, Lévy-Davicion, Alquier, Guilloire, Audard, Balthazard, Mlle Martin.

141. MM. Janin, Blanluet, Brüder, Mathner, Brunschwig, Lacasse, Carton, Méheut, Cahe, Archer-Dubois.

151. Ciré, Pécharman, Tanon, Cholet, Lecornu, Gaultry, Lavie, Poulard, Coutet, Trastour.

161. Leremboure, P. Lièvre, Dionis du Séjour, Gargand, Tixier, Herbinet, Duplessier, Delhommeau, Deardeau, Broumpt.

171. Delherm, Kiéner, Leenhardt, Ducot, Herrenschmitt, d'Heilly, Delaunay, Théveny, Reinburg, Dupuis.

181. Jousselin, Brocard, Latron, Cabaune-Tellé, de Clomesnil, Ledoux, Marh, Parrot, Assicot, Baillon.

191. Beaujard, Giraudet, Gimbal, Blairon, Broc, Mougeot, Cauchoix, Rivière, Raubin, Louveau.

201. Boissier, Legroux, Bailleul, Monod, Mlle Horowitz, MM. Cléret, Walter, Sée, Portemer, L. Lièvre.

211. Labussière, Gros, Cochonnet, Fournier, Berton, Ollier, Lagarde, Gottschalk, Bardon, Apte.

221. Gibert, Riss, Legou, Viau, Chapotin, Prunier, Saillant, Mignardot, Bordenave, François.

231. Pédebidou, Diel, Sabatié, Calvé, Aupois, Cotar, Loisel, Herr, Sudaka, Baldenweck.

241. Renoult, Le Clech, Mlle Stein, MM. R. Lemaître, de Lacombe, Teisseire, Bony, Forest, Français, Lagleize.

251. Dinet, Lobligeois, Poirier, Grandjean, Maigrot, Vassor, J. Mallet, Inglessi, Morlet, Radiguer.

261. Touchard, Lemaire, Robinet, L. Gibert, Philippet, V. Grelley, Reulos, Eloy, Salacolu, Marciteau.

271. Merle, Caruette, Bonnefous, Aitoff, Magitot, Mac-Auliffe, Boulonneix, A. Guérin, G. Lemaître, Joubert.

281. Rolan, Gleize, Colombet, Barrier, Cazeaux, Giannetti, Devonassoux, F. Jacquot, Hollande, Noréro.

291. G. Petit, Ralliou, Sineau, Berre, Burgaud, Dieuzaide, Bourée, Chaignot, Cabon, Guérin-Beaupré.

301. Weill, Mayer, Ferry, Calmels, Dabout, Percheron, Foulon, Boullet, Durand, Darbois.

311. Béneteau, Salmon, Javal, Deniker, Léculier, Ortel, Valatx, Fargin-Fayolle, Mouras, Poirault.

321. Lemercier, P. Guihal, Bourgeau, Graliot, P. Lemaistre, Batisse, Duroisel, Escande, Gabail, Charbonnier.

331. Château, Dibos, Habar, Linard, A. Guyot, Merry, Pastour, Loubier, Stettiner, Gauquelin.

341. Pelloquin, Melin, Erlanger, Mannoni, Cistrier, Ambrosi, Degris, Kuhn, Bertier, Heller.

351. Eltchaninoff, Roux, Cau, Ferreux, Dupinet, Fabre, Bonhomme, Delbos, J. Jacquot, Mougnec de Saint-Avid.

361. Vidal, Graillot, Brillaud, Verneau, P. Guyot, Thorel, Le Giemtel, Houdeville, Dupret, Parant.

371. Brenot, Pierrhugues, Rozier, Jouannin, Coeylas, Wapler, Artaud, Appreillé, Ichard, Perrier.

381. Lépine, Delacroix, Guy, Pierrart, Bouffier, Buron, Coutard, Carrayrou, F. Legros, Noiré.

391. Tzatcheff, Buisson, Cardavot, Desdouits, Magin, Boureille, Mouflier, Roinet, Mamlock, Thomas.

401. Toulzac, Yaich, Maussire, Villebrun, Charpentier, P. Moreau, Baumann, Duc-Dodon, Choefer, Mignon.

411. Canet, Vinaver, Thiellment, Gigaud-Lafont, Brunello, Candebage, Dolses, F. Picard, Cassuto, Lesueur.

421. P.-E. Camus, Boudinski, Fillieux, Desclaire, Girard, Sellerin, Sequer, Chazal, Chanu, Benoît.

431. Dreyfus, Cormon, Lagardère, Morisson, Couzyn, Leprince, Lownhard, Etsteiner.

— Le concours de la médaille d'or (médecine) s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Lesné ; — Médailles d'argent : MM. Milian et Nobécourt ; — Accessit : M. Garnier.

— A l'occasion du jour de l'an, les cours vaqueront dans les Facultés et Écoles, du mercredi soir 28 décembre au jeudi soir 5 janvier. Les cours et exercices reprendront le vendredi matin 6 janvier.

— Par décrets, en date du 21 décembre 1898, M. Ayme, médecin en chef de première classe du corps de santé des colonies, et M. Reynaud, médecin en chef de deuxième classe des colonies, sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite.

— Par décision présidentielle, en date du 22 décembre 1898, M. Long, médecin principal de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Par décision ministérielle, en date du 22 décembre 1898, ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe dans le corps de santé de la marine :

MM. les docteurs Puysségur et Tardif, affectés au corps de santé des colonies.

— M. le directeur de l'Assistance publique recevra tous les jours, sauf le dimanche, de cinq heures et demie à six heures et demie, les représentants de la presse qui auraient des renseignements à lui demander ou à lui fournir.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

*Internes titulaires* : MM. Pieri, Riss, Ponthieu, Reybaud et Hanthorn.

*Internes provisoires* : MM. Dumont et Porcheron.

— *École de médecine d'Angers.* — Le concours de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Brin.

M. Perros, interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers, est nommé interne sous-bibliothécaire.

— La Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Marseille a constitué son bureau, pour 1899, de la manière suivante : président, M. Fr. Arnaud ; vice-président, M. L. d'Astros ; secrétaire général, M. Cassoute ; secrétaire annuel, M. Melchior Robert.

— L'Académie de Saint-Pétersbourg célébrera, le 30 décembre prochain, le centenaire de sa fondation. M. le professeur Landouzy représentera l'Université de Paris à cette solennité.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs L.-J. Audouy, ancien médecin des eaux de Challes ; E. Peltier (d'Ecommoy).

— Le conseil de l'Université de Paris a décidé que des conférences seraient faites aux étudiants de l'Université par des professeurs des différentes Facultés, en Sorbonne (amphithéâtre Richelieu), aux dates suivantes :

14 janvier. M. Lavisse : L'étudiant, de Michelet. — 21 janvier. M. Lannelongue : La chirurgie au XIXe siècle. — 28 janvier. M. Croiset : L'art pour l'art. — 4 février. M. Moissan : Le diamant. — 11 février. M. Renault : La Convention de Genève. — 18 février. M. Richet : Les moyens de défense de l'organisme.—

25 février. M. Faguet : La poésie contemporaine. — 4 mars. M. P. Janet : Les grandes applications modernes de l'électricité. — 11 mars. M. Jay : La limitation légale de la journée de travail. — 18 mars. M. Duclaux : La police de l'organisme vivant.

Ces conférences sont réservées aux étudiants. Pour chacune d'elles, des cartes seront distribuées dans toutes les Facultés et à l'École de pharmacie.

— M. le docteur Ch. Fournel commencera le mardi 17 janvier 1899, à huit heures du soir, un cours public et gratuit de gynécologie et de chirurgie abdominale. Il le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Ce cours aura lieu à l'École pratique de la Faculté, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, amphithéâtre Cruveilhier.

— *Postes vacants.* — Basses-Pyrénées, chef-lieu de canton. S'adresser à M. Ed. Labat, à Lasseube (Basses-Pyrénées).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie a l'honneur d'informer le public qu'elle a maintenu dans son service d'hiver les trains express de jour ci-après, à marche rapide, qui assuraient l'été dernier les relations entre Paris, Clermont et Saint-Étienne.

Ces trains comportent, tant à l'aller qu'au retour, un vagon-restaurant qui circule entre Paris et Nevers, et des voitures directes de et pour Saint-Étienne.

Leur horaire est le suivant : Aller (train 927), départ de Paris, 8 h. 30 du matin ; arrivée à Clermont, 4 h. 08 du soir ; arrivée à Saint-Étienne, 5 h. 48 du soir. — Retour (train 926), départ de Saint-Étienne, 1 h. 31 du soir ; départ de Clermont, 3 h. 07 du soir ; arrivée à Paris, 11 heures du soir.

Le train n° 927 ne prend que des voyageurs de première classe. — Le train n° 926 prend, en outre, des voyageurs de deuxième classe effectuant un parcours de 150 kilomètres, et des voyageurs de troisième classe effectuant un parcours de 350 kilomètres.

**VALS PRÉCIEUSE** — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX
## CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu plusieurs communications intéressantes : M. Kelsch a donné lecture d'un travail sur la virulence des poussières des casernes; des recherches auxquelles il s'est livré sur ce sujet, des expériences qu'il a faites en collaboration avec MM. Boisson et Braun, M. Kelsch a pu tirer cette conclusion bien rassurante que des doses massives de poussières de toute provenance, y compris celles des crachoirs, inoculées dans le péritoine des cobayes, n'y déterminent pas la tuberculose. C'est là un fait qu'il est bon de répandre et qui est de nature à rassurer les familles trop promptes à s'alarmer sur les dangers que courent leurs enfants dans les casernes.

M. Le Dentu a présenté un jeune garçon qui a été splénectomisé, dans son service, par M. Paul Delbet; il s'agissait d'une plaie de la rate qui avait déterminé une hémorragie intra-abdominale assez abondante et qui a nécessité, d'urgence, l'ablation de l'organe. Les suites de l'opération furent des plus simples, et ce jeune homme a parfaitement guéri. Ce cas est intéressant en ce sens, ainsi que l'a fait observer M. Le Dentu, que c'est le premier exemple, en France, de splénectomie pour traumatisme suivie de guérison.

Il y a peu de temps encore on n'avait guère le choix, pour remédier à l'hydronéphrose, qu'entre deux opérations, la néphrotomie ou la néphrectomie, l'une souvent insuffisante et laissant après elle des fistules intarissables, l'autre peut-être un peu trop radicale et toujours plus ou moins dangereuse, le rein restant pouvant n'être pas indemne. C'est pourquoi plusieurs chirurgiens se sont appliqués à s'attaquer directement à l'uretère en l'abouchant au bassinet. Cette opération à laquelle on donne le nom d'urétéro-pyélostomie a été encore peu pratiquée, et c'est un nouvel exemple de ce mode d'intervention que M. Pierre Delbet vient de présenter à l'Académie. Entre autres particularités intéressantes, cette observation montre les bons résultats que peut donner l'urétéro-pyélostomie.

M. Chipault a fait une communication sur la chirurgie du sympathique et ses diverses applications au traitement de l'épilepsie, de certaines maladies mentales et du glaucome. L'auteur croit pouvoir conclure de ses observations déjà nombreuses que la chirurgie du sympathique est une chirurgie à résultats inconstants, mais assez souvent heureux pour que, d'une part, l'extrême gravité des affections auxquelles elle s'adresse, d'autre part, l'absence de dangers ou d'inconvénients, autorisent à la pratiquer dans une très large mesure.

La question du phosphore est revenue à l'Académie; c'est M. Courtois-Suffit qui la soulève de nouveau. On se rappelle les discussions qui ont eu lieu sur ce sujet à plusieurs reprises et qui n'avaient abouti qu'à obtenir des améliorations. Mais nous sommes en présence d'une nouvelle pâte au sesquisulfure de phosphore, qui permet d'éviter tous les accidents. Cette pâte, en effet, ne contient aucun corps qui soit toxique et, depuis son emploi, M. Courtois-Suffit n'a pas eu à constater un seul accident de phosphorisme. C'est là un progrès considérable. Tous ceux qui ont vu de près ces terribles accidents de la nécrose phosphorée seront certainement de cet avis.

Signalons, en terminant, la lecture par M. Cadet de Gassicourt d'un travail de M. Moncorvo sur l'emploi des injections antistreptococciques de Marmorek, dans la broncho-pneumonie infantile.

---

## MÉRALGIE PARESTHÉSIQUE [NÉVRITE DU FÉMORO-CUTANÉ] (1)

Par M. Paul Claisse, médecin des hôpitaux.

Plusieurs auteurs ont, dans ces dernières années, attiré l'attention sur les troubles de la sensibilité cutanée de la cuisse, tenant à une altération des rameaux périphériques superficiels et en particulier du rameau crural du nerf fémoro-cutané. Bernhardt (2) avait proposé le terme de paresthésie du nerf fémoral-cutané externe. Ce nerf donne la sensibilité au tégument de la partie antéro-externe de la cuisse, dans les deux tiers inférieurs. Mais, dans quelques observations, les troubles sensitifs correspondent à un autre territoire nerveux, celui de la branche cutanée du nerf crural, qui innerve la partie antérieure du tégument crural. La dénomination plus vague de méralgie, proposée par Roth (3), est donc préférable. Remarquons que ce mot doit

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.
(2) Bernhardt. *Neurol. Centralbl.*, 1895, p. 42.
(3) Roth. *Meralgia Parœsthesica*, Berlin 1895.

s'écrire avec un accent grave, puisqu'il dérive du mot grec μηρός (cuisse) et non avec un accent aigu comme le mot métamére qui dérive de μέρος (partie).

La méralgie mérite d'être bien étudiée, car elle est assez fréquente. Ayant eu l'attention attirée sur ce sujet, il y a quelques mois seulement, j'en ai déjà relevé trois cas. Or, il importe de ne pas confondre cette affection, habituellement bénigne, avec d'autres désordres nerveux d'un pronostic grave, erreur qui peut être facilement commise dans certains cas de méralgie à crises fulgurantes.

Observation I. — C. P..., trente-trois ans. Sujet robuste. Aucun antécédent morbide héréditaire ni personnel. N'a jamais eu de maladie infectieuse grave, en particulier, ni fièvre typhoïde, ni syphilis.

Le sujet est un buveur d'eau et n'a jamais fait le moindre excès alcoolique. Il se souvient d'un traumatisme assez violent, d'une chute de bicyclette en 1891 ; le genou droit eut une large écorchure, la cuisse porta sur l'angle d'un trottoir à sa partie moyenne antéro-externe, où subsista pendant quelques jours un léger hématome. Cet accident n'eut pas de conséquences immédiates, le sujet l'avait même oublié, et c'est seulement plusieurs années après qu'il songea à lui attribuer les troubles éprouvés dans cette région.

En 1893, le sujet éprouve à ce niveau quelques fourmillements, surtout par le froid, et après une marche rapide. Ils s'accentuent un peu les années suivantes et, en 1895, le sujet remarque, environ à dix centimètres au-dessus de l'angle supéro-externe de la rotule, une zone d'anesthésie arrondie, ovalaire, à grand axe vertical d'environ cinq centimètres. Cette zone augmente peu à peu, prend la forme d'une raquette dont le manche remonte jusque vers le quart supérieur de la cuisse. Les fourmillements, toujours assez légers et supportables, disparaissent parfois plusieurs mois et reviennent en hiver surtout. Un jour, à la suite d'une course rapide, en poursuivant une pièce de gibier démontée, le sujet éprouva dans toute la région antéro-externe superficielle de la cuisse comme une décharge violente suivie d'un endolorissement qui persista environ un quart d'heure. En 1898, les fourmillements ont beaucoup diminué. De temps à autre, reparaît une sensation de chaleur avec pincements rapides. La zone d'anesthésie s'est un peu rétrécie. Elle affecte la forme d'une raquette dont le plateau, correspondant à la partie antéro-inféro-externe de la cuisse, a environ douze centimètres de largeur ; le manche, montant jusqu'à 30 centimètres de la rotule, a 5 centimètres de largeur. A ce niveau, un contact léger n'est pas perçu, une pression appuyée et un pincement sont un peu douloureux, l'impression d'un corps métallique froid est perçue, mais avec un retard de plusieurs secondes. Il n'existe aucun trouble trophique. Le réflexe rotulien est intact.

Obs. II. — C. F..., âgé de trente-six ans. Sujet robuste, mais a de nombreux incidents morbides. Pendant son service militaire en Algérie, en Annam et au Tonkin, de 1883 à 1886, a contracté des fièvres intermittentes qui, d'ailleurs, ont été assez modérées et ont cédé facilement à la quinine. En 1888, dysenterie et choléra. De retour en France, le sujet a encore, en 1889, quelques accès de paludisme, mais se rétablit, et, depuis 1890, sa santé est excellente. Notons l'absence de syphilis et d'alcoolisme. Le sujet est très sobre. Aucun stigmate d'hystérie.

Dans ces dernières années, il a éprouvé plusieurs fois des fourmillements à la cuisse droite et a remarqué l'insensibilité de la région correspondante.

Le 15 octobre 1898, il vient me demander conseil, craignant, dit-il, que ce soit le premier signe d'une grave affection nerveuse.

A plusieurs reprises, les fourmillements ont été assez pénibles pour l'obliger à s'arrêter quelques instants et à s'asseoir. Ce sont de petites crises passagères, caractérisées par une série de picotements, de pincements aigus, laissant à leur suite une cuisson superficielle assez durable. Sur la partie antéro-externe de la cuisse, à quelques centimètres de la rotule, je constate une plaque d'anesthésie en raquette, offrant exactement les mêmes caractères que celle de l'observation I, mais moins étendue, remontant environ à 20 centimètres au-dessus de la rotule. Je constate, en outre, l'intégrité des réflexes et l'absence des troubles trophiques.

Obs. III. — T. A..., âgé de soixante et un ans. Sujet légèrement athéromateux, n'a jamais eu de longues maladies. Se rappelle simplement avoir eu dans sa jeunesse des blennorragies et des chancres mous. On ne retrouve aucune trace de syphilis. Il n'est pas alcoolique.

Depuis quelques années, il est gêné dans la marche et se fatigue vite. Les réflexes rotuliens sont très diminués des deux côtés.

En l'examinant à propos de cette légère paraplégie, nous trouvons à la partie inféro-externe de la cuisse gauche, à quelques centimètres au-dessus de la rotule, une plaque d'anesthésie ovalaire, allongée dans le sens vertical et mesurant 12 centimètres sur 7. Cette plaque existe depuis longtemps. Le malade y éprouve de temps à autre des sensatious de brûlure légère. Depuis qu'il l'a remarquée, elle a toujours la même dimension et, d'ailleurs, le gêne si peu, qu'il ne s'en est jamais occupé. On constate, à ce niveau, l'anesthésie complète à la palpation superficielle ; la perception des corps froids est conservée mais retardée. Les souvenirs du malade sont trop peu précis pour qu'on puisse nettement établir le rapport chronologique qui existe entre la paraplégie et la plaque d'anesthésie. Celle-ci semble être de beaucoup plus ancienne. Elle est stationnaire, tandis que la paraplégie est progressive. Il est donc possible que ces deux affections soient indépendantes l'une de l'autre.

Des troubles analogues à ceux que je viens de décrire ont été relatés dans ces dernières années, par un assez grand nombre d'auteurs, entre autres par Sabrazès et Cabannes (1). M. Féré (2), qui a étudié soigneusement ce sujet, a retrouvé, dans diverses publications, une soixantaine de cas.

Le tableau symptomatique varie peu. C'est toujours une série de troubles de sensibilité occupant, soit le territoire du nerf cutané du crural (méralgie antérieure), soit celui du nerf fémoro-cutané (méralgie antéro-externe, la plus fréquente). Ces troubles, bien décrits par Escat, qui a publié sa propre observation (3), consistent, le plus souvent, en une plaque d'anesthésie en raquette à manche supérieur ; le malade éprouve à ce niveau des pincements, parfois de véritables douleurs fulgurantes. A un degré moyen, surtout en l'absence de phénomènes douloureux, l'affection peut passer facilement inaperçue. Je pense même qu'elle n'est qu'exceptionnellement assez intense pour inquiéter le sujet et être signalée au médecin. La méralgie doit être très fréquente.

La topographie très précise des troubles sensitifs et l'absence de troubles trophiques et moteurs rendent le diagnostic facile.

Certaines lésions radiculaires peuvent donner lieu à un syndrome qui pourrait être confondu avec celui de la

(1) Sabrazès et Cabannes. *Rev. de méd.*, 1897, p. 873.

(2) Féré. Note sur un cas de méralgie réflexe, *Médecine mod.*, 22 janvier 1898.

(3) Escat. *Revue neurol.*, 1895, p. 577.

mèralgie. Dans un cas de Chipault (1), nous trouvons une zone d'anesthésie rappelant celle de la mèralgie antérieure : mais il existe en outre, dans ce cas, une parésie du couturier et du quadriceps qui éclaire le diagnostic.

Le diagnostic du syndrome même nous semble donc facile. Ce qui paraît être plus délicat, c'est le diagnostic étiologique qui seul permet un pronostic précis. L'affection est-elle isolée, ou n'est-elle qu'une partie d'un état pathologique? S'agit-il d'une névrite évoluant localement pour son compte, ou d'un incident local épisodique tel qu'on l'a noté chez des tabétiques, des diabétiques? Dans la majorité des cas, il s'agit d'une affection locale, non progressive, sans inconvénient sérieux. Néanmoins, Bernhardt conseille, même en l'absence de toute autre tare nerveuse, de penser à la possibilité d'une manifestation tabétique initiale.

Il faut d'ailleurs reconnaître que, dans un grand nombre de cas, ces craintes pourront être écartées, grâce à la constatation d'une étiologie précise, permettant d'affirmer la névrite de cause locale.

Dans un grand nombre d'observations (par exemple dans notre observation I), on trouve mentionnée une action locale traumatique ou thermique. Les gros filets nerveux cutanés de la cuisse sont par leur trajet superficiel particulièrement exposés aux altérations locales. On conçoit donc que, dans cette variété de névrite, les actions traumatiques et thermiques prennent une importance étiologique toute particulière. On est du reste habitué à reconnaître aux divers territoires nerveux certaines privautés pathologiques; ainsi que les nerfs de la partie inféro-externe de la jambe sont principalement tributaires des poisons alcooliques, ainsi que ceux de la partie postérieure de l'avant-bras sont particulièrement tributaires du poison saturnin, reconnaissons que les nerfs de la partie inféro-externe de la cuisse sont spécialement tributaires des traumatismes et du froid.

L'affection dont nous nous occupons n'est, en somme, qu'une névrite périphérique, qui doit à la composition histologique du nerf une physionomie clinique exempte de troubles moteurs et trophiques qui doit de plus à sa disposition anatomique une vulnérabilité toute spéciale; ce sont là des détails intéressants, mais qui, à mon avis, ne nécessitent pas la création d'un groupe spécial; la mèralgie n'est, en somme, qu'un paragraphe du grand chapitre des névrites périphériques. Il nous paraît donc inutile d'introduire en pathologie ce mot de mèralgie qui semble indiquer une affection spéciale; c'est vraiment gratifier notre vocabulaire de richesses encombrantes. Il serait peut-être plus clair et plus simple d'adopter le terme de névrite du fémoro-cutané, ce qui ne dispenserait pas de bien spécifier les caractères étiologiques et cliniques propres à cette névrite.

---

## URÉTERO-PYÉLOSTOMIE

Par M. Pierre Delbet, chirurgien des hôpitaux.

Naguère encore, il y a cinq ans, on ne connaissait que deux modes de traitement des hydronéphroses, la néphrotomie et la néphrectomie. Aucun des deux n'était satisfaisant.

La néphrotomie laissait le plus souvent après elle des fistules persistantes, insupportable infirmité. La néphrectomie, en supprimant un rein, laissait l'opéré dans un état d'infériorité réelle. Cette mutilation, qui avait toujours eu un caractère fâcheux, est apparue comme vraiment condamnable quand on eut constaté que ces poches rénales si minces, d'apparence si misérable, étaient cependant capables encore de jouer un rôle physiologique important.

En même temps, nos connaissances sur les causes et le mécanisme des hydronéphroses se perfectionnaient, et on reconnut, à la clarté de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, qu'on pouvait guérir les hydronéphroses en s'adressant à leurs causes, sans enlever les reins ni les fistuliser.

Je ne veux pas parler ici du cathétérisme des uretères. Il y a là une méthode très intéressante, mais nous ne sommes pas encore renseignés sur les résultats définitifs qu'elle peut donner. Je ne veux pas parler non plus de la néphropexie qui est devenue une opération banale.

Au contraire, l'urétéro-pyélostomie n'est pas encore très répandue, puisque Bazy, dans son intéressant mémoire de l'an dernier, n'a pu en réunir que dix cas, dont deux personnels. Aussi ai-je pensé qu'il y aurait quelque intérêt à en présenter un nouveau cas à l'Académie.

Le malade que j'ai opéré, âgé de trente-trois ans, souffrait de son rein gauche depuis l'âge de dix-huit ans. Les crises augmentaient de longueur et d'intensité. En juin 1898, la tumeur devint pour la première fois apparente. Au commencement de juillet parut une crise si violente qu'un médecin diagnostiqua une péritonite et fit transporter le malade à l'hôpital.

A ce moment, la tumeur très volumineuse emplissait la fosse lombaire, l'hypocondre, le flanc, descendant presque dans la fosse iliaque.

Après son entrée à l'hôpital, la malade resta trente-six heures sans uriner. Il y eut un jour et demi d'anurie complète. Puis la miction se rétablit peu à peu, en même temps que la tumeur diminuait de consistance d'abord, de volume ensuite.

Cet ensemble de symptômes me fit craindre une altération du rein droit. Ce rein était, d'ailleurs, perceptible à la palpation. Je priai M. Pasteau de bien vouloir pratiquer le cathétérisme des uretères. Cela fut fait le 20 juillet et montra que le rein droit sécrétait deux fois plus d'urine que le rein gauche. En outre, l'uretère du rein droit contenait à volume égal deux fois plus d'urée que celui du rein gauche.

Le rein droit fonctionnait normalement. Il fallait donc conclure que l'anurie était d'ordre réflexe. Ceci me fit penser que l'hydronéphrose était d'origine calculeuse, car ces anuries réflexes ne s'observent guère que dans les calculs. Cependant l'opération a montré qu'il n'y avait pas le moindre calcul.

Je fis l'intervention par la voie lombaire le 23 juillet. La poche mise à nu et séparée de la coque fibro-lipomateuse épaisse et dure qui l'entourait, je l'incisai sur une étendue suffisante pour y introduire quatre doigts. Elle ne contenait qu'un peu de liquide roussâtre. J'explorai toute la cavité qui était, d'ailleurs, assez régulière, et constatai qu'il n'y avait pas de calcul.

Je me mis à la recherche de l'uretère. Tous mes efforts pour trouver l'orifice interne par l'intérieur de la poche échouèrent complètement. Je cherchai alors le conduit dans l'atmosphère adipeuse dense et adhérente qui entourait toute la poche. Cette recherche fut extrêmement laborieuse. Ce n'est qu'après une dissection longue et pénible que je

(1) Chipault. Quelques types de lésions radiculaires, *Presse méd.*, 1895, p. 86.

trouvai enfin l'uretère qui s'insérait sur la paroi postérieure de la poche, à quelques centimètres au-dessus de son point déclive.

En cherchant à faire le cathétérisme, je constatai qu'il existait un rétrécissement très serré à 3 ou 4 centimètres de l'origine. Après m'être assuré que le reste de l'uretère était perméable, je fis une urétéro-pyélostomie, de manière à transformer l'orifice pyélo-urétéral en une fente longue d'un centimètre et demi environ. Il restait bien au-dessous de cet orifice un cul-de-sac de bassinet dilaté. Comme l'opération avait été longue, que la malade était très affaiblie, je n'employai aucun des artifices qui ont été imaginés pour remédier à cet inconvénient.

Les suites opératoires furent très simples. La réunion se fit complètement par première intention. Après quelques oscillations, la sécrétion urinaire revint à la normale, un litre environ par jour, avec 21gr5 d'urée.

Depuis cette époque, la malade n'a pas cessé de jouir d'une santé parfaite. Le rein gauche n'est plus perceptible. Il aurait été très intéressant de savoir dans quelle mesure le rein fonctionne, mais la malade n'a pas voulu se soumettre à un nouveau cathétérisme des uretères.

Cette observation montre qu'une anurie réflexe totale peut être déterminée par une hydronéphrose unilatérale sans calcul.

Elle montre quels excellents résultats peut donner l'urétéro-pyélostomie.

Elle montre encore que, dans cette opération, la suture muco-muqueuse n'est pas indispensable et qu'il ne faut pas attacher trop d'importance aux culs-de-sac qui peuvent rester au-dessous de l'abouchement pyélo-urétéral.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 décembre 1898. — Présidence de M. JACCOUD.

### PRÉSENTATION

**Splénectomie.** — M. LE DENTU présente un jeune garçon qui, ayant reçu un coup de brancard dans l'abdomen, put courir après cela et faire une grande course à pied. Mais ses forces s'épuisèrent et il arriva le soir même à l'hôpital Necker, pâle, épuisé, avec le pouls petit et fréquent, avec tous les signes, en un mot, d'une hémorragie interne. Il souffrait surtout du côté droit de l'abdomen, mais on sentait un empâtement manifeste du côté gauche. M. Paul Delbet, appelé d'urgence, fit la laparotomie et trouva, dans la cavité abdominale, un épanchement de sang considérable. En explorant, il put s'assurer que cette hémorragie venait d'une plaie de la rate de plusieurs centimètres. M. Delbet agrandit alors l'incision abdominale et, séance tenante, pratiqua l'ablation de la rate. Le malade a parfaitement et rapidement guéri.

### LECTURE

**Urétéro-pyélostomie.** — M. PIERRE DELBET donne lecture d'une note sur ce sujet (voir plus haut, p. 1379).

### COMMUNICATIONS

**De la virulence des poussières des casernes.** — M. KELSCH, en son nom et au nom de MM. Boisson et Braun, fait une communication sur ce sujet. Pour y rendre compte de la teneur de l'air des casernes en poussières virulentes, les auteurs ne se sont pas contentés de l'examen bactériologique, mais ils ont fait parler le cobaye : 213 de ces animaux ont été inoculés dans le péritoine ; les uns avec du mucus provenant des fosses nasales, les autres avec des poussières prises dans les fentes des parquets des chambrées, dans les escaliers, dans les corps de garde, au pourtour des crachoirs et dans les crachoirs. Ces inoculations ont été faites suivant la méthode du professeur Straus.

Ces cobayes ont fourni une forte proportion de décès avant l'expiration du délai dans lequel se manifestent d'habitude les tuberculoses expérimentales ; aussi ceux qui ont succombé avant le quarantième jour, emportés par la septicémie, ne prouvent ni pour ni contre la présence du bacille dans les matières inoculées. Ceux-là seuls qui ont vécu plus ou moins longtemps après ce terme peuvent donner des renseignements utiles.

Des 213 cobayes, 122 ont été inoculés avec des poussières recueillies à la surface et au pourtour des crachoirs ; 91 l'ont été avec du mucus nasal.

Des 122 animaux formant la première catégorie, 41 ont succombé dans les quarante premiers jours ; 11 ont présenté, au delà de cette date, de la péritonite suppurée enkystée, mais nous n'avons pu déceler dans tout l'organisme trace de tuberculose ; 15, qui paraissaient les moins bien portants, ont été sacrifiés du troisième au neuvième mois, et à l'autopsie ils étaient indemnes de tuberculose ; enfin 58 vivent encore à l'heure actuelle.

Il est donc permis d'avancer que les poussières qui ont été insinuées en quantité massive dans le péritoine de 84 sujets d'expérience ne contenaient point de bacilles de Koch ou n'en contenaient point assez pour triompher de la résistance des sujets appartenant à l'espèce la plus réceptible pour la cruelle maladie.

Des 91 sujets inoculés avec du mucus nasal, 14 ont succombé avant le quarantième jour à des phlegmasies aiguës du péritoine. Des 77 autres, un seul est mort le vingt-sixième jour d'une tuberculose aiguë généralisée. Le mucus provenait d'un cuirassier vigoureux et en pleine santé. Dans le courant de décembre, 25 des cobayes survivants paraissant les moins valides ont été sacrifiés. Aucun n'a présenté de traces de tuberculose. Les autres sont vigoureux et bien portants.

Le résultat le plus saisissant de ces recherches c'est la constance des insuccès dans les tentatives de communiquer la tuberculose expérimentalement par l'inoculation intrapéritonéale de doses massives de poussières de toutes provenance, y compris celles des crachoirs, 90 animaux ainsi traités et épargnés par la septicémie sont restés indemnes.

**La chirurgie du sympathique.** — M. CHIPAULT fait une communication basée sur vingt-trois observations nouvelles dont voici les conclusions :

1° La chirurgie du sympathique comprend un certain nombre de techniques qui ne sont nullement comparables entre elles au point de vue thérapeutique. La section simple du nerf, la sympathicotomie, d'effet insuffisant et transitoire, doit être abandonnée. Les résections étendues, les sympathicectomies ont des indications différentes suivant qu'elles portent sur telle ou telle partie ou sur la totalité de ce nerf. La sympathicothripsie, intervention nouvelle, répond à des indications inverses de celles que visent les sympathicectomies.

Les sympathicectomies supérieures, dans lesquelles le ganglion cervical supérieur n'est enlevé qu'en partie, sont des interventions illusoires, incapables de remplir le but que se propose cette variété importante de résection du sympathique.

2° Les indications de la chirurgie du sympathique sont multiples : les faits rapportés sont relatifs les uns à des indications déjà connues (goitre exophtalmique, épilepsie,

glaucome), les autres à des indications nouvelles (affections mentales congestives).

*a.* Une sympathicectomie supéro-moyenne pour goître exophtalmique vient s'ajouter aux interventions satisfaisantes analogues, sans mériter de commentaire particulier.

*b.* Dix-sept sympathicectomies supérieures pour épilepsie apportent au contraire un important appoint à la thérapeutique de cette affection. Elles démontrent que, chez les épileptiques sympathicectomisés, il n'y a jamais aggravation. Le pis est que le résultat soit nul ou fugitif. Il est durable chez un nombre notable de malades qui voient leurs crises et leurs accidents mentaux s'atténuer considérablement ou disparaître. L'examen des faits montre que ces résultats heureux se produisent dans une proportion beaucoup plus grande lorsque la sympathicectomie a été bilatérale, bien complète du côté du ganglion supérieur et lorsqu'on a pu exercer après elle sur l'opéré une surveillance hygiénique et médicale attentive.

La sympathicectomie agit sans doute dans l'épilepsie en provoquant un véritable lavage permanent du cerveau encombré de produits toxiques, une sorte d'encéphaloclyse.

Les épileptiques opérés étaient tous des épileptiques absolument avérés, diagnostiqués tels par MM. Ballet, Brissaud, Gilles de La Tourette, Raymond, Voisin, etc. Dans aucun cas il ne s'agissait d'épilepsie symptomatique de lésion de l'encéphale, ou de lésion de la moelle, ou de lésion des nerfs périphériques : c'est ainsi qu'ont été élagués de la statistique deux sympathicectomisés cependant très intéressants, chez l'un desquels l'épilepsie avait succédé au développement d'un sarcome vertébral, chez l'autre au développement d'un myxome du sympathique.

*c.* Trois sympathicectomies supérieures pour glaucome ont produit un effet immédiat sur les douleurs et la tension du globe, un effet progressif sur la vision ; la plus importante de ces trois observations est relative à un cas de glaucome hémorragique, variété considérée jusqu'à présent comme absolument incurable.

Quant à la sympathicothripsie, intervention nouvelle, ses effets sont inverses à ceux de la sympathicectomie; elle ouvre dès lors la voie à la thérapeutique d'un grand nombre de maladies mentales, ayant pour point de départ des congestions intermittentes ou chroniques du cerveau.

3° Les dangers et les inconvénients des interventions sur les sympathiques sont nuls. La statistique présentée, malgré son importance, ne compte ni accidents ni incidents opératoires. La cicatrice est invisible, lorsque la réunion a été bien faite. Les symptômes oculo-pupillaires ne sont appréciables que si l'intervention a été unilatérale.

**Sur l'emploi du sesquisulfure de phosphore dans la fabrication des allumettes.** — M. COURTOIS-SUFFIT lit à l'Académie une note sur l'emploi du sesquisulfure de phosphore dans la fabrication des allumettes. Cette substance est actuellement employée depuis trois mois dans toutes les manufactures françaises. En dépit de l'amélioration que l'hygiène rigoureuse avait apportée dans la santé du personnel ouvrier des usines de Pantin-Aubervilliers, l'usage du phosphore blanc permettait de craindre toujours les accidents bien connus de phosphorisme et de nécrose phosphorée. L'usage maintenant généralisé du sesquisulfure de phosphore rendra, très vraisemblablement, ces accidents impossibles. Voici les raisons chimiques et expérimentales de son innocuité :

Le sesquisulfure de phosphore, par son mode de préparation industrielle, ne peut contenir, comme impuretés, que du phosphore rouge et de l'eau. Il possède une odeur spéciale où domine celle, si caractéristique, commune à beaucoup de sulfures; mais au dosage de 6 p. 100, proportion admise pour son introduction dans la pâte, cette odeur n'a rien de gênant ni pour les ouvriers ni pour le consommateur. Le sesquisulfure de phosphore ne fond qu'à 142 degrés. C'est un corps fixe, qui n'émet pas de vapeurs aux températures ordinaires. Aussi bien, ne constate-t-on ni odeur ni fumée dans les ateliers de fabrication des allumettes ; les boutons obtenus ne présentent pas, même par friction, la phosphorescence caractéristique des allumettes au phosphore blanc. Le sesquisulfure de phosphore s'obtient par la combinaison du phosphore amorphe et du soufre; on ne peut l'obtenir en partant du phosphore blanc. La toxicité du sesquisulfure par absorption directe est assez faible. On a pu en donner des doses répétées de 3 centigrammes par jour à des cobayes sans que ceux-ci aient paru en souffrir, alors que l'ingestion de 3 milligrammes de phosphore blanc provoque une mort rapide. Il y a lieu de remarquer que la dose de 3 centigrammes pour un cobaye correspond à celle de 3gr5 pour un adulte, c'est-à-dire au poids de sesquisulfure contenu dans 6000 allumettes.

L'emploi de la nouvelle pâte, si elle rend la fabrication des allumettes inoffensive, ne doit pas suspendre l'examen constant des anciens ouvriers. Car on sait que la nécrose peut survenir plusieurs années après la cessation de la manipulation du phosphore blanc.

**De l'emploi du sérum antistreptococcique.** — M. CADET DE GASSICOURT lit, au nom de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), une note dans laquelle cet auteur relate trois cas de broncho-pneumonie chez trois petits sujets (un an, neuf mois, sept mois); dans lesquels il a eu recours au sérum antistreptococcique de Marmorek toujours avec avantage; il n'a pas constaté le moindre accident tant local que général. Sans vouloir donner de conclusions définitives, il estime que ce sérum est un adjuvant utile pour le traitement de la broncho-pneumonie infantile.

### ÉLECTIONS

L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes :

*Épidémies.* — MM. Fernet et Landouzy.
*Eaux minérales.* — MM. Jungfleisch et Ferrand.
*Remèdes secrets.* — MM. Hayem et Bouchardat.
*Vaccine.* — MM. Nocard et Hervieux.
*Hygiène de l'enfance.* — MM. Cadet de Gassicourt et Pinard.

L'Académie procède au renouvellement des commissions des correspondants nationaux et étrangers :

*Première division.* — MM. François-Franck, Dieulafoy, Vallin, Hayem, Cadet de Gassicourt et Fournier.

*Deuxième division.* — MM. Panas, Berger, Porak, Lucas-Championnière, Reclus et Richelot.

*Troisième division.* — MM. Leblanc, Trasbot, Nocard, Weber, Mégnin et Railliet.

*Quatrième division.* — MM. Hanriot, Javal, Guignard, Marty, Jungfleisch et Gariel.

L'Académie procède enfin à la nomination des commissions des associés nationaux et étrangers :

MM. Vallin, Hayem, Berger et Lucas-Championnière.
MM. Nocard, Railliet, Guignard et Jungfleisch.

La séance est levée.

---

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 2 AU 7 JANVIER 1898)

### Examens de doctorat.

**VENDREDI 6 JANVIER**, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Tillaux, Walther et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Potain, Lancereaux et Teissier ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

**SAMEDI 7 JANVIER**, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Hanriot et Gley ; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Cornil, Marfan et Achard ; — (2e série) : MM. Debove, Roger et Vaquez ; — M. Hallopeau, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Albarran, suppléant.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat* (Séance du 26 décembre). — « Rapports du poumon gauche. — Signes et diagnostic de l'emphysème pulmonaire. »

MM. Mouchotte 27 + 15 = 42. — Courcoux 25 + 16 = 41. — Herrenschmidt 20 + 17 = 37. — Grivot 21 + 14 = 35. — Fernique 20 + 13 = 33. — Savignac 17 + 13 = 30. = Gardner 17 + 12 = 29. — Vaillant 18 + 10 = 28. — Vinsonneau 16 + 10 = 26. — Jacowski 15 + 8 = 23.

(Séance du 27 décembre). — « Arrière-cavité des épiploons. — Signes et diagnostic de l'ascite. »

MM. Renon 22 + 20 = 42. — Em. Coudert 22 + 17 = 39. — Grosse 21 + 15 = 36. — Bergougnian 19 + 16 = 35. — Delherm 20 + 15 = 35. — Le Sourd 19 + 15 = 34. — Hulleu 17 + 15 = 32. — Tridon 18 + 12 = 30.

— *Hopital Beaujon.* — Dimanche, les élèves et amis de M. Théophile Anger ont offert son buste à ce chirurgien qui, sans attendre d'être touché par la limite d'âge, résignait son service. MM. Le Dentu et Tuffier se sont faits les interprètes des regrets que laisse cette retraite. M. Théophile Anger, en remerciant les auteurs de cette manifestation, a rappelé les dernières paroles de Nélaton : « Ne faites pas parler de vous et faites du bien. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Gaudeffroy (de Châteauroux), qui vient de succomber, à l'âge de vingt-huit ans, aux suites d'une scarlatine contractée au lit d'un malade. Paul Gaudeffroy s'était marié il y a huit mois. Nos plus vives condoléances à cette famille si cruellement frappée et particulièrement à son malheureux père, le docteur Gaudeffroy, médecin à Vatan (Indre).

— Par décret, en date du 25 décembre 1898, sont promus dans le corps de santé militaire aux grades et emplois ci-après :

*Au grade de médecin principal de première classe.* — MM. les médecins principaux de deuxième classe Billet, en remplacement de M. Fournier, retraité ; désigné pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital militaire de Marseille. — Baudot, en remplacement de M. du Cazal, retraité ; désigné pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons. — Chavasse, en remplacement de M. Beltz, retraité ; maintenu comme professeur à l'École du Val-de-Grâce. — Flûteau, en remplacement de M. Renard, retraité ; maintenu à l'hôpital militaire de Versailles.

*Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — MM. les médecins-majors de première classe Baudouin, en remplacement de M. Millet, promu ; maintenu comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montauban. — Brisset, en remplacement de M. Bachelet, promu ; désigné pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême. — Isambert, en remplacement de M. Yvert, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; désigné pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital militaire d'Oran. — Klein, en remplacement de M. Billet, promu ; désigné pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital militaire de Chambéry. — Chupin, en remplacement de M. Baudot, promu ; maintenu comme médecin chef à l'École de Saumur. — Langlois, en remplacement de M. Chavasse, promu ; maintenu comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand. — Demandre, en remplacement de M. Flûteau, promu ; maintenu comme médecin chef de l'hôpital militaire de Briançon.

*Pour le grade de médecin-major de première classe* : MM. les médecins-majors de deuxième classe Francou, en remplacement de M. Sourris, retraité ; maintenu au 22e d'infanterie. — Sangle-Ferrière, en remplacement de M. Delamarre, retraité ; désigné pour le 30e d'artillerie. — Lubrez, en remplacement de M. Troy, retraité ; maintenu au 21e d'infanterie. — Jaubert, en remplacement de M. Clément, retraité ; désigné pour le 40e d'infanterie. — M. Ferry, en remplacement de M. Moret, retraité ; maintenu au 28e d'artillerie. — Boppe, en remplacement de M. Cadot, retraité ; maintenu au 146e d'infanterie. — Courtot, en remplacement de M. Baudouin (J.-N.), promu ; désigné pour le 33e d'artillerie.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Giraud, en remplacement de M. Decaux, démissionnaire, désigné pour le 8e d'artillerie. — Lefort, en remplacement de M. Francou, promu ; maintenu au 113e d'infanterie. — Cros, en remplacement de M. Sangle-Ferrière, promu ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Steinmetz, en remplacement de M. Lubrez, promu ; maintenu au 15e d'artillerie. — Lejonne, en remplacement de M. Jaubert, promu ; maintenu au 69e d'infanterie, — Dessirier, en remplacement de M. Ferry, promu ; désigné pour le 82e d'infanterie. — Ulliel, en remplacement de M. Boppe, promu ; maintenu au 54e d'infanterie.

*Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Bourguedieu, médecin aide-major de première classe en non-activité pour infirmités temporaires, en remplacement de M. Giraud, promu ; désigné pour le 64e d'infanterie.

— Par décret, en date du 26 décembre 1898, sont promus dans le corps de santé militaire aux grades et emplois désignés ci-après :

*Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième classe Vack, en remplacement de M. Brisset, promu ; maintenu au 138e d'infanterie. — Namin, en remplacement de M. Isambert, promu ; désigné pour le 91e d'infanterie. — Morer, en remplacement de M. Klein, promu ; désigné pour le 56e d'infanterie. — Melnotte, en remplacement de M. Chupin, promu ; désigné pour le 92e d'infanterie. — Lejeune, en remplacement de M. Langlois, promu ; désigné pour le 147e d'infanterie. — Durand, en remplacement de M. Demandre, promu, désigné pour le 81e d'infanterie.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Morigny, en remplacement de M. Vack, promu ; désigné pour le 58e d'infanterie. — Regnault, en remplacement de M. Namin, promu ; désigné pour le 119e d'infanterie. — Saulay, en remplacement de M. Morer, promu ; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. — Besson, en remplacement de M. Melnotte, promu ; maintenu à l'hôpital militaire de Rennes. — Lehmann, en remplacement de M. Lejeune, promu ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. — Aune, en remplacement de M. Durand, promu ; désigné pour le 87e d'infanterie.

— M. Émile Dubois a déposé sur le bureau de la Chambre la proposition de loi suivante :

« ARTICLE PREMIER. — Dans le délai d'une année à partir de la promulgation de la présente loi, seront créés dans chaque département, avec part contributive de l'État aux dépenses de premier établissement et de fonctionnement, un ou plusieurs laboratoires de recherches, analyses et examens bactériologiques destinés à combattre et à prévenir les maladies contagieuses, en particulier la tuberculose.

ART. 2. — Les dépenses résultant de l'établissement et du fonctionnement de ces laboratoires seront obligatoires pour les départements, dans les conditions prévues à l'article 61 de la loi

du 10 août 1871. La part contributive de l'État prévue à l'article premier est fixée au tiers de la dépense totale.

ART. 3. — Ces laboratoires seront à la disposition de tous les docteurs en médecine civils et militaires, des médecins-vétérinaires civils et militaires et des sages-femmes. Les recherches, analyses et examens bactériologiques seront gratuits. Les frais seuls de correspondance et de transport des produits à étudier seront à la charge des intéressés. »

---

**MÉNORRHAGIE** — *Apiol Joret et Homolle.*

**Alimentation des enfants** — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 150. — SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1898. 71e ANNÉE. SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1898. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

# GAZETTE DES HOPITAUX

## CIVILS ET MILITAIRES

**Le prix de l'abonnement** doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

**Le prix de l'abonnement** pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

**AU CORPS MÉDICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

**Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.**



## REVUE GÉNÉRALE

### De l'action de la laparotomie sur les processus chroniques de la cavité abdominale [tuberculose exceptée] (1).

Par R. DE BOVIS,

Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Reims.

5° NÉOPLASIES DIVERSES DE L'ABDOMEN. — Chez une jeune fille, Terrillon rencontra une grosse tumeur abdominale, qu'il considéra comme un sarcome inopérable : cinq ans plus tard, la malade était en parfaite santé, et la tumeur introuvable. Routier (2), qui cite ce cas, en signale un personnel, accompagné d'ascite, et où il obtint un répit de quatorze mois ; l'ascite venait seulement de se reproduire, lors de sa communication. Treves (3) vit un sarcome rétropéritonéal régresser pendant trois mois à la suite de la laparotomie : il reprit ensuite sa marche envahissante. Dans une étude en cours de publication, Bégouin (4) donne une statistique de 11 cas de tumeurs du mésentère traitées par la laparotomie exploratrice : elle comporte 7 guérisons opératoires, 4 morts opératoires et une guérison définitive (un cas de Terrier).

Du côté du PANCRÉAS, les documents sont rares : une mort avec Bœckel (5) [lithiase biliaire concomitante], une guérison opératoire avec Doyen (6) [suites éloignées inconnues].

Pour les NÉOPLASMES GÉNÉRALISÉS DU PÉRITOINE, voici une observation de Tillmann (7), digne d'être soulignée, car c'est une des deux seules observations, où l'examen microscopique ait été fait — du moins, à notre connaissance. Chez une femme de quarante-trois ans, ascitique, la laparotomie démontra l'existence de plusieurs noyaux disséminés sur le péritoine, l'épiploon, les ovaires. Un petit noyau fut pris pour une biopsie. L'histologie, de concert avec la clinique, affirma le carcinome ; six mois plus tard, on constatait une amélioration sensible : une grosse tumeur, dépendant de l'épiploon, n'avait pas augmenté ; elle paraissait même diminuée. Il n'y avait plus d'ascite. Terrier (1) obtint également la disparition d'une ascite due à des végétations multiples d'aspect sarcomateux : il est vrai qu'il y eut après l'opération des ponctions répétées, mais, douze à treize ans après la laparotomie, la malade vivait encore et était bien portante. M. Pozzi (2) cite une guérison datant de deux ans ; sa malade est comme « ressuscitée » ; il déclare s'en être bien trouvé dans un autre cas. Snow (3) a obtenu une diminution de la tumeur (épiploïque surtout) et une amélioration de l'état général chez une malade, dont l'affection abdominale paraît avoir été une métastase d'un cancer du sein.

Nous voyons ensuite Duplay (4), Villar (5), Folet (2 cas), accuser des survies post-opératoires de onze mois à deux ans et quelques mois, avec amélioration de l'état général. L. Tait (6) n'a eu qu'un résultat négatif et Verchère (7) se borne à signaler une guérison opératoire. Il est peut-être bon de rappeler que l'évolution naturelle de la carcinose péritonéale serait lente (8).

D'autre part, la mort survint quinze jours après l'opération, dans le cas de Sallés (9), un mois dans celui de Terrillon (10). Mentionnons encore un cas de carcinose des ganglions mésentériques [Jeannel (11)] et un de sarcome métastatique du mésocôlon descendant [Pavlick (12)], où la laparotomie entraîna rapidement la mort.

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1898, p. 1357.
(2) ROUTIER. Soc. de chir., 29 juillet 1891.
(3) TREVES. *The Lancet*, 5 mars 1898, p. 643.
(4) P. BÉGOUIN. Traitement des tumeurs solides et liquides du mésentère, *Rev. de chir.*, 10 juillet 1898, p. 648.
(5) BŒCKEL. *Congr. franç. de chir.*, 1892, p. 177, Obs. IV.
(6) E. DOYEN. Contribution à la chirurgie de l'estomac et de l'intestin, *Arch. prov. de chir.*, juillet 1892, n° 1, p. 30.
(7) TILLMANN. Loc. cit.

(1) TERRIER. Soc. de chir., 29 juillet 1891.
(2) POZZI. *Ibid.* — Dans un de ces cas, il y eut drainage.
(3) SNOW. Loc. cit.
(4) S. DUPLAY. Des effets curatifs de certaines opérations purement exploratrices, *Semaine méd.*, 1er janv. 1892, n° 1, p. 1.
(5) VILLAR. In *Arch. prov. de chir.*, 1894, loc. cit.
(6) L. TAIT. *The Lancet*, 7 fév. 1891.
(7) VERCHÈRE. Cong. de gyn., obst. et pédiat., Bordeaux, 8 août 1895.
(8) Cl. et Ch. LÉVI. Du cancer colloïde du péritoine, *Arch. gén. de méd.*, août 1895.
(9) SALLÈS. Soc. des sc. méd. de Lyon, in *Lyon méd.*, 31 déc. 1893, n° 53, p. 615, LXXIV.
(10) TERRILLON. In Carilian, loc. cit., p. 24.
(11) JEANNEL. Soc. de chir., 6 janv. 1886.
(12) PAVLIK. Contribution à l'étude des tumeurs périnéphrétiques, *Časopis lékaru ceskych*, 1896, n° 19 (Bohême).

Kystes. — En guise d'appendice nous clôturons ce chapitre avec quelques observations de kystes. Michaux (1) est intervenu chez un malade atteint de phénomènes péritonéaux, survenus à la suite d'une ponction de kyste à échinocoques du foie; il trouva en effet une véritable échinococcose péritonéale et referma le ventre sans rien faire : le malade guérit parfaitement. Comme revers de médaille, signalons la terminaison fatale d'une observation analogue d'Uhde (2).

Ce résultat fut négatif chez un malade d'Himmofarb : le péritoine ne contenait pas de kystes, mais des végétations, que l'examen microscopique, aidé de la clinique, fit attribuer, par exclusion, à un kyste à échinocoques dégénéré.

Enfin, une observation de Sorel (3), très curieuse, mais très difficile à classer. Le foie présentait des formations kystiques, la malade était emphysémateuse, et, après des péripéties variées et une laparotomie *in extremis*, la santé était relativement bonne huit mois après l'opération; en somme, pas d'aggravation et plutôt une amélioration.

Résultats. — 1° *Immédiats*. — Nous relevons 32 cas de morts sur 121 opérations (en y comprenant la statistique de P. Bégouin). Ce chiffre pourra paraître bien fort, ayant été fait à l'aide de cas glanés dans des publications isolées, rarement dans des études intégrales. Mais cette mortalité de 26 p. 100 est celle du premier mois; à ne considérer que les décès des premiers jours, celle où l'influence de la laparotomie est directement en cause, elle tombe à 18 p. 100 environ.

Reste à savoir dans quelle mesure ce chiffre est acceptable. On peut objecter certainement que les cas malheureux ne sont pas tous publiés; mais on en peut dire presque autant des cas heureux : une laparotomie exploratrice, dont le résultat sera négatif, est oubliée par son auteur, ou n'est rappelée qu'incidemment. D'autre part, au Congrès de chirurgie de 1893, Roux (de Lausanne) et Doyen (de Reims), à propos du cancer de l'estomac, n'accusaient aucune mort sur un total de 15 laparotomies exploratrices.

Mais, on comprend tout ce qu'ont de défectueux ces évaluations faites en vue d'un organe spécial et par des chirurgiens plus ou moins spécialisés. Voici, par contre, les chiffres que nous relevons dans les statistiques annuelles publiées par le professeur Lennander (d'Upsal) dans les « Upsala läkaref : s förhandl » de 1890 à 1897, et comprenant TOUS les cas d'affections abdominales de son service.

Laparotomies exploratrices pour néoplasmes, 18; morts 10. Soit une mortalité de 55 p. 100 (4).

Admettons une série malheureuse, puisque le chiffre est peu élevé (18), mais concluons cependant que la mortalité de 15 p. 100, que Carilian trouvait en 1886, était inférieure à la réalité, aussi bien sans doute de son temps que du nôtre.

Cependant, Czerny et Rindfleisch ont pour l'estomac et l'intestin une mortalité de 33 p. 100; Krönlein, 13 p. 100 seulement (premier mois).

Quelle en est la cause? Presque toujours la même : l'état de cachexie des malades. Trop confiants peut-être en l'impunité promise à l'antisepsie, l'opérateur ne semble pas assez faire la balance de l'économie physiologique de son malade, d'où les accidents. Le cancéreux en voie de généralisation ou cachectisé supporte très mal le traumatisme (Le Dentu).

Trois régions sont particulièrement exposées : le petit bassin, le foie et l'estomac.

En ce qui concerne le petit bassin, notre statistique donne un chiffre à peu près semblable à celui que fournit l'ensemble des faits : soit 17 à 18 p. 100. Certaines statistiques de quelques gynécologistes semblent bien plus favorables : il est vrai qu'elles ne font pas toujours la distinction entre les processus non néoplasiques et les néoplasiques. Par contre, la mortalité de ces laparotomies exploratrices l'emporte toujours sur les opérations radicales. Ce résultat paradoxal tient uniquement aux ventres ouverts en pleine carcinose. Voici, à titre documentaire, deux statistiques récentes et portant sur des opérations faites au cours de ces toutes dernières années.

Sur 100 opérations gynécologiques exécutées en 1895, Heinricius [d'Helsingfors (1)] a eu 6 morts, soit 6 p. 100 de morts; et sur 6 laparotomies exploratrices, il en a 1 (cancer du péritoine) ou 16 p. 100.

Rein (2), sur 461 laparotomies, compte :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 332 | ovariotomies avec . . . . . . . . | 3,0 p. 100 | de morts. |
| 73 | hystérectomies . . . . . . . . . | 10,9 — | — |
| 33 | divers . . . . . . . . . . . . . | 12,1 — | — |
| 13 | laparot. explor. pour néoplasmes | 13,0 — | — |
| 9 | — pour divers. . . . | 11,1 — | — |

La mortalité de Heinricius et de Rein est au-dessous de celle de notre statistique, mais il est bon de remarquer qu'il s'agit de deux chirurgiens exclusivement gynécologistes, c'est-à-dire hautement spécialisés, et que la femme supporte la laparotomie beaucoup mieux que l'homme.

Les cancers du foie et de l'estomac comptent certainement parmi ceux qui affectent le plus gravement l'organisme. Mais en ce qui concerne les premiers, nos tables obituaires sont, chose curieuse, relativement peu chargées. Par contre, les chirurgiens les plus réputés ont l'air d'être parfaitement édifiés sur ce chapitre : Le Dentu (3) Gersuny (4), Michaux (5), Ricard (6), Terrier (7), Broca (8) n'ont qu'une voix pour nous prêcher la méfiance. Dans le cancer hépatique, en plus du danger propre à tout traumatisme grave chez un cancéreux (Le Dentu), il y a celui de l'hémorragie, qui peut entraîner la mort, même après une simple ponction capillaire. Hans Kehr (9) accuse 10 morts sur 17 malades cancéreux et lithiasiques : il est vrai qu'il ne s'agit pas de simples laparotomies exploratrices; néanmoins cette léthalité donne à réfléchir.

2° *Résultats éloignés*. — Il en est qui tiennent du merveilleux, quand il s'agit de lésions diagnostiquées cancers.

(1) Michaux. Soc. de chir., 23 mai 1894.
(2) Uhde. *Deuts. med. Wochens.*, 1880, p. 52.
(3) Sorel. In Th. Gratien, Obs. VI, p. 49.
(4) Dans les affections chroniques non néoplasiques, la mortalité fut, pendant le même temps, de 11 p. 100 (1 mort sur 9 cas).

(1) G. Heinricius. *Finska lækaresællsk.*, 1896, n° 7.
(2) Rein. Cong. russe de gyn. et obst. Kieff, in *Centratbl. f. Gyn.*, 1897, n° 18, p. 520.
(3) Le Dentu. Acad. de méd., 30 déc. 1890.
(4) Gersuny. Club méd. de Vienne, 14 nov. 1894, in *Semaine méd.*, 1894, p. 538.
(5) Michaux. Soc. de chir., 8 mai 1895 et 3 fév. 1897.
(6) Ricard. *Ibid.*, 13 janv. 1897,
(7) Terrier. *Ibid.*, 3 fév. 1897, cité par Ricard.
(8) Broca. *Ibid.*
(9) H. Kehr. Ueber Gallenstein extirpationen, *Berlin. klin. Wochens.*, 15 juin 1896.

Mais, on ne saurait être trop réservé à l'égard du cancer proprement dit ou carcinome. Des cellulites rétro-péritonéales (Treves), des lésions syphilitiques [von Esmarch (1)], des adénites peuvent le simuler. Les lésions tuberculeuses engendrent parfois de pareilles méprises, même à l'examen microscopique (2).

En ce qui concerne les sarcomes et les myomes, il est peut-être permis d'être moins sceptique. Dans les sarcomes, il y a sans doute une part de phlogose, qui explique les succès de certains sérums (Emmerich, Scholl) ou de certaines toxines (Coley, Lassar). Peut-être même y a-t-il des pseudo-sarcomes, sortes de tumeurs hybrides tenant le milieu entre le néoplasme vrai et les inflammations chroniques. Quant aux fibro-myomes, on peut, pour des raisons analogues, admettre la légitimité du diagnostic : des interventions, en apparence trop incomplètes pour être utiles, ont eu parfois le même succès que la laparotomie. Hofmokl (3) vient de signaler un cas de myome inopérable, pour lequel il dut se contenter d'une castration UNILATÉRALE, et pourtant la tumeur est déjà en voie de résolution.

Restent alors la plupart des observations où l'évolution démontre clairement le cancer. Pour elles, il faut se demander : 1° la laparotomie soulage-t-elle? 2° n'abrège-t-elle pas l'existence?

La réponse à la première question est affirmative dans beaucoup de cas : la tumeur reste souvent ce qu'elle est, mais l'ascite disparaît ou diminue ; les troubles fonctionnels, dont la continuité aurait certainement menacé l'existence, s'amendent.

Quant à la seconde, il est difficile de fournir une réponse ferme et d'une manière absolue. On ne peut en effet s'empêcher de tenir compte des cas de morts plus ou moins rapides qui suivent la laparotomie; cependant, si nous faisons, pour l'instant, abstraction de ces derniers, nous conclurons volontiers, que la laparotomie n'abrège pas la vie du cancéreux, qu'elle l'allonge même dans certaines circonstances : on n'a qu'à relire les sommaires d'observations que nous venons de sérier.

La statistique de Krönlein a l'air au premier abord défavorable à la laparotomie palliative. Mais, si l'on y réfléchit, on se convainc plutôt du contraire. A qui s'adressent en effet ces laparotomies? Au rebut des cas opérables... Si donc des cancers de l'estomac, jugés incapables de fournir un succès opératoire, vivent encore 139 jours, alors que les opérables, non opérés, vivent 209 jours, il y aurait exagération à considérer l'existence des premiers comme abrégée, surtout à côté des 77 jours de survie des inopérables. La moyenne de 139 jours s'élève à 158, si l'on fait abstraction de trois cas de mort durant le premier mois (à 3, 15 et 28 jours).

III

**Pathogénie.** — Reste maintenant à expliquer cette influence palliative ou curative de la laparotomie. La diversité des faits nous empêchera *a priori* de chercher une explication univoque.

(1) Von Esmarch. *Semaine méd.*, 1895, p. 192.

(2) Telle cette tuberculose chirurgicale prise pour du lymphadénome (Pilliet et Hartmann. Soc. anat., juillet 1891).

(3) Hofmokl. Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, in *Semaine méd.*, 1898, p. 262.

1° Théorie de la coïncidence. — Émise par L. Tait, elle ne saurait nous arrêter devant le nombre si considérable de faits que nous avons rapportés.

2° Théorie mécanique. — Elle convient à tous les faits où la libération des adhérences a rendu aux organes leur mobilité ou leur situation première.

Alors même qu'il n'y a pas eu de manœuvres libératrices, on peut supposer que le déplacement des viscères, amené par l'ouverture du ventre, a joué le rôle d'un heureux hasard (Jaboulay, Lascoutx).

Mais on ne saurait accorder une part prépondérante à cette théorie, même dans les processus fibreux. En effet, les cas les plus heureux, les succès les plus éclatants devraient appartenir aux opérations type Riedel. Or, c'est plutôt le contraire. Dans un cas de Dayot, la tumeur est même devenue fixe après la laparotomie et pourtant le malade a été soulagé !

Il faut donc des brides bien limitées, bien légères, dont les surfaces cruentées, après section, soient bientôt entraînées loin les unes des autres, pour admettre cette explication. Or, nous avons laissé ces cas de côté; nous ne pouvons donc expliquer ainsi les cas restants ; ou bien l'explication n'est plus valable que pour un petit nombre d'entre eux (telle, l'observation de péri-appendicite de Quénu).

3° Théorie nerveuse et trophique. — Duplay fait remarquer que l'ouverture du ventre, l'exploration, la dilacération des brides peut avoir pour effet d'étirer les filets nerveux, d'où la disparition des phénomènes douloureux et fonctionnels, en même temps que, peut-être, certaines modifications trophiques capables d'amener la résorption des adhérences.

Cette hypothèse ingénieuse est applicable aux cas, où les manœuvres libératrices ont eu quelque amplitude. Nous y souscrivons très volontiers et nous pensons qu'il faut en tenir compte; mais, cette action trophique ne serait-elle pas plutôt la conséquence de troubles vaso-moteurs?

4° Théorie vaso-motrice. — Elle nous paraît surtout applicable aux péritonites chroniques, aux scléroses viscérales (hépatites, etc.), aux « périviscérites », aux néoplasmes fibreux.

Avec Albin Lambotte (1), on peut diviser les adhérences en trois classes suivant le degré de leur organisation : exsudats fibrineux, fibreux, fibro-vasculaires.

Les premiers sont résorbables en entier et spontanément, si les causes qui les ont produites ne sont pas trop persistantes ni les lésions trop profondes [Muscatello (2)], ou si elles ne sont pas septiques (3). Ce sont des exsudats et adhérences de ce genre qui amènent, entre autres, ces paralysies intestinales post-laparotomiques. Ces exsudats plastiques, comme on les appelle, cèdent facilement à la mobilité des organes ou à un traitement approprié. Voici une observation de Lennander (4) qui a presque la valeur d'une expérience : à la suite d'une péritonite par perforation due à un ulcère de l'estomac, il draine le péritoine par le vagin :

(1) A. Lambotte. Soc. belge de chir., in *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1898, p. 216.

(2) Muscatello. *Arch. per Sc. med.*, XX, 4, 1897.

(3) P. Rissmann. Ueber peritoneale Plastik, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1896, n° 29.

(4) K. G. Lennaner. Om behandlingen af det perforerande mag-och duodenal-saret, *Upsala lækare:s fœr*, 3 nov. 1897, Bd III, Obs. III, p. 84.

à ce niveau les anses intestinales étaient agglutinées en masse; mais à l'autopsie, quinze jours après, il n'y avait plus trace d'adhérences.

Les secondes sont fibreuses, c'est-à-dire qu'elles contiennent peu ou pas de vaisseaux importants. Légères, fines, elles s'étirent facilement, grâce au jeu des organes; quand on vient à les sectionner, dans une laparotomie, les surfaces de la section sont entraînées et déplacées et elles n'ont plus de tendance à se ressouder.

Par contre, les dernières sont un vrai parasite, intercalé entre deux organes, et ayant tous les défauts du tissu cicatriciel. Quand leur siège est limité, la mobilité spontanée des organes abdominaux, si elle n'en vient pas à bout, peut au moins en réduire l'importance et les faire passer en deuxième catégorie. A titre de preuve expérimentale, on pourrait citer l'observation suivante de Mayo Robson (1) : l'auteur eut l'occasion de pratiquer chez un malade une entéro-cholécystotomie; quelques années plus tard, ayant rouvert le ventre, il ne trouva plus qu'une bride fibreuse tendue entre le fond de la vésicule et le côlon; et pourtant la bouche biliaire avait indubitablement fonctionné. Dans le même ordre d'idée, Condamin (2) a remarqué que la marsupialisation des kystes de l'ovaire favorise singulièrement leur extirpation ultérieure.

Mais enfin, il peut arriver que l'épaisseur, l'ancienneté et surtout l'état de SEPTICITÉ LATENTE des adhérences, les rendent irrésorbables.

Traiter celles-ci par des sections, des lacérations, des résections minutieuses et exactes, c'est cruenter pour de nouvelles adhérences un tissu qui y est tout disposé. Témoin ces péricholécystites, ces périgastrites, ces péritonites chroniques de Bœckel, Guelliot, Riedel qui récidivèrent. « A mal nouveau, remède nouveau; » et si l'on veut agir ainsi, il y a toute une chirurgie nouvelle à créer ou perfectionner : l'autoplastie péritonéale.

Et cependant la laparotomie simple en vient parfois à bout. Comment concevoir son mode d'action?

L'ouverture du ventre a un effet certain : celui de modifier la pression intra-abdominale. Les vaisseaux péritonéaux subissent le plus souvent une vaso-dilatation évidente. Témoin encore les apoplexies sanguines que von Mosetig-Moorhof, Raymond, ont vues se produire à la surface des tumeurs mises à nu : l'action de l'air extérieur, les irritations mécaniques, la diminution de la pression intra-abdominale en sont les principaux facteurs. Physiologistes et chirurgiens ne sont pas absolument d'accord sur les variations du dernier. D'ailleurs la pression intra-abdominale doit varier considérablement d'un moment à l'autre. En tout cas, l'évacuation d'une ascite est décomprimante au premier chef.

Le ventre refermé, les conditions normales revenant peu à peu, les vaisseaux dilatés vont se rétracter. Il est probable que le travail de résorption qui s'ensuit, ne se contente pas de faire disparaître les exsudats résultant de la dernière laparotomie; la réaction dépassera l'action et servira d'amorce en quelque sorte à des phénomènes de résorption jusqu'ici trop lents ou stationnaires. L'air ou l'oxygène de l'air, la lumière, joueront-ils un rôle spécifique dans ce stimulus de l'activité vaso-motrice ou phagocytique (car, il faut penser aux germes atténués des adhérences)? Nous ne saurions le dire, mais nous en doutons, car il est probable qu'il n'y a nulle spécificité dans un remède capable de guérir aussi bien la tuberculose, que des péritonites chroniques, et même des fibromes.

A l'égard des *tumeurs*, nous avons déjà dit qu'il n'y a guère que celles du type conjonctif, qui aient quelque chance de disparaître, soit parce qu'elles sont purement inflammatoires (on vient de soutenir, d'une manière assez séduisante, l'origine syphilitique des fibromes ou de certains fibromes utérins), soit parce qu'elles le sont peut-être en partie (sarcomes, myomes). En tous cas, c'est par l'action vaso-motrice et résorbante de la laparotomie sur leur élément conjonctif ou phlegmasique, que nous comprenons leur diminution ou leur disparition.

Quant aux tumeurs épithéliales, elles donnent lieu à des congestions, à des adhérences, à des spasmes, en un mot à des phénomènes secondaires d'ordre inflammatoire, irritatif ou nerveux. C'est sur ces éléments accidentels seuls qu'agira la laparotomie; car nous ne connaissons pas de cas où l'élément principal, le carcinome, ait authentiquement disparu.

Mais, quand une sclérose est par trop ancienne, sous la dépendance de causes persistantes, la laparotomie se trouve sans effet : d'où les insuccès assez nombreux par nous signalés, et, entre autres, ceux qui suivent les interventions sur les foies cirrhotiques et hypertrophiques.

Une dernière remarque, par laquelle nous n'avons pas la prétention d'expliquer certains succès, mais que nous formulons à titre de simple avertissement. Les « tumeurs-fantômes », les tumeurs stercorales ont causé maintes méprises; or, d'après une observation de Czerny (1), on peut conclure que la laparotomie n'est pas toujours un critérium absolu pour ces mirages néoplasiques : Czerny, faisant une laparotomie pour fermer un anus contre nature, rencontre une tumeur sur le côlon transverse. Nous passons sur la suite de l'observation; mais, quinze mois plus tard, on trouve à l'autopsie que le cancer siégeait sur l'S iliaque. Ce qu'on avait pris d'abord pour un néoplasme, c'était l'intestin contracté spasmodiquement sur quelques scyballes.

5° THÉORIE PSYCHIQUE. — Le facteur psychique triomphe assez souvent dans quelques *prosphysectomies* [Treves (2)], salpingectomies ou opérations simulées, pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte dans les laparotomies exploratrices. A ce point de vue, nous remarquerons que notre statistique contient un nombre considérable de femmes : au ventre, ça n'a rien d'étonnant. Mais, remarquons que Riedel compte 14 femmes sur ses 21 malades, or, la scission qui existe en Allemagne entre la gynécologie et la chirurgie générale limite beaucoup le champ d'étude féminin des chirurgiens allemands.

De ce qu'il y ait beaucoup de femmes, nous n'entendons pas faire, de toutes, des hystériques et des malades imaginaires. Nous voulons simplement attirer l'attention sur ce fait, signalé spécialement par Jänicke [de Breslau (3)], que

(1) In thèse JOURDAN. *De la cholédochotomie*, Th. de Paris, 1894-95, Obs. LXVII, p. 106.

(2) CONDAMIN. *Semaine gyn.*, 20 juillet 1897.

(1) CZERNY. In A. Schiller. Ueber die Darmoperationen au der Heidelberg chirurg. Klinik., *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1896, XVIII, 3, Obs. XVII, p. 641.

(2) TREVES. Extirpation of two normal appendices followed by full recovery, Soc. méd. de Londres, 28 fév. 1898, loc. cit.

(3) JÆNICKE. Cong. intern. de Rome, 1894. — Voir également, à ce sujet, une observation très curieuse, en partie double (côté chirurgie et côté médecine), dans la *Presse méd.*, 1898, nos 32 et 47.

tels tiraillements abdominaux, telles douleurs, qui seraient négligés par un tempérament bien trempé, auraient au contraire une importance exagérée chez un être plus faible ou plus impressionnable. On ne sent pas avec ses nerfs seulement, mais aussi et surtout peut-être avec son cerveau. C'est dire tout le rôle « moral » que peut jouer une opération.

IV

**Indications opératoires et technique.** — On sait les conditions dans lesquelles on recourt généralement à la laparotomie exploratrice. Rien à dire de ce côté, qui obéit à des lois particulières.

Nous voulons viser surtout la laparotomie « per se ». D'ailleurs une partie de ce que nous en dirons sera applicable à la première.

*Il faut tout d'abord un diagnostic aussi certain et aussi approché que possible.* Plus nous allons et plus on se convainc que toute la chirurgie ne tient pas dans une étuve.

Ce diagnostic aura pour but et pour effet de faire un triage et d'éliminer ceux à qui l'acte chirurgical est inutile ou dangereux.

La laparotomie « per se » est *dangereuse pour les néoplasiques* et surtout, semble-t-il, pour ceux qui offrent un néoplasme hépatique. Cette proposition n'a rien de nouveau; elle ne contient que de l'imprévu, car nous ne nous serions pas attendu nous-même à trouver une mortalité opératoire de 15 à 30 p. 100 dans les cas publiés, et de 55 p. 100 dans la statistique intégrale d'un chirurgien éminent.

La laparotomie est inutile chez ceux qui ne présentent aucun trouble fonctionnel grave, aucune douleur violente, ou qui n'ont pas encore subi l'épreuve d'un traitement médical ou autre non sanglant.

Nous éliminerons donc les néoplasiques jugés inopérables par d'autres méthodes, mais n'offrant rien d'alarmant ou d'intolérable dans leur état; nous éliminerons cardiaques et brightiques avec leurs ascites, ainsi que les péritonitiques, dont la santé permet d'attendre les résultats d'un traitement médical. Quant aux hystériques, avant de leur ouvrir le ventre, on pourra toujours commencer avec eux par un de ces petits subterfuges chirurgicaux, parfaitement légitimes, quand on les accomplit en tout honneur professionnel.

Par contre, on sera parfaitement en droit d'intervenir à l'égard des processus fibreux irrésorbables, cachectisants et douloureux; à l'égard des néoplasmes compromettant, trop prématurément, l'existence par des troubles fonctionnels graves ou des douleurs; à l'égard des hystériques, chez lesquels l'échec de tous les petits moyens donne le droit de supposer que l'état psychique est commandé par un substratum anatomique.

En plus des cas précédents, nous ajouterons volontiers la splénomégalie: les raisons de notre choix se retrouvent dans le paragraphe qui lui est consacré.

Enfin, le grand nombre des cas douteux à diagnostic impossible (ascites obscures dues à des périviscérites, néoplasmes latents, etc.) étendra certainement, et un peu malgré nous, le domaine des indications opératoires. Nous ne nous en plaignons pas trop: les laparotomies exploratrices, faites avec prudence, amèneront sans doute plus d'un succès, dont bénéficiera l'opération « per se », tout en ne chargeant pas trop, il faut l'espérer, son nécrologe.

Au point de vue de la TECHNIQUE, nous rappellerons que le professeur Terrier n'acceptait que de très mauvaise grâce, en 1885, la laparotomie exploratrice. Il craignait que, le ventre ouvert, on ne se laissât entraîner à des explorations dangereuses, à des opérations impraticables. Raison de plus pour dire encore qu'une opération qui veut ou doit demeurer simplement modificatrice, ne doit pas s'écarter du programme suivant: réduire au minimum le traumatisme et les blessures de la séreuse. Pour le néoplasique, c'est une garantie de vie, pour les péritoines à adhérences, c'est une garantie de guérison ou d'amélioration vraie. Donc aussi peu de libérations, de sections, de restaurations, de débridements que possible: « Le mieux est l'ennemi du bien. »

Les ascites exigent certaines précautions; il faut ponctionner le ventre pendant les jours qui suivent l'opération, si elles se reproduisent. Sinon, on s'expose à voir le liquide filtrer à travers la plaie, la désunir et entraîner ainsi des complications redoutables. Ainsi avons-nous vu mourir un cirrhotique ascitique, atteint de hernie étranglée de l'ombilic. Il est vrai de dire que le sujet, alcoolique, voulut à tout prix retourner chez lui six jours après son omphalotecmie. On pourrait, dans ces cas, recourir au drainage et au lavage du péritoine.

V

**Conclusions.** — De cet exposé des théories et des faits, nous concluons que la laparotomie a une action incontestable sur les processus chroniques de l'abdomen.

Cette action se manifeste surtout sur les processus inflammatoires chroniques, et sur l'élément analogue qui accompagne les néoplasmes.

Pour ceux-ci, il n'y a pas de preuve authentique de leur disparition, à notre connaissance; mais il semble que les tumeurs conjonctives soient susceptibles de résolution.

Les péritonites chroniques fournissent, par contre, un très fort contingent de guérisons.

Au point de vue de la gravité, on peut dire que la laparotomie exploratrice n'est grave qu'avec les néoplasmes cancéreux. Mais cette gravité est très réelle, puisque nous l'avons vue atteindre 50 p. 100. La raison en est que la laparotomie exploratrice s'adresse souvent à de véritables déchets de la chirurgie.

Le meilleur moyen de diminuer cette mortalité est de se convaincre qu'une laparotomie n'est jamais inoffensive chez un cancéreux, et de ne recourir à elle qu'à bon escient.

Si l'on veut, en effet, que la laparotomie ait une action curative ou palliative, en même temps que peu meurtrière, il faut qu'elle reste simple, rapide, « modificatrice, » beaucoup plus que « libératrice » ou autre chose.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

*Concours de l'Internat* (Séance du 27 décembre). — Ajouter à la liste des candidats: M. Lefas 22 + 13 = 35.

(Séance du 28 décembre 1898.) — « Rapports de la vessie chez l'homme; — Signes et diagnostic des calculs vésicaux. »

MM. Huguier 23 + 15 = 38. — Nollet 24 + 14 = 38. — Audistère 23 + 14 = 37. — Delamarre 21 + 14 = 35. — G. Legros 23 + 12 = 35. — Maury 20 + 14 = 34. — Poulard 19 + 15 = 34. — Cathala 15 + 16 = 31. — Sémeril 17 + 11 = 28. — Marais 15 + 11 = 26.

(Séance du 29 décembre.) — « Artères carotides primitives; — Symptômes et diagnostic de la scarlatine. »

MM. Morichau-Beauchant 23 + 17 = 40. — Balthazard 24 + 14 = 38. — Du Pasquier 25 + 10 = 35. — Demaldent 20 + 9 = 29. — B. Weil 18 + 10 = 28. — Daniel 19 + 6 = 25. — Detot 19 + 5 = 24.

— *Externat.* — Le 180e externe reçu est *M. Roger Dupouy*, et non pas *Dupuis*.

— Par décret, en date du 29 décembre 1898, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de commandeur.* — M. le docteur Dieulafoy, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

*Au grade d'officier.* — M. le docteur Chantemesse, inspecteur général adjoint des services sanitaires au ministère de l'Intérieur, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

*Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Brocq, médecin de l'hôpital Broca-Pascal; — Gaucher, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; — Nitot, médecin en chef de la crèche et de l'asile de l'île Saint-Louis; — Maurice de Fleury, directeur du laboratoire de psychologie physiologique à la Salpêtrière; — Piéchaud, médecin-adjoint du Sénat; — Verchère, chirurgien en chef de la maison d'arrêt de Saint-Lazare; — Chaput, chirurgien à l'hôpital Tenon; — Gaillard, médecin dentaire des hôpitaux de Paris; — Gyoux, président de l'Association corrézienne à Bordeaux; — Bollet, membre du conseil général de l'Ain; — Glénard, médecin de l'hôpital de Vichy; — Mercier, membre du conseil général d'Eure-et-Loir; — Chevillon, médecin chef de l'hôpital civil de Bayonne; — Trélaün, membre du conseil général des Hautes-Pyrénées.

— Par décret, en date du 29 décembre 1898, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de commandeur.* — M. Boisseau, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

*Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux de première classe Annequin et Viry; — M. le médecin principal de deuxième classe Benoît; — MM. les médecins-majors de première classe Moret, Defos du Rau et Magdelaine.

*Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors de première classe Bony, Masson, Petit, Reboud, Oriou, Bourbon, Bonnet, Prieur, Cahier, Loup; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Vack, Dupeyron, Lebastard, Duroux, Descosse, Lejeune et Raynal.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Roncin et Dulud.

— Par décret en date du 29 décembre 1898, ont été nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

M. le médecin-major de première classe Descours; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Petit, Piquot, Salebert et Beugneux.

— Par décret en date du 29 décembre 1898, ont été nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

MM. Rumen, médecin-major de première classe de l'armée territoriale; Bertholon, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale; Beuve, médecin à Dammartin.

— Par décision ministérielle, en date du 26 décembre 1898, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Lenoir, nommé directeur du service de santé du 15e corps d'armée; — Delorme, nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Versailles; — Lepage, nommé directeur du service de santé du 9e corps d'armée.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Annesley, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; — Heuyer, nommé directeur du service de santé de la division d'Oran; — Bourdon, pour l'hôpital militaire de Vincennes.

MM. les médecins-majors de première classe Auban, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans; — Landriau, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers; — Folie-Desjardins, pour le 12e d'artillerie; — Delahaye, nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Sedan; — Dulery, nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Chartres; — De Santi, pour le 23e d'artillerie; — Schmitt, nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Dunkerque; — Polin, pour l'hôpital militaire de Versailles; — Lambert, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; — Troussaint, pour l'hôpital militaire de Marseille (bactériologie); — Larue, pour le 25e d'artillerie; — De Schuttelaere, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; — Manfredi, pour le 38e d'artillerie; — Darré, pour le 31e d'artillerie; — de Tastes, pour le 16e d'artillerie; — Petit, pour le 11e d'infanterie; — Boisson, pour le 106e d'infanterie et laboratoire de bactériologie de l'hospice mixte de Châlons.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Castel, pour le 3e hussards; — d'Audibert Caille du Bouguet, pour le 11e dragons; — Lanel, pour la direction du service de santé du 6e corps d'armée; — Chene, pour le service des places de Collioure et de Port-Vendres; — Dommartin, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Quehery, pour le 20e chasseurs à cheval; — Villiers, pour le 5e bataillon d'artillerie à pied; — Puig, pour le 26e dragons; — Tersen, pour le 72e d'infanterie; — Papon, pour le 134e d'infanterie; — Licht, pour le 16e dragons; — Esprit, pour le 12e bataillon de chasseurs à pied; — Rouget, pour l'hôpital militaire de Bordeaux (bactériologie); — Busquet, pour l'hôpital militaire du Dey, à Alger (bactériologie); — Jacob, nommé surveillant à l'École du Val-de-Grâce.

MM. les médecins aides-majors de première classe Faure, pour le 111e d'infanterie; — Vidal, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Beaussenat, pour le 5e régiment du génie; — Crussard, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Normand, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Husson, pour le 1er régiment du génie; — Petges, pour le 10e hussards; — Auguin, pour le 151e d'infanterie; — Regad pour le 7e bataillon de chasseurs à pied.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Pinet, pour le 29e dragons; — Taste, pour le 14e d'artillerie; — Canel, pour le 117e d'infanterie; — Fischer, pour le 5e dragons; — Carrive pour le 7e dragons; — Desse, pour le 6e d'artillerie; — Coche pour le 136e d'infanterie; — Deyrolle, pour le 20e chasseurs [à] cheval; — Rousset, pour le 159e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 21 décembre 1898, les médecins militaires dont les noms suivent ont été nommés répétiteurs à l'École du service de santé militaire et affectés aux emplois ci-après indiqués savoir :

M. Niclot, médecin-major de 2e classe au 16e dragons (pathologie interne et clinique médicale); — M. Ruotte, médecin-major de deuxième classe au 44e d'infanterie (pathologie externe et clinique chirurgicale).

— Par arrêté ministériel, en date du 24 décembre 1898, ont été nommés médecins stagiaires des colonies, les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent :

MM. Honorat, Revault, Munier, Mouille, Lartigue et Rouffiandis.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'agence des « Voyages modernes » :

1° Une excursion en Italie, du 16 janvier au 17 février 189[9] avec retour par le littoral de la Méditerranée au moment du carnaval de Nice. — Prix au départ de Paris : 1re classe, 950 fr. 2e classe, 850 fr. (tous frais compris).

2° Une excursion en Tunisie et en Algérie, du 19 janvier au 20 février 1899. — Prix au départ de Paris : 1re classe, 1 150 fr. 2e classe, 1 040 fr. (tous frais compris).

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des « Voyages modernes », 1, rue de l'Échelle, à Paris.

Agenda médical pour 1899, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes ; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins des bureaux de bienfaisance ; les médecins inspecteurs des eaux minérales ; maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France ; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

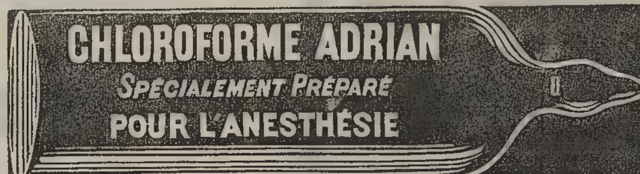
*Prix.* — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 fr. ; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50 ; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75 ; à un jour par page, 2 fr.

*Reliures diverses.* — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr. ; — n° 4, en maroquin, 7 fr. ; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.





# VALS

| Thermalité 13° | Saint-Jean | Rigolette | Précieuse | Désirée | Magdeleine |
|---|---|---|---|---|---|
| Acide carbonique libre.... | 1.425 | 2 095 | 2.218 | 2.145 | 2.050 |
| Bicarbonate de soude..... | 1.480 | 5.800 | 5.940 | 6.040 | 6.280 |
| — de potasse ... | 0.040 | 0.263 | 0.230 | 0.263 | 0.255 |
| — de chaux..... | 0.310 | 0.259 | 0.630 | 0.571 | 8.520 |
| — de magnésie.. | 0.120 | | 0.750 | 0.900 | 0.672 |
| — fer et mang.. | 0.006 | 0.021 | 0.010 | 0.010 | 0.029 |
| Chlorure de sodium....... | 0 060 | 1.200 | 1.080 | 0.100 | 0.169 |
| Sulfate de soude et chaux. | 0.054 | 0.220 | 1.185 | 0.200 | 0.235 |
| Silicate et silice, alumine.. | 0.080 | 0.060 | 0.060 | 0.058 | 0.097 |
| Iodure alcalin, arsenic, lith. | indice | traces | indice | indice | traces |
| | 2.151 | 7.826 | 8.885 | 9.142 | 9.247 |

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux:* **SAINT-JEAN,** maladies des organes digestifs; — **PRÉCIEUSE,** maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE,** maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE,** chlorose, anémie; **MAGDELEINE,** maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE
- Acide sulfurique libre........................ 1.33
- Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — Sesqui-oxyde de fer......
- — de chaux........................
- Chlorure de sodium........................
- Matières organiques........................ (ensemble) 0.44

*Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes.* Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : **1 bouteille par jour.**

# DRAGÉES MARIANI

**AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE**

**Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.**

**Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.**

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES.

# ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
## NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure) expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

*Nota.* — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard

**Elixir laxatif** contre **la CONSTIPATION**

*agréable à prendre*

LIQUIDE

**CASCARA ALEXANDRE**

0g 50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

*1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.*

**19, Rue des Mathurins, PARIS**

**Nouveau BANDAGE MEYRIGNAC**

BREVté S.G.D.G.

Bandage avec lequel on peut garantir la contention des **HERNIES**, quel qu'en soit leur volume ou ancienneté. — Par la pression constante exercée sur la Hernie, elle disparaît rapidement. — Il se porte sans gêne, supprime le ressort du dos et le sous-cuisse. Ordonné dans les Hôpitaux pour cas difficiles. 5 Méd., 2 Dipl. d'Honn., Croix et Palme de Mérite. *Catalogue sur demande.*

**MEYRIGNAC, FABRICANT, 229, Rue Saint-Honoré, PARIS.**

**Le Remède Electif et Spécifique contre la TUBERCULOSE est la**

# NOUVELLE TUBERCULINE T R du Profr KOCH

(autorisée par Décret Présidentiel, en date du 15 Juin 1898).

***Administrée en injections sous cutanées.***

La solution au 2me titre s'emploie pendant la première période du traitement, le 1er titre est employé consécutivement.

**En Vente pour MM. les Docteurs, chez MM. MAX Frères, 31, Rue des Petites-Ecuries, Paris** *et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.*

# TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

***ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)***

# SOURCE BADOIT

**L'Eau de Table sans Rivale**

**La plus Légère à l'Estomac**

**DÉBIT de la SOURCE : PAR AN 30 MILLIONS *de Bouteilles***

**Déclarée d'Intérêt Public**

***Décret du 12 Août 1897***

**ÉLIXIR & PILULES GREZ** CHLORHYDRO-PEPSIQUES

**Dyspepsies, anorexie, vomissements,** etc.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

**MIGRAINES NÉVRALGIES NÉVROSES CÉRÉBRINE**

de 2 à 4 cuillerées à café à chaque accès

Eug. FOURNIER (Pausodun), 114, rue de Provence, Paris.

Notices et Spécimens fco.

*Seul véritable*

**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN**

PRIX : le flacon, 1 fr. 25




**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN**

**AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX**

PRIX : le flacon, 2 fr.

# ANTISEPSIE

**PANSEMENT des Plaies.**

## DIIODOFORME TAINE

**Iodoforme sans odeur**

L'aspect du diiodoforme pulvérisé est en tout semblable à celui de l'iodoforme, il est jusqu'à présent le seul composé organique stable qui renferme la même quantité d'iode que l'iodoforme ordinaire. Le **DIIODOFORME TAINE** peut donc remplacer l'iodoforme dans tous les cas où l'on a coutume de faire intervenir celui-ci; il doit lui être préféré toutes les fois qu'il y a intérêt à réaliser un pansement ou à constituer une préparation inodore.

# L'APIOL DES DOCTEURS JORET & HOMOLLE

**EST LE RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION**

# TABLE DES MATIÈRES

## 1898

### A

## B



## C

G



H

Q



R

S



T

## U



## V

# NOMS DES AUTEURS

## DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

### EN 1898

PARIS. — IMPRIME[illegible] LEVÉ[illegible] RUE CASSETTE